

Les Rencontres 2006 de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée

XII^{èmes} Rencontres de l'UNHPC
V^{èmes} Rencontres de la FCLH
Vendredi 13 janvier 2006

L'ADMINISTRATION DE LA SANTÉ PAR L'ÉTAT

Quelles incidences sur nos pratiques ?
Points de vue

Comment fonctionne une économie administrée ?
Quelques clefs pour comprendre



Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie - Fédération de Cancérologie Libérale et Hospitalière

Les Rencontres
2006
de la Cancérologie
Libérale
et Hospitalière Privée

Débat organisé à la Maison des Polytechniciens à Paris
avec le soutien des Laboratoires sanofi aventis, Lilly, Pfizer, Roche et Amgen.
Le script a été pris par I. Guérin.
Sa révision a été faite par les auteurs.
Le livre a été conçu et réalisé par G. Parmentier et V. Dovergne, sur le logiciel RagTime™
l'impression faite par Présence Graphique - Dépôt légal : Novembre 2006

©Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie (UNHPC)
Fédération de Cancérologie Libérale et Hospitalière (FCLH)

81 rue de Monceau - 75008 PARIS



Les Rencontres 2006 de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée

XII^{èmes} Rencontres de l'UNHPC

V^{èmes} Rencontres de la FCLH

vendredi 13 janvier 2006

L'ADMINISTRATION DE LA SANTÉ PAR L'ÉTAT

**Quelles incidences
sur nos pratiques ?**

Points de vue

**Comment fonctionne une
économie administrée ?**

Quelques clefs pour comprendre

**Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie
Fédération de Cancérologie Libérale et Hospitalière**

A Suzanne Charvet-Protat
pour l'exemple qu'elle nous a laissé

Suzanne Charvet-Protat : 27/4/1959 - 4/4/2006

Femme de foi, de courage, de liberté intérieure et de grande rigueur intellectuelle, lucide mais jamais découragée, elle savait aussi entraîner par un optimisme jamais pris en défaut, toujours remettre sur le chantier.

Tout au long de son parcours, doctorat d'économie, ANDEM, UHP, FEHAP, Institut de Myologie, Hôpital Suisse, sa personnalité, son engagement, sa clairvoyance, sa qualification ont marqué les professionnels qui la rencontraient et suscité leur respect.

Ceux qui veulent mieux la connaître liront avec intérêt le très beau chapitre que lui consacrent Christine Kerdellant et Eric Meyer dans leur livre : "*Certains s'en sortent, d'autres pas... Les ressuscités... La médecine n'explique pas tout*" - Flammarion - Essais de sociologie - 22/10/2004 - ISBN : 2080686089

*Coordination
et pluridisciplinarité
au service des patients
atteints du cancer*

Avant-propos

Cet ouvrage reprend les actes des **Rencontres 2006** de la cancérologie libérale et hospitalière privée. Le succès des éditions précédentes nous a en effet encouragés à poursuivre ces publications.

Un thème unique faisait l'objet des Rencontres de cette année : celui de l'**administration de la santé par l'Etat**. Nous l'avons abordé en deux temps :

- une série de témoignages de professionnels sur l'incidence ressentie de cette administration par l'Etat dans nos pratiques ;
- l'intervention d'experts reconnus à qui nous avons demandé "*quelques clefs pour comprendre comment fonctionne une économie administrée.*"

Le système hospitalier est en effet maintenant entièrement sous contrôle de l'Etat. Le risque est grand d'une dérive vers plus de bureaucratie et vers celui d'une santé administrée plus que gérée. Ces phénomènes sont douloureusement ressentis par les professionnels qui manquent souvent de points de repères, d'outils de compréhension. Il leur en faut pourtant, pour agir rationnellement dans ce contexte, maîtriser leurs conditions d'exercice et défendre l'avenir du service public hospitalier dont le secteur public n'a pas, loin s'en faut, le monopole.

Philippe Galy est intervenu en tant qu'ancien gestionnaire d'entreprises publiques. Il a rappelé le contexte qui est le leur et a illustré les trois grandes contraintes de gestion qui s'imposent à elles et qui font qu'au total leurs établissements ne s'adaptent plus aux besoins de la société : blocage de l'accélérateur, blocage de la direction, irréversibilité des avantages acquis. Reprenant le titre de son dernier ouvrage il explique "*pourquoi ça coince ?*", mais aussi pourquoi ça va se décoincer, et énonce quelques propositions dont celle de la création d'une "offre publique de marché".

Michel Crozier a souligné en quoi le problème des hospitaliers est celui de l'*organisation interne de leur métier et du système*. Les simulations en termes de scénarios d'avenir sont difficiles mais ne dispensent pas du travail que l'on doit faire sur l'organisation interne dont on est responsable et sur laquelle on peut agir. Pour lui le déficit actuel est dû à un système d'organisation archaïque qui est la caractéristique de l'économie administrée et qui tend vers le système bureaucratique, où l'on ne se corrige pas en fonction de ses erreurs et où l'on est habitué à ne pas voir la réalité parce que l'on ne peut pas se corriger. Là est donc l'enjeu. A partir de situations concrètes, il a appelé à l'innovation et a rappelé que la meilleure solution aux problèmes de complexité croissante est dans la simplicité des structures et des procédures.

Jean de Kervasdoué a souligné le *paradoxe de la bureaucratie* qui provient du fait qu'elle accumule des procédures qui n'ont que très peu de liens avec les résultats. Faute de réels indicateurs de performances, il est très difficile de changer ce type d'organisations car elles ne savent pas ce que « mieux » veut dire. De nombreux exemples lui ont permis d'illustrer ce paradoxe. Il rejoint Michel Crozier pour souligner que la question essentielle de toutes nos organisations hospitalières modernes est celle de la coordination de la prise en charge. L'hôpital étant devenu une bureaucratie au service de ses agents, il alerte les libéraux et les cliniques sur le fait qu'on fait d'eux, comme de l'hôpital, des structures administrées et non gérées. Pour lui, il est urgent de sortir du corporatisme, de trouver de nouvelles réponses à la question de savoir "*au nom de quoi soigner ?*" et de reconquérir un minimum de liberté d'entreprendre.

Pour **Jean-Philippe Mousnier**, ce qui caractérise les années que nous vivons actuellement c'est que nous sommes passés de la société d'information - où l'enjeu était d'aller chercher les bonnes informations - à l'économie du savoir, où l'enjeu est de trier toutes les informations qui nous arrivent pour trouver celles dont nous avons besoin pour continuer d'exercer correctement notre métier. Il a souligné la nécessité, tant collective qu'individuelle, des approches en termes "*d'intelligence économique*", à la fois pour répondre aux changements dans les exigences de la société, pour anticiper les ruptures et, lorsque cela est nécessaire, pour s'en protéger.

Patrick Viveret, lui, a répondu en insistant sur la nécessaire intelligence "*de*" l'économie. Il a rappelé les dégâts engendrés par le passage de "*l'économie de marché*" à la "*société de marché*" et souligne *les risques d'une dérive vers une société bureaucratique de marché*. Il a rappelé et illustré ces différents concepts. Il a résumé ses travaux sur ces "*thermomètres qui nous rendent malades*" et a appelé de ses vœux des tableaux de bord d'indicateurs pluralistes qui permettent d'anticiper et de fonder le débat public.

Nous publions ici **l'intégralité des interventions**, en conservant la forme orale d'origine, même si le script a bien sûr été revu par les orateurs officiels. Comme chaque année, nous avons aussi gardé les documents introductifs. Ils ont parfois vieilli, mais gardent aussi parfois toute leur actualité. C'est ainsi que les espoirs soulevés par les propositions du représentant du Ministre ne se sont toujours pas concrétisés à l'heure où nous bouclons cet ouvrage.

La **documentation complémentaire** voulue par les orateurs a été gardée et complétée de quelques documents plus récents qui permettent d'illustrer le thème qui nous a rassemblés ou de prolonger les réflexions ouvertes.

Au moment de la publication de cet ouvrage, nous tenons à remercier une fois encore les Laboratoires qui nous ont aidés pour la tenue de ces Rencontres, sanofi aventis, Lilly, Roche, Pfizer auxquels s'est joint cette année le laboratoire Amgen. Comme chaque année ils ont accepté de soutenir financièrement la tenue de ces Rencontres, sans interférer sur le choix des orateurs et sans publicité aucune pour leurs produits.

Nous remercions aussi tout particulièrement le laboratoire Pfizer qui nous a aussi aidés en prenant en charge les frais d'impression.

Par contre, comme chaque année aussi, nous demandons l'indulgence du lecteur pour la composition de ce livre entièrement fait par nous-mêmes afin d'en limiter le coût.

Ainsi, avec cet ouvrage, et comme les années précédentes, nous espérons être utiles à ceux qui ont participé à nos Rencontres, praticiens de tous statuts, représentants et responsables des Tutelles et des Caisses, des patients, à nos adhérents et, au-delà, à tous ceux qui participent à la lutte contre le cancer et à l'amélioration de notre système de santé.

Le 5 Novembre 2006

B. Couderc

G. Parmentier

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	7
Table des matières	11
DOCUMENT INTRODUCTIF	19
DISCOURS D'OUVERTURE	43
Introduction du Dr Bernard COUDERC - Président de l'UNHPC	45
Intervention du Dr Daniel NIZRI - Représentant du Ministre	49

- I -

L'ADMINISTRATION DE LA SANTE PAR L'ETAT Quelles incidences sur nos pratiques ?

Points de vue

Président :

Dr Christian ESPAGNO

Modérateur :

Dr Philippe BERGEROT

☞ Pharmacie	Mme Françoise BLANC-LEGIER	55
☞ Oncologie médicale	Dr Emmanuel ACHILLE	65
☞ Association de patients	M. Patrick FERRER	71
☞ Chirurgie oncologique	Pr Hubert CALDEROLI	73
Intervention du	Dr Christian ESPAGNO	81
	Débat	84
☞ Oncologie radiothérapique	Dr Francis LIPINSKI	89
☞ Direction	Dr Philippe MAHOT	95
☞ Réseau	M. Rémi BOUVIER	103
	Débat	109

- II -
L'ADMINISTRATION DE LA SANTE PAR L'ETAT
Comment fonctionne une économie administrée ?
Quelques clefs pour comprendre

Président :
 Dr Bernard COUDERC

Modérateur :
 M. Gérard PARMENTIER

Introduction	Dr Bernard COUDERC	122
☞	M. Philippe GALY :	123
	Ancien PDG de la SNCM, Maire adjoint de Boulogne Billancourt	
	"Gérer l'État : Corriger la déviation bureaucratique (L'administration nouvelle)" (1977)	
	"Service Public, pourquoi ça coince ?" (2005)	
☞	M. Michel CROZIER :	133
	Membre de l'Académie des sciences morales et politiques	
	Fondateur du Centre de sociologie des organisations (CSO)	
	"Le phénomène bureaucratique" (1964), "La société bloquée" (1970)	
	"L'acteur et le système" (1977)	
	"L'entreprise à l'écoute : apprendre le management post-industriel" (1989)...	
☞	M. Jean de KERVASDOUE :	141
	Ancien Directeur des hôpitaux	
	Titulaire de la chaire d'économie de santé au Conservatoire National des Arts et Métiers	
	"Le carnet de santé de la France" (2000, 2002, 2003, 2004),	
	"La crise des professions de santé" (2003), "L'hôpital vu du lit" (2004)...	
	Débat	155
☞	M. Jean-Philippe MOUSNIER :	165
	Sociologue, Directeur associé du cabinet SISYPH,	
	Responsable du programme de recherche EDDIE	
	(évaluation, intelligence économique et développement durable)	
	Administrateur de l'Association Française pour le Développement de l'Intelligence Economique	
	Membre de la Commission de certification des établissements de santé de la HAS.	
☞	M. Patrick VIVERET :	183
	Philosophe, Conseiller référendaire à la Cour des comptes	
	"L'évaluation des politiques et des actions publiques	
	Propositions en vue de l'évaluation du Revenu minimum d'insertion" (1989)	
	"Reconsidérer la richesse" (2002).	
	Débat	191

- III-
DOCUMENTATION195

Document n° 1 :	Mme Françoise Blanc-Légier :	
	documents supports de l'exposé :	201
	1.1 Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique (JO n° 77 du 1er avril 1999, page 4854	203
	1.2 Méthodologie générale d'élaboration des protocoles thérapeutiques « hors-GHS »	211
Document n° 2 :	M. Patrick Ferrer :	
	documents supports de l'exposé, documents actualisés et documents de l'association "Vivre avec" :	223
	2.1 Affiche de l'association "Vivre avec"	225
	2.2 La Convention AERAS : <i>s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé</i>	227
	2.3 Entretien avec Régine Goinère et Patrick Ferrer, Présidents de Vivre Avec (11/07/06)	245
	2.4 Entretien avec Mirjam Sidler, porte-parole du CMPU (Comité des Malades, de leurs Proches et des Usagers) de l'INCa	249
	2.5 Communiqué de presse de l'INCa - 7 juillet 2006	253
	2.6 Dossier de presse	255
Document n° 3 :	M. Philippe Galy	
	documents supports de l'exposé :	273
	3.1 Une courte notice biographique	275
	3.2 "Service public : pourquoi ça coince ?" Présentation du livre de Monsieur Galy (une et quatre de couverture ; table des matières)	277
	3.3 Des extraits du même livre	281
	3.4 "Qui a sabordé la Société nationale Corse-Méditerranée ?" Un article paru dans le Monde du 17.10.2005)	303

Document n° 4 :	M. Michel Crozier :	
	documents supports de l'exposé :	307
4.1	Une courte notice biographique :	309
4.2	"Le phénomène bureaucratique"	
	Extraits :	311
4.3	"L'acteur et le système :	
	Les contraintes de l'action collective"	
	Extraits :	331
4.4	Quelques autres citations :	337
Document n° 5 :	M. Jean de Kervasdoué :	
	documents supports de l'exposé :	341
5.1	Une courte notice biographique :	343
5.2	"Pour une évaluation des politiques publiques,	
	Réflexion à partir de la sociologie des organisations"	
	Article, Annales des Mines - 1981 - :	345
5.3	"L'hôpital vu d'en bas"	
	Article - Le Monde du 28 novembre 2003 :	367
5.4	"L'hôpital"	
	Extraits, "Que sais-je" (PUF) Mai 2004 :	375
5.5	"Au nom de quoi soigner ?"	
	Article, Les Cahiers Français (n° 324, 2005) :	381
5.6	"La politique de santé et l'argent en France"	
	Article, Sociétal (2005) :	393
Document n° 6 :	M. Jean-Philippe Mousnier :	
	documents supports de l'exposé :	401
6.1	Une courte notice biographique :	403
6.2	"Les nouvelles régulations" : texte original :	405
6.3	"Le management de l'intelligence collective	
	au service de l'intelligence économique ?"	
	Article Regards sur l'IE - N° 12, 2005 :	417
6.4	"Millennium project - Etat du Futur 2003	
	sommaire exécutif - version française" :	429
Document n° 7 :	M. Patrick Viveret :	
	documents supports de l'exposé :	443
7.1	Une courte notice biographique :	445
7.2	Intégralité des diapositives de M. Viveret :	
	"Des thermomètres qui nous rendent malades :	
	reconsidérer la richesse" :	447

Document n° 8 :	Déficit et dette publique : dossier de l'Expansion - décembre 2005	457
Document n° 9 :	Agences : article paru en 2005 dans la revue "Sociologie du travail" et intitulé : "Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France", par Daniel Benamouzig et Julien Besançon	471
Document n° 10 :	Hôpital : Institut Montaigne. Rapport : "L'hôpital réinventé" - Janvier 2004	503
Document n° 11 :	Innovation : Le tableau de bord du système d'innovation québécois - Edition 2005	521
Document n° 12 :	INCa : Le rapport d'audit sur l'Institut National du Cancer - 19 juin 2006	525
Document n° 13 :	Veille sanitaire : Le rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France - Jean-François Girard - Août 2006	545
Document n° 14 :	OQOS (Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins) Extraits du rapport 2006 de la Cour des Comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale	561
Document n° 15 :	Production de textes : Les statistiques sur l'évolution du volume des textes réglementaires selon le tableau de bord de Légifrance	567
Document n° 16 :	Production de textes : interview du Directeur Général de la Santé (DGS). Article paru dans le Quotidien du Médecin du 2 Octobre 2006 "Pas de vacances pour la réglementation"	573
Document n° 17 :	Politiques : Nicolas Sarkozy. Discours au Congrès de l'AFC - 2 Octobre 2006	579
Document n° 18 :	Impératif de simplicité : Donald M. Berwick et ses conseils tels qu'évoqués par le Pr Chabot, Chef du service évaluation des pratiques professionnelles de la HAS	591
Document n° 19 :	Gouvernance : Gouvernement d'entreprise et gouvernance hospitalière : extraits du livre de Patrick Mordelet paru en 2006 sous le titre "Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé"	597

Document n° 20 : Quelques schémas pour comprendre	603
20.1 Le futur dispositif d'autorisation : ce schéma situe les principaux textes publiés ou en projet et leur articulation	605
20.2 La régulation qualitative des activités de soins dans les Etablissements de santé. Schéma UNHPC voulant resituer la logique qui devrait apparaître entre les trois centres d'exigences majeures de la régulation qualitative du système de santé hospitalier	606
20.3 Agences, Instituts et Comités intervenant dans la sphère des contrôles en matière de santé. Les Agences se sont multipliées en France. L'ANAES a été remplacée par la HAS. Au même moment l'INCa a été créé. Ce schéma, non exhaustif, situe les différentes missions des principales agences intervenant sur le champ de la santé	607
20.4 Contrat de bon usage : note de synthèse Cette note UNHPC de fin 2005, visait à clarifier les débats dans les établissements sur les différentes approches possibles du CBU. Plusieurs logiques d'interprétation sont en effet possibles sans être contradictoires	615

Document n° 21 : APM : Rencontres 2006 : Dépêches de presse	621
--	-----

**- IV -
COMPLEMENTS**

- Les différents sujets des Rencontres de 1994 à 2006629
 - Eléments bibliographiques631
 - Schémas récapitulatifs des composantes de la “plateforme commune” des organisations représentatives de la cancérologie libérale et hospitalière privée633
 - Coordonnées des orateurs présents aux Rencontres 2006637
 - Index des intervenants aux Rencontres 2006639
-

Présentation de la Journée
(document introductif
au dossier remis aux participants)

Bienvenue
aux Rencontres 2006
de la Cancérologie Libérale
et Hospitalière Privée !

Mesdames, Messieurs, Chers Collègues,

Nous nous réjouissons tout particulièrement de votre présence à ces nouvelles **Rencontres de la Cancérologie Libérale et Hospitalière** et vous remercions de la confiance que vous nous accordez en venant participer à nos travaux.

Chaque année elles sont l'occasion d'un dialogue fructueux entre professionnels d'origine, de métiers et de statuts différents, mais tous réunis pour approfondir telle ou telle dimension d'organisation, de régulation ou d'évaluation de la prise en charge et du traitement du cancer.

Nous remercions les personnalités présentes et en particulier les deux conseillers du Ministre, les Docteurs Nizri et Lartüe-Charlus. Le premier, dans le cadre de ses fonctions, s'exprimera au nom du Ministre dont l'emploi du temps n'a pas permis la présence parmi nous ce matin. Nous remercions le second pour sa fidélité à nos travaux. Nous tenons aussi à citer ici Monsieur Laurent Borella Directeur du Département Soins, Innovations & Evaluation, lui aussi toujours fidèle à nos Rencontres.

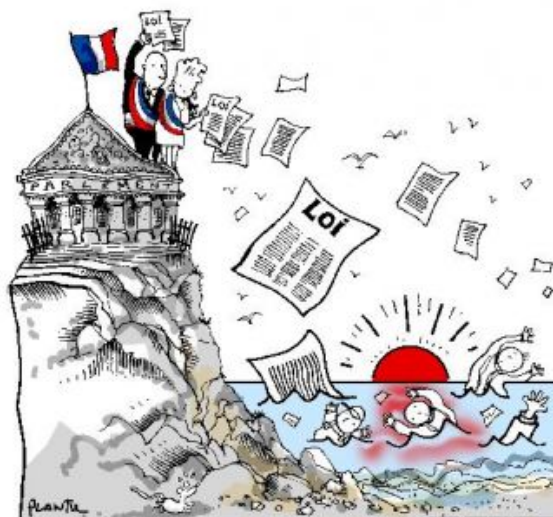
Nous remercions aussi tout particulièrement les orateurs prestigieux que nous aurons durant la seconde partie de nos Rencontres, Messieurs Galy, Crozier, de Kervasdoué, Mousnier, et Viveret. Nous respecterons une tradition de congrès médical en ne leur donnant la parole que sur un temps court. Sur les sujets sur lesquels nous les sollicitons et compte tenu de tout ce qu'ils peuvent nous apporter, il s'agit pourtant ici d'une mauvaise tradition. Il leur faudrait beaucoup plus de temps, mais hélas nous sommes contraints par notre horaire. Nous sommes conscients de ce manque de temps et les remercions d'autant plus de leur présence. L'avantage que nous aurons c'est de bénéficier grâce à eux de plusieurs éclairages complémentaires et de grande compétence. La documentation qui vous est fournie compensera en partie et sera pour vous une incitation à retourner vers leurs écrits.

Nous remercions bien sûr nos amis orateurs du matin qui ont bien voulu soumettre leur pratique aux questionnements qui sont les nôtres aujourd'hui : les docteurs Calderoli, Achille, Lipinski, Mahot, Madame Blanc-Légier et Monsieur Bouvier. Nous regrettons l'impossibilité dans laquelle est Madame Goignère de participer à nos travaux et nous remercions son Vice-Président, Monsieur Ferrer d'avoir bien voulu la remplacer.

Nous ne pouvons citer tout le monde, mais vous remercions tous pour la confiance et l'honneur que vous nous faites en participant à ces travaux.

Enfin, nous remercions une fois encore les laboratoires **Aventis, Lilly, Pfizer, Roche et, cette année, Amgen** pour leur discrète et généreuse contribution sans laquelle ces Rencontres ne pourraient se tenir.

La liste des sujets retenus pour nos Rencontres montre que, si nous prenons un risque, c'est bien celui de devancer l'actualité sur des sujets qui sont, de notre point de vue, porteurs d'avenir. Les faits nous ont rarement démentis. C'est ainsi que nos premières Rencontres en 1994 posaient une question annonciatrice d'un plan de santé publique spécifique au cancer. En 1995, avant la création de l'ANAES, le sujet était l'accréditation ; en 1996, les réseaux ; en 1997 ce que nous appelons aujourd'hui le DCC ; en 1998 la concertation pluridisciplinaire qui est maintenant admise comme critère fondamental de bonne pratique en cancérologie..., mais nous n'allons pas les citer tous.



Plantu - Le Monde du Dimanche 4 Décembre 2005

Le sujet que nous vous proposons cette année, **l'administration de la santé par l'Etat**, est un sujet difficile. Il est pourtant de pleine actualité.

Dans un premier temps nous essayerons, à partir de témoignages concrets et ciblés par métiers et par approches d'évaluer les incidences de cette "administration" par l'Etat sur nos pratiques.

Dans un deuxième temps nous demanderons à de grands spécialistes, d'origine et d'implication très différentes, de nous proposer des éclairages, des clefs pour comprendre comment fonctionne une "économie administrée" ? "Comprendre les règles du jeu" n'est pas forcément porter un jugement de valeur. Notre but est de donner des clefs de compréhension afin d'aider à l'action efficace et responsable. Les bonnes pratiques peuvent souvent et heureusement s'appuyer sur l'action de l'Etat. De plus en plus souvent hélas, elles doivent se développer malgré l'action de l'Etat, malgré les effets pervers de l'administration du secteur hospitalier.

Notre sujet n'est pas un sujet "public-privé". Tous nos travaux, toutes nos prises de position le montrent, mais cela va sans doute mieux en le répétant. Le sujet concerne le système hospitalier, dans son ensemble et dans chacune de ses composantes, son évolution au cours des dernières années.

Progressivement, en particulier depuis les réformes de 1996 et plus récemment avec le remplacement de l'ANAES par la HAS d'une part, la création de l'UNCAM d'autre part, l'Etat a pris le contrôle de tout le système de santé. Est-ce "efficace" ? Est-ce que cela nous aide à développer de bonnes pratiques ? A améliorer le service rendu à nos patients ? A améliorer le fonctionnement de notre service hospitalier ? Quelles sont les règles de fonctionnement, le nouveau paradigme de ce nouveau système ? Comment s'en servir à bon escient ? Voilà notre sujet.

De nombreuses réflexions ont eu lieu ces dernières années sur le rôle de l'Etat. Il y a longtemps déjà, M. Crozier a été un des initiateurs de cette réflexion et les titres de plusieurs de ses ouvrages sont passés dans le langage commun. Citons par exemple *"Etat modeste, Etat moderne"*. Nous surprenons parfois nos interlocuteurs car, bien que privés et libéraux, nous souhaitons un Etat fort (mais *"modeste et moderne"*) en matière de santé. C'est bien le paradoxe qui nous rassemble ici : subir tout à la fois l'omnipotence de l'Etat, sa faiblesse et souvent le manque d'efficacité de son action.

Les "privés" et "libéraux" que nous sommes sont souvent suspectés d'une critique systématique de l'Etat. Aucun parmi nous, pas plus, heureusement, que dans la société française, ne réclame la soumission du secteur de la santé, et de la santé hospitalière en particulier, aux lois d'airain, des modèles théoriques d'économie de marché. Nous avons besoin d'une économie de santé plus "régulée" et moins administrée. Tel est notre postulat. Nous le soumettons ici à critique. Comme le dit souvent J. de Kervasdoué, la concurrence par la demande ne produit que du prix, ainsi que le montre l'exemple des Etats-Unis.

Nous avons déjà eu l'occasion, durant nos Rencontres, d'exposer les avantages de l'approche de la concurrence des offreurs avec des quasi marchés et l'utilisation du PMSI et de la T2A. C'est une des raisons de notre soutien à cette réforme depuis toujours. Mais il faut pour cela un Etat qui sache et qui veuille se servir de ses outils.

La Tutelle peut gérer¹, réguler aussi bien qu'administrer. Autrement dit la Tutelle de l'Etat n'est pas condamnée, par nature, à être de mode "administrative", bureaucratique. Ce mot sera sans doute souvent employé au cours de nos Rencontres. Nous proposons de le prendre au sens proposé par Michel Crozier : "*un système d'organisation bureaucratique est un système d'organisation incapable de se corriger en fonction de ses erreurs et dont les dysfonctions sont devenues un des éléments essentiels de l'équilibre*"².

Quels sont, brièvement résumés, et au risque de les caricaturer quelques-uns des constats que nous faisons à partir de notre pratique, et, qu'à tort ou à raison, nous rattachons à "l'administration de la santé" ?

En voici quelques exemples parmi d'autres et d'importance inégale :

- **La notion de contrat.** Nos relations avec la Sécurité Sociale n'étaient pas toujours faciles. Mais il est incontestable qu'elles étaient imprégnées d'une culture contractuelle qui paraissait naturelle et traditionnelle aux partenaires sociaux. L'Etat n'a pas cette culture. Comme le dit Philippe Galy³, "*la caractéristique des contrats publics est d'être généralement léonins [...]. C'est une tradition régaliennne qui perdure, par laquelle le contrat est en quelque sorte octroyé par la collectivité publique à son partenaire privé.*" Les multiples "contrats" qu'on nous propose ressortent le plus souvent de cette conception, "octroyé" est d'ailleurs souvent remplacé par "imposé". Les "contrats" dits "d'objectifs et de moyens" ou "de bon usage du médicament" en sont des exemples parmi d'autres.
- **La fréquente méconnaissance du fonctionnement et des réalisations du "privé" par les représentants de l'Etat.** L'histoire fait que la Tutelle ayant été longtemps exercée par la Sécurité Sociale, celle-ci nous connaissait. L'Etat ayant longtemps exercé sa Tutelle uniquement sur l'hôpital public, beaucoup de fonctionnaires ne connaissent pas ou connaissent mal le fonctionnement des cliniques et de la médecine libérale. La guerre de pouvoir entre l'administration du Ministère et celle de la Sécurité Sociale ne nous aide pas, en particulier sur les questions d'honoraires. La pression

¹ Cf. l'exposé de J. de Kervasdoué «L'hôpital est une structure « administrée » (respect des règles) pas gérée (la recherche d'un objectif) !»

² Cf. le document support de l'intervention de Michel Crozier, p. 11

³ Service public, pourquoi ça coince ? - p. 130 - Cf notre document ci-joint, p. 20

idéologique anti-privé est encore fréquente et l'opprobre pour ceux qui sont réputés "à but lucratif" oublie la pertinence des analyses des économistes marxistes sur un "surplus" pourtant souvent très supérieur au "profit". Ne parlons pas de la difficulté à aborder sereinement la question du coût pour la société de la prestation hospitalière. Il est vrai que les choses évoluent en la matière et que la création des ARH nous a beaucoup apporté : leur implantation territoriale fait qu'elles connaissent la "réalité de terrain" et donc la réalité de nos contributions au système hospitalier et au "service public" de la prise en charge des patients.

- **T2A, MIGAC, Gouvernance.** La prise de contrôle, par l'Etat, du système hospitalier se fait majoritairement selon sa tradition d'administration directe. La grande réforme de la T2A vient pourtant en contradiction avec cette tradition. Payer l'établissement de santé *pour ce qu'il fait* et non plus *pour ce qu'il est*, est une réforme fondamentale. Comme le disent les leaders les plus clairvoyants de l'hospitalisation publique, la réussite de cette réforme est la condition du sauvetage de l'hôpital public. Nous en dépendons donc en grande partie.

Cela veut dire, entre autres, que les MIGAC doivent rester des exceptions liées à des fonctions précises et donc qu'on n'organise pas leur montée en puissance dans l'ONDAM comme instrument de baisse des tarifs pour simuler des progrès fictifs de productivité, une "convergence" de pure forme, et/ou comme simple instrument de pouvoir.

Remarquons seulement ici que payer l'hôpital pour ce qu'il fait sans lui donner la liberté de s'organiser comme il le veut et comme il le peut pour "bien faire", est une demi-réforme. C'est tout l'enjeu de la réforme à venir de la "gouvernance" de l'hôpital.

En principe, ici, nous ne sommes pas directement concernés. Dans les faits, nous le sommes car la pesanteur culturelle des relations entre l'Etat et l'hôpital public imprègne largement les relations Etat-cliniques privées et alourdit singulièrement la gestion des cliniques. C'est une autre forme de convergence fictive, ou plutôt de convergence organisée sous forme de rapt de l'argent public destiné aux soins et aboutissant à payer des structures et des corporations habiles. L'augmentation des MIGAC et la baisse des tarifs ou leur limitation du fait de la gestion par enveloppe crée une apparence de productivité dans le secteur public et organise une convergence virtuelle. Mais le citoyen continue à payer de plus en plus cher des structures plutôt que la qualité d'un service.

- **Approche par les coûts.** Du point de vue de la fonction d'acheteur de l'Etat, nous sommes au niveau des années 50 dans l'industrie. Les industriels étaient alors conviés, dans le cadre du Plan Marshall, à des voyages dits "de productivité" aux USA. Ils y ont découvert l'utilité de la comptabilité analytique pour la gestion de l'entreprise et pour la "justification" des coûts.

Petit à petit on a alors découvert que la "vérité" n'était pas forcément dans les chiffres présentés, encore moins dans les "coûts complets" trop dépendants des clefs de répartition. On a découvert que cette vérité des coûts pouvait seulement être approchée par une approche en "coûts directs matière main-d'œuvre", mais que, même là, il s'agissait surtout d'un outil d'animation, de gestion et de comparaison.

Il a fallu attendre les années 70 pour que l'Etat se rende compte que le manque de productivité des grands groupes industriels français, largement dépendants de ses commandes, venait de sa politique d'achat sur coûts complets justifiés. L'asymétrie d'information faisait que l'Etat payait cher et que l'industriel prenait du retard en termes de qualité et de productivité sur ses concurrents internationaux. Il était plus "rationnel" pour lui de "justifier" les coûts des demandes de l'Etat que de prendre les mesures d'amélioration interne lui permettant de rester compétitif sur les marchés non protégés.

Il a fallu la révolution du Minitel : l'Etat, au grand scandale des industriels, et malgré de nombreuses pressions "politiques" a décidé de faire un appel sur un matériel (écran-clavier) aux caractéristiques bien définies pour un prix fixé par lui, a priori. L'Etat est ainsi passé d'une approche par les coûts à une approche par les prix. Devant la capacité des groupes internationaux à répondre, il a bien fallu que les groupes français répondent aussi. Cela a sauvé l'industrie téléphonique française et a permis de combler notre retard.

Quand est-ce que l'Etat et la Sécurité Sociale achèteront sur la base d'un prix, avec contrôle du respect (prix, qualité, délai) de la définition de la prestation ? Faudra-t-il attendre plusieurs dizaines d'années pour sortir des études de coût qui ne feront surtout que justifier les surcoûts au risque de mettre à bas notre système de protection sociale ? On entend déjà de grands esprits nous expliquer qu'on "a tout essayé", et que "le principe de solidarité n'est plus tenable à l'époque moderne". Où trouver le soleil qui fera mûrir les élites qui nous administrent, qui les persuadera de regarder du côté de l'expérience acquise dans d'autres ministères ? La seconde partie du livre de M. Galy⁴ sur les réformes en cours dans d'autres services publics nous montre qu'il ne faut pourtant pas désespérer. Il est vrai que La Poste, pour prendre cet exemple, n'a jamais su développer autant de surface bâtie et d'emplois que nos hôpitaux... Sa réforme s'en trouvait donc sans doute facilitée.

- **Le travail de "cogestion" formelle** auquel nos organisations représentatives sont conviées rencontre donc des difficultés spécifiques. Dans un premier temps il consiste souvent à s'opposer aux mesures proposées par l'Etat pour deux raisons : le plus souvent elles sont inadaptées aux condi-

⁴ Philippe Galy, *Service public, pourquoi ça coince ?*, Eyrolles 2005 - Partie 2 : Espoir : la banquise craque !

tions réelles d'exercice de la médecine libérale ou aux conditions de fonctionnement de nos établissements.

Ensuite il faut se battre contre l'immixtion de l'administration dans la gestion, dans le détail de la gestion de nos métiers. Ce combat est usant. Souvent il faut donner des idées alternatives pour se donner de meilleures chances d'aller réellement vers la finalité annoncée, proposer d'être plus exigeant, ce qui est un paradoxe, mais en désignant les objectifs à atteindre, les fonctions à remplir et en décrivant les outils et les procédures de contrôle factuel plutôt que le détail de ce qu'il "faut faire".

Souvent il faut rappeler que l'allocation de ressources doit se faire via les soins, puisque nous sommes là pour soigner, c'est-à-dire via les GHS, avec communication sur le niveau d'exigence et sur la cause d'une augmentation de tarif, avec contrôle de qualité et non par des primes qui nous écartent du soin pour nous transformer en chasseurs de primes, en spécialistes de la communication sur le formel plutôt qu'en acteurs du réel. Au mieux, cela surprend et agace. Mais la pression est trop forte et les choses se mettent en place, l'Etat préfère dire "comment faire", par voie réglementaire. Le temps passant, la réalité reprend un peu le dessus et l'institutionnalisation de la mesure la rapproche en général de la réalité, tient plus compte de sa diversité. Pour autant la mesure arrêtée demeure le signe d'une volonté d'administration directe. Cela est particulièrement vrai des médecins : *"si on ne passe pas par la loi, il ne faut pas être naïf, on n'arrivera pas à changer le comportement des médecins"* dit une des justifications parmi celles les plus couramment entendues au Ministère ou dans ses Agences. Chacun a sa conception de la naïveté...

Une fois mise en place la mesure concernée est souvent financée, mais, souvent aussi, uniquement pour les hôpitaux qui étaient sous dotation globale. Comme on nous le dit alors : *"les priorités ne sont pas les mêmes dans le privé !"*. En fait les décideurs, les "bureaux", ne sont pas les mêmes. Un autre argument, concernant les médecins cette fois-ci, consiste à dire *"ce n'est pas nous, c'est la sécurité sociale"*, et les médecins libéraux exerçant en établissements sont alors absents du dispositif. Il faut alors repartir à zéro ou presque.

Un nouveau combat syndical apparaît ensuite il faut obtenir que les aides parviennent au secteur privé comme il parvient au secteur public (ou à tout le moins sans écart trop grand...) et que les systèmes de représentation lui fassent une petite place. Mais la lutte pour l'équité est alors ressentie par les pouvoirs publics comme paradoxale : l'action syndicale consiste alors à demander à bénéficier d'une mesure contre laquelle elle se bătait quelques semaines auparavant. Qui plus est il faut, pour le secteur privé, mettre en cohérence les financements par la sécurité sociale (médecins) et les financements par l'Etat (cliniques) : longue et difficile intrusion dans les champs de légitimité de ces deux tutelles, appel à la cohérence dont l'issue

reste toujours incertaine car elle dépend de conflits de pouvoirs étrangers au sujet traité.

- **L'instabilité des règles et du vocabulaire.** Pour gérer un établissement de santé - hôpital, clinique ou centre de radiothérapie et d'oncologie médicale - , il faut des règles stables. Le dessin de Plantu repris ci-dessus, est l'illustration de ce que tout le monde connaît et dénonce, sans pouvoir l'arrêter : l'avalanche permanente des textes de lois et le renforcement, au cours des années, de la tendance à tout régler par la loi, les règlements et les normes. Tout vouloir régler par la loi et la norme, y compris les comportements médicaux, passer en force par des ordonnances ou au contraire multiplier les textes pour répondre à chaque lobby, à chaque incident médiatisé, inverser la hiérarchie de droit en émettant des circulaires avant les textes qui devraient les fonder, imposer le respect des délais aux assujettis alors que l'Administration ne respecte pas souvent les siens, constater le manque de coordination et souvent de connaissance des textes et des actions d'un service à l'autre, d'un bureau à l'autre, d'une direction à l'autre, imposer les mêmes règles de gestion à tous, dans le moindre détail, sans tenir compte de la diversité des organisations, des contextes, des statuts et des histoires... tout cela est connu, courant, mais dommageable.

Nous signalerons plutôt ici, ce qui, pour nous, est un peu nouveau et ne fait qu'aggraver cette tendance générale : les dérives au niveau du vocabulaire. Le phénomène est classique dans les manuels de description des économies administrées. Il est nouveau pour nous et perturbe beaucoup certains de nos professionnels. Le vocabulaire change en permanence et, lorsqu'il ne change pas, pire, c'est la signification donnée aux mots qui change. Il y a 10 ans, l'AFCA avait fait un livre de type glossaire sur le vocabulaire relatif à la fonction qualité. Il y a 10 ans, en effet, très rares étaient les professionnels de santé qui maîtrisaient ce vocabulaire⁵ largement normé dans les secteurs autres que celui de la santé. Aujourd'hui, devant la multiplication de mots et de changements de sens, il faudrait sans doute faire un petit ouvrage qui pourrait, avec humour, porter un titre du type "*Quelques notes à l'usage des malentendants pour éviter confusions sémantiques et mensonges institutionnels*".

Quelques exemples : la "*certification*" tant décriée, sans doute à tort, par l'ANAES, a pourtant remplacé "*l'accréditation*". Le seul avantage qu'il y a à ce changement de vocabulaire, perturbant, est qu'il signale l'importante rupture que marque, sur la conception de nos métiers et sur la légitimité de leur évaluation, le passage de l'ANAES à la HAS.

L'*accréditation* nouvelle n'est ni plus ni moins que ce que le langage commun appelle un système de bonus-malus sur prime d'assurance, à moins

⁵ *La fonction qualité, qu'en disent-ils ?* - Mai 1996 - 600 pages. Ce livre est tenu à jour et enrichi progressivement sous forme de fichier au format FileMaker Pro™ à la disposition des adhérents de l'UNHPC. Il est passé de 500 à près de 4.000 références.

que les textes réglementaires à paraître n'enrichissent, dans le futur, cette notion. C'est annoncé, mais une fois de plus, si c'est le cas, la hiérarchie du droit ne sera pas respectée puisque les textes d'application modifieront les textes d'origine.

Des "*experts-visiteurs*" ont un rôle de régulation. Ce ne sont donc plus des pairs comme les autres mais ce sont, de fait, des "inspecteurs" et il n'y a rien là d'infamant.

Le *Collège* de la Haute Autorité est, en langage commun, un conseil d'administration. Sa légitimité est politique. Deux raisons de ne pas le confondre avec le Collège de l'Accréditation qui était le symbole et l'institutionnalisation d'une légitimité interprofessionnelle, garant d'une "indépendance" professionnelle considérée comme nécessité caractéristique des métiers concernés.

Les "*critères qualité*" sont le nom donné depuis quelques mois par l'INCa aux critères d'autorisation. Les deux ne sont pourtant pas du tout de même nature.

La phrase "*l'autorisation n'est pas une sanction*" est devenue rituelle. Elle est pourtant objectivement fautive, sinon à quoi servirait la procédure d'autorisation ?

Les cliniques sont dénommées les "*petits établissements*", même lorsque leur activité en fait des acteurs dominants, mais l'administration n'aime pas le "petit", pas plus en France qu'ailleurs. "Petit" s'entend ici du point de vue de l'emploi et de la surface bâtie, ce critère est sans doute plus important que celui de l'activité.

Le "*contrat*" est un cahier des charges. C'est une obligation révisable ad nutum par celui qui l'impose. Dans le contrat de bon usage, le protocole du "*PTT*" se réduit à une fiche technique d'utilisation.

La "*complémentarité public-privé*" c'est l'organisation du partage du marché, souvent l'organisation de monopoles locaux.

Le principe de *coopération* doit souvent être compris comme principe d'aspiration.

Les textes "*garantissent*" toujours, comme s'il suffisait d'une obligation pour "garantir" une activité humaine.

Le "*recours*" sera selon les cas le simple accès (au système de soins), l'organisation d'un détournement de flux de patients, ou la prise en charge de cas spécifiques...

On pourrait continuer la liste longtemps. Il y a dans ces changements perpétuels de vocabulaire, de sens, dans cette pollution organisée du langage une grosse difficulté. Le vocabulaire médical n'est pas encore touché, mais beaucoup de ce qui touche à l'organisation de la médecine l'est. Or la qualité vient de nos jours autant de l'organisation que de la compétence. Comment "organiser" sans se comprendre, sans un vocabulaire stable ?

- **La marque des "politiques"**. L'origine de ces changements de vocabulaire vient probablement du fait que nos dossiers techniques, pris en

charge par l'Etat, sont, de fait, de plus en plus souvent gérés comme des dossiers politiques. Chaque changement "d'administration" constitue pour les responsables l'occasion d'imposer leur marque⁶.

Ce phénomène rejaillit aussi sur les allocations de ressources. Nous sommes en principe progressivement réintégrés dans le monde normal de la contrainte économique. Dépendants de financements publics, nous sommes maintenant tous gérés au sein d'enveloppes globales comme l'étaient les cliniques depuis 1991. Comme tout un chacun nous allons donc de plus en plus être soumis à la dure loi d'airain de la productivité. Nous pouvons en souffrir mais nous ne pouvons pas contester la légitimité des exigences de la société en la matière.

Là où il y a problème, c'est que le "Politique" n'a pas beaucoup de moyens d'imposer sa marque en dehors du fait de créer des enveloppes de financements dédiés.

Une de nos mauvaises surprises c'est que, souvent, l'arrivée des représentants des patients ne fait que renforcer cette dérive⁷. Le dispositif d'annonce en est l'exemple le plus probant. Ces enveloppes ciblées ne viennent pas "en plus" de l'ONDAM, mais sont prises "sur" l'ONDAM, et donc sur les autres allocations financières. On prend alors le risque de perturber l'activité des professionnels en leur demandant de remplir les dossiers, de répondre à des appels à projets, bref, de les transformer en chasseurs de primes. Cette chasse leur est pourtant indispensable car c'est le seul moyen de retrouver ce qui a été ponctionné sur les tarifs.

Le risque est bien connu dans toutes les économies administrées : la logique d'une gestion efficace se détourne de l'effort de productivité et d'amé-

⁶ Le pouvoir est toujours tenté de contraindre le vocabulaire. La tentation est forte de citer ici le célèbre et tragique roman de George Orwell, 1984, et sa non moins célèbre "novlangue". Pourtant les choses ne sont heureusement pas comparables. Il ne s'agit pas ici de "contrôler" et d'empêcher toute critique. Il s'agit surtout de marquer l'emprunte des équipes politiques et administratives successives. Très judicieusement, Pascale Briand avait, en son temps, essayé de lancer une réflexion via la Mission Interministérielle de Lutte contre le Cancer sur la sémantique des textes issus du Plan Cancer afin d'éviter, d'éventuelles ambiguïtés et son utilisation à des fins d'influence et de pouvoir. La question déborde largement le cancer. Les difficultés et les effets pervers rapidement évoqués ci-dessus confirment, s'il en était besoin, la nécessité de ne pas négliger les dérives actuelles.

⁷ J. de Kervasdoué fait le même constat. Cf. le document support de son exposé et la question qu'il y pose : «*Les usagers ne contribuent-ils pas à renforcer une bureaucratie qui pourtant n'a pas besoin d'eux pour démontrer ses tendances pathogènes ?*»

lioration du service rendu⁸, elle s'externalise au profit d'une chasse aux effets d'aubaines rémunérateurs.

- **La culture de dépendance.** L'importance des phénomènes de pouvoir qui se développent dans un tel contexte fait dire à certains parmi les plus hauts responsables du système hospitalier qu'ils sont frappés par le développement d'un sentiment de peur chez les professionnels de la cancérologie. Certains représentants des Associations de patients font état de perceptions identiques chez les professionnels.

Les causes peuvent être nombreuses et certaines ont déjà été évoquées ici. Rappelons l'omniprésence et l'omnipotence de l'Etat. Le pouvoir de ses multiples Agences. L'annonce que le système des autorisations et les contrôles seront maintenant réellement appliqués dans le secteur public. Le passage systématique par la loi et les règlements. La multiplication des financements sous forme de primes ou de subventions diverses. La rationalité de la gestion des Établissements qui devient dès lors de plus en plus externe (d'où la floraison de "directeurs stratégiques", beau nom donné aux chasseurs de primes) car la captation de ces financements au moment où ils sont accessibles peut devenir plus importante que l'amélioration de la productivité interne pour l'équilibre financier des activités concernées. L'important, dans ce contexte, c'est moins ce que l'on fait que la place que l'on tient de façon réelle ou supposée dans le système de pouvoir et l'image de fidélité à ce pouvoir qui est donnée. Ces réflexions éclairent par exemple, et pour rester dans notre secteur, une partie des enjeux liés à la question posée dans le récent "rapport Cugnenc"⁹ : *"La question a ainsi été posée de savoir si l'INCa devait être essentiellement un coordonnateur ou s'il devait agir comme opérateur"*.

Cette "peur" censurerait surtout l'expression des représentants du secteur anciennement sous DG. Ce n'est pas ou moins le cas de l'expression des représentants légitimes du privé. L'ostracisme dont ils font souvent l'objet dans les sphères officielles les aide sans doute à garder une plus grande liberté d'expression.

⁸ Et pourtant, cf. M. Crozier ou le document support de l'exposé de J. de Kervasdoué « *la question essentielle de l'hôpital devient la coordination des hommes, des fonctions et des métiers, du point de vue du patient et non pas des corporations* » : c'est toute la question de l'émergence de la fonction de direction dans nos Etablissements qui est posée. Le risque est de lui préférer l'émergence de "directions" tournées vers la rationalité externe si la captation de l'effet d'aubaine et le relationnel sont plus "productifs" que l'amélioration de la gestion interne.

⁹ Paul-Henri CUGNENC, Député ; Assemblée Nationale - Douzième législature - Avis n° 2569 enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 octobre 2005. Présenté au nom de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales sur le projet de loi de finances pour 2006 (n° 2540) Tome VIII SANTÉ ; Novembre 2005, pp. 16

Nous n'en sommes pas juges de cette "peur", mais ce qui est frappant c'est le développement d'attitudes de courtisans¹⁰, c'est la structuration du langage sur la forme antique de la prière à un dieu-père-fouettard autoritaire, grand horloger préchrétien. Dans tous les cas il vaut mieux respecter le vocabulaire convenu et dont nous avons déjà parlé, pour montrer que l'on fait partie du premier cercle des initiés pour ne pas dire des "disciples", car on aura tôt fait de remarquer celui qui n'est pas au courant de la dernière évolution du sens des mots. Au delà, on s'adresse maintenant aux autorités, même durant les réunions de travail les plus anodines, sur ce mode stéréotypé de la prière :

- Il convient de commencer par la louange. Cette louange peut prendre des formes variées. On trouve souvent, par exemple, des louanges notant le "*remarquable travail*" qui a été fait. On peut signaler l'importance, le bien-fondé de l'initiative, du rôle, de l'action de l'administration, du service, du bureau ou du responsable concerné.
- Il convient, dans un deuxième temps, de marquer son adhésion, son soutien à l'orientation prise ou supposée. On se "réjouit", on se "félicite". Là aussi les formes peuvent être diverses et l'originalité fera remarquer l'intérêt et la fidélité supposée de l'intervenant, les suivants étant obligés de se rallier à ses dires. Cependant un mot est ici obligatoire, celui "*d'innovant*". Quelle que soit la mesure étudiée, le sujet évoqué, il faut impérativement qu'il soit reconnu comme "innovant", mieux comme "*particulièrement innovant*", qu'il crée du neuf, du nouveau, même pour le spécialiste ou le précurseur vrai. Il est particulièrement bien vu de dire que cette "nouveauté" a été comprise et qu'elle a déjà changé les pratiques, en spécifiant que sans l'action, l'initiative de l'Etat ou de son représentant, elles ne se seraient pas améliorées. L'Etat éclaire le chemin, il convient de le remarquer, même lorsqu'il se contente de suivre.
- Dans ce cadre et sans que cela soit obligatoire, il est possible de passer au troisième temps de la prière, celui de la demande, de l'humble suggestion. La proposition est présentée comme mineure mais elle répond en fait à un point de détail considéré comme important pour la défense d'une position souvent corporatiste dans un mouvement d'ensemble considéré comme incontournable. Elle peut, dans les faits, être en pleine contradiction avec les affirmations précédentes. Mais le grain de sable ainsi introduit n'est "audible" que si les deux préalables précédents sont respectés.

¹⁰ Il est vrai que cette attitude peut être "efficace". Le scénario type est que le "courtisan" soit, dans une première étape, nommé "expert". Ayant accès aux dossiers et étant "bien vu", il sera dans une deuxième étape "expérimentateur" et son établissement touchera éventuellement les subventions liées à cette "expérimentation". En tout état de cause lors de la généralisation il sera déjà opérationnel et son "expertise" accrue du fait de l'expérience acquise lors de l'expérimentation. Sauf erreur de sa part, il continuera à en être récompensé dans le futur.

Cette expression codifiée est de plus en plus courante pour ne pas dire qu'elle devient, de fait, obligatoire, tant s'en échapper risque de surprendre, et donc d'indisposer, la totalité des interlocuteurs et des témoins.

- **Le rapport à l'argent.** Le rapport à l'argent induit par l'administration du système par l'Etat est souvent perturbateur des pratiques, lui aussi. Notre activité de cancérologues nous rend particulièrement attentifs aux effets des systèmes de rémunération sur la qualité des soins et sur des patients qui ne nous consultent pas par plaisir ou opportunisme, mais parce que leur pronostic vital est en jeu.

Sur le sujet, nos traditions culturelles sont différentes :

- S'il arrive au privé d'oublier, comme d'autres, que "*l'argent c'est la peine des autres*", au moins sait-il que l'argent n'est jamais donné.
- A l'inverse, dans la tradition de l'économie administrée, l'argent est un dû puisqu'il n'est pas "à but lucratif" mais rémunère un "service public". Il est souvent considéré comme le signe normal et attendu du respect de celui, le citoyen, l'usager, qui nous le "doit", par nature. On y perd la notion de juste mais vulnérable rémunération de la qualité de la prestation et de son utilité sociale. Ne pas accorder le "toujours plus" demandé c'est attenter au "service public". D'où, parfois, un rapport vicié à l'argent et le détournement de l'intérêt général au service d'intérêts corporatistes. Les rapports sont inversés.

Par ailleurs l'Etat n'a pas le courage de négocier ou d'établir une politique de revenus cohérente. Il renvoie la question à d'autres, gère "politiquement" les affectations de "dépenses" et de déficit.

Dans ce cadre, ce qui se passe depuis quelques années sur les honoraires est potentiellement dramatique.

Concernant le secteur privé à l'hôpital, l'Etat est revenu sur la loi qui obligeait les patients concernés à payer les honoraires à la caisse de cet hôpital et nulle part ailleurs, ou plutôt à nul autre. Sans le dire il rouvrirait ainsi la possibilité de création de revenus occultes au sein de l'hôpital.

Nous concernant, on comprend bien la logique de la politique des revenus instaurée par l'Etat qui vise à ouvrir le secteur II et le secteur optionnel. Les revenus des professionnels sont augmentés. La charge de cette augmentation est transférée de la Sécurité Sociale aux Mutuelles et aux patients.

Dans les deux cas il s'agit d'une politique qui se croit habile, mais qui est irresponsable du point de vue de l'impact sur les comportements. Pas un "patron" digne de ce nom n'aurait osé établir une telle politique. L'Etat est, en la matière, un patron mauvais et dangereux. En effet :

- être revenu sur l'obligation de transparence consistant à ne payer qu'à la caisse de l'hôpital c'est ouvrir la porte à des tentations irrépressibles auxquelles seuls les plus vertueux pourront résister dans le temps. Dans une société, pénaliser les vertueux n'a jamais préparé

l'avenir. Cette mesure irresponsable va donc, lentement mais sûrement gangrener l'hôpital et ses acteurs ;

- ouvrir la porte à l'auto-allocation de ressources dans une société c'est à terme tuer cette société. Si la société concernée est incontournable au sens où elle a le pouvoir de s'imposer dans le temps, c'est susciter à son encontre des violences mortifères pour ses représentants. Les exemples historiques sont nombreux.

On ne bâtit pas l'avenir d'une profession en prenant le risque de la transformer en une bande de filous d'un côté, de prédateurs de l'autre. Cela est encore plus vrai dans le cas d'une profession qui se justifie socialement par la réponse qu'elle apporte à un besoin collectif prioritaire. Dans l'industrie, le commerce ou l'agriculture, quel patron gouvernerait ses élites à partir d'un tel choix ?

Pourtant, nous y sommes.

◇ Il nous faut donc approfondir un peu la question. Nous le ferons rapidement ici, en privilégiant l'analyse du secteur que nous représentons.

Certaines de nos équipes traitent ce sujet du point de vue déontologique. C'est heureux et protecteur, compte tenu des spécificités de nos patients. Elles se protègent collectivement en se dotant de règles spécifiques. Pourront-elles tenir longtemps ?

Tel n'est pas notre sujet aujourd'hui, ici. Nous sommes bien, ici, sur un sujet de mal gouvernance, d'effet système, en l'occurrence pervers du point de vue de son fonctionnement. Peu importe que cet effet "système" soit voulu ou qu'il soit le fruit d'une incompétence radicale à gouverner le dit système. Nous avons à y faire face car on nous l'impose.

En économie développée, les rémunérations professionnelles peuvent être suffisantes pour interdire l'auto-attribution. Le tact et la mesure en matière de ponction financière sont une trace de la médecine ancienne, pré-scientifique et pré assurance-maladie. Le tact et la mesure sont de toute façon, en médecine, asymétrique, sinon on leur donnerait le nom habituel de "discussion de marchands de tapis". Ils ont la trace d'une médecine compassionnelle, de charité, et non d'une médecine de professionnels. Les rapports économiques d'une médecine scientifique et prise en charge par la collectivité ne ressortent pas d'une économie de souk avec discussion ludique et équilibrée, de gré à gré, du prix de la transaction. Faire croire le contraire est humiliant pour les professionnels, ce qui n'est pas de saine politique, mais c'est surtout destructeur de notre système de santé. Une activité professionnelle telle que la nôtre doit trouver sa juste rémunération. Là est bien la responsabilité de l'Etat.

Juste rémunération ne veut pas dire rémunération non diversifiée. Une juste rémunération n'interdit pas non plus l'établissement de rémunérations incitatives.

Qu'en est-il chez nous ?

Le risque pris par les libéraux, c'est de faire dépendre leur rémunération de leur intensité au travail. Ce n'est pas malsain et c'est une forme de courage.

Pourtant, il faut constater que si certains payent de leurs deniers pour leur plateau technique, d'autres y ont accès gratuitement. Cela nous différencie les uns des autres. La rémunération est pourtant la même pour tous. Les pouvoirs publics devraient suivre avec intérêt la question des conditions du maintien d'un secteur d'activité dans lequel les professionnels investissent pour se garantir l'accès à des sociétés (cliniques, cabinets, SCM...) dont le projet d'entreprise est un projet médical qui correspond à leur conception de la médecine.

Il est par ailleurs admis par tous que la professionnalisation de nos métiers pousse au transversal, à la communication, à la pluridisciplinarité qui ne sont pas rémunérés, eux. Le système hospitalier a besoin d'une organisation qui encourage les systèmes intégrés de prise en charge, avec des incitations pour que les équipes de professionnels fournissent des soins coordonnés, efficaces c'est-à-dire évalués, rattachés aux données d'une médecine basée sur les preuves, soutenue par une technologie de l'information qui facilite les échanges. C'est sur ces critères qu'une politique des revenus adaptée devrait trouver d'éventuels critères de différenciation.

Dans tous les cas, un "secteur optionnel" ouvert à tous, devrait :

- être fondé sur une base technique et déontologique réelle et sérieuse ;
- n'avoir aucune conséquence sur le patient (cela ne les concerne pas et ne doit pas les concerner. La question du niveau du ticket modérateur est un autre sujet, les deux ne sont pas liés) ;
- être incitatif en articulant des effets positifs pour les professionnels, pour les patients et pour le système, tout en limitant au maximum les effets pervers.

◇ La politique de revenus mise en place, jointe à la désastreuse gestion prévisionnelle des effectifs par l'Etat, "fait système", comme disent les économistes.

- Les effets pervers rapidement décrits ici s'articulent aux effets de la politique démographique malthusienne et poussent les corporations à la tentation du chantage.
- Du point de vue des comportements, ce qui nous est proposé, sous des formes différentes dans le public et dans le privé, pousse partout au repli sur soi, à l'individualisme jaloux, au secret. Cela pousse au développement de la convoitise : le patient devient intéressant au sens financier du terme, il devient objet de convoitise au lieu d'être un sujet, objet de soins. On pousse donc le système en sens inverse du sens souhaitable. Remarquons que ces évolu-

tions sont, de plus, attentatoires à la sérénité nécessaire à l'indispensable indépendance professionnelle.

- Les difficultés que nous connaissons dans nos Etablissements du fait d'une double Tutelle peu cordonnée (la DHOS et l'UNCAM) ne feront que se renforcer. Cette politique de revenu vient en effet en contradiction avec les politiques de régulation mises en place puisque tout effet revenu pourra être compensé chez les praticiens sans l'être dans les établissements. Alors que la qualité des prestations dépend de plus en plus d'une articulation forte entre les médecins libéraux et l'Etablissement dans lequel ils exercent, ce différentiel de capacité de réaction face aux politiques de régulation incitera plus à la suspicion, à l'incompréhension, voire au conflit qu'à la synergie entre les médecins et les Etablissements. De ce point de vue, là aussi, cette politique est inconséquente.
- Enfin, on ne peut pas reprocher à une population, quelle qu'elle soit, d'utiliser un tel système de rémunération lorsqu'il lui est officiellement ouvert. Faut-il rappeler ici que faire appel aux individus pour qu'ils calent leurs comportements sur la vertu, l'éthique ou la déontologie est inopérant au niveau d'un "système" d'organisation ? Cela est encore plus vrai si ce système les incite par ailleurs à la recherche d'effets d'aubaine. Collectivement, ces rémunérations additionnelles ne feront donc que prendre de l'importance. C'est d'ailleurs ce qui se passe déjà.

Quelle profession pourra longtemps résister aux effets pervers d'un tel engrenage ?

Derrière nos professions et nos Etablissements, c'est tout le système hospitalier qui en pâtira.

L'évolution de la démographie, le surcroît de travail des professionnels, leur qualification, l'utilité de leur travail justifient, s'il en était besoin, qu'ils soient normalement payés. Si cela était le cas il n'y aurait nul besoin de les humilier en prenant le risque de les ramener au statut de filous, de marchands de tapis de théâtre ou de collecteurs d'impôts de temps révolus... Il n'y aurait nul besoin de les amener individuellement à l'auto-allocation de leur propre rémunération et sur les tentations qu'elle suscite inévitablement.

Concernant notre secteur libéral, est-ce simple et grave inconséquence ou volonté perverse de biaiser la concurrence en vidant les cliniques au profit de l'hôpital sous prétexte d'accessibilité apparente ? Quoi qu'il en soit les dégâts sont inévitables pour les cliniques, pour les médecins libéraux, dans les mentalités, pour l'éthique et la déontologie, pour le système hospitalier, par atteinte aux principes d'égalité d'accès aux soins et de respect dû au patient.

L'Etat est ici, au mieux, inconséquent ou incompétent, de toute façon dangereux dans sa gouvernance du système.

Gangrène d'un côté, démarche collective suicidaire de l'autre, il nous faut sortir de ces cercles infernaux.

Ces questions seront abordées par plusieurs intervenants. Philippe Mousnier les mettra en perspective du point de vue de la régulation économique.

- **Le rapport au droit** pose aussi question. En matière hospitalière, surtout depuis quelques années, tout ou presque passe donc par la loi et les règlements. Et paradoxalement beaucoup de nos interlocuteurs sont étonnés de ce que nous avons l'habitude de prendre la loi au sérieux, car, de fait, elle s'applique dans le secteur privé plus que dans le secteur public.

Quatre difficultés donc, parmi d'autres :

- la vraie vie ne se réduit pas à ce qui est prévu par la loi, et croire le contraire ne simplifie pas les relations et l'évaluation des politiques initiées ou menées ;
- en théorie, la loi s'applique maintenant aussi bien à l'hôpital qu'à la clinique et le différentiel d'application souvent dénoncé, par la Cour des Comptes par exemple, va donc s'estomper. Nous avons déjà évoqué les craintes et les suspicions que cela suscite ;
- les fonctionnaires du ministère sont tous issus de l'hôpital public, et, mutation récente aidant, prennent donc souvent pour nécessité nouvelle ce qui existe déjà, ce qui accélère paradoxalement la parution de textes nouveaux ;
- tout le droit n'est pas dans le code de la santé, les autres codes sont au même niveau dans la hiérarchie du droit et cela est parfois oublié par ceux dont la fonction est de nourrir le code de la santé.

Ces considérations sont renforcées par le constat étrange que les juristes sont rares au Ministère. La quasi totalité des réunions qui s'y font pour "faire" des textes de droit se font sans la présence du moindre juriste.

- **Les contrôles.** Revenons une fois encore à l'inflation de la parution des textes pour remarquer, comme beaucoup, que, pour les professionnels, le nombre de dossiers, de rapports, de réunions et de comptes rendus s'accroît exponentiellement alors même que le contrôle factuel sur preuves se fait plus rare. Où alors on assiste à des poussées où ces contrôles se multiplient soudain sur un temps court, sans aucune coordination entre les services, parfois plutôt dans un esprit de concurrence entre services.

Disons-le tout net, comme cela se passe ailleurs, la présence physique et permanente d'inspecteurs (médecins inspecteurs et/ou de médecins conseil) au sein même de nos établissements sera tout autant le signe d'une professionnalisation de nos rapports que la condition d'une débureaucratiation des pseudo-procédures de contrôle. Notons cependant comme une bonne nouvelle, l'entrée récente des médecins conseils à l'hôpital public. C'est une vraie révolution, mais elle est porteuse d'avenir et d'équité. Il n'empêche, les progrès à faire en matière de fonction contrôle restent très importants. Tout le monde bénéficierait du fait d'avoir moins de textes,

moins de "rapports" à faire à des administrations qui n'en peuvent rien faire (sauf à se couvrir) et plus de contrôles sur site, objectifs et factuels.

- **L'évaluation en termes de résultats.** En termes d'évaluation, nous avons été parmi les premiers, et nous sommes souvent encore bien seuls, à souligner l'importance de recourir à des critères d'évaluation en termes de résultats médicaux¹¹, à faire connaître, comme exemplaire et preuve du possible, le remarquable travail de publication d'indicateurs des Australiens. Il faudra bien un jour sortir des approches purement universitaires et multiplicatrices que nous faisons en France sur les "indicateurs" pour passer au stade opérationnel et permettre les comparaisons. L'expérience australienne, une fois de plus, nous montre que le potentiel d'amélioration des pratiques est plus vite et mieux exploité par la publication régulière d'indicateurs de tendance que par la multiplication des normes. L'exemple le plus frappant en termes de comparaison des deux approches (normative en France, évaluative en tendance publiée en Australie) est sans doute celui du développement dans nos deux pays de la consultation pré-anesthésique. Il faudra aussi prêter attention aux réflexions fondatrices de Patrick Vive-ret sur *"les thermomètres qui nous rendent malades"*. Elles nous rappellent que le choix des indicateurs de suivi ou d'évaluation n'est pas plus neutre en matière de politique de santé et d'organisation du système qu'en matière de gestion d'entreprise.
- **La confusion service public - fonction publique.** Signalons un handicap spécifique aux cliniques privées toujours suspectes aux yeux de nombreux responsables administratifs et syndicaux d'être en marge du système hospitalier, toujours suspectes de ne pas participer au service public, toujours idéologiquement suspectes d'être "à but lucratif" alors même que leur taux de profit moyen est toujours inférieur aux moyennes du secteur des services et souvent proche d'une moyenne de 0, ce qui leur interdit de faire de la recherche... Sur ce sujet, les réflexions tirées de son expérience dans d'autres secteurs par Philippe Galy enrichiront nos débats.
- **L'exception du développement volontariste d'une planification administrative fine et quantifiée en matière de santé.** Signalons, comme un paradoxe qui nous est propre, la concomitance de la disparition du Commissariat au Plan qui était si utile au plan national pour créer du lien entre les partenaires sociaux et éclairer les sujets d'intérêt commun... et l'appari-

¹¹ Cf. en particulier notre contribution "Labellisation des réseaux en cancérologie sur la base de principes médicaux et d'indicateurs médicaux de résultats" parue en 2000, mais aussi la traduction par l'AFCA, avec l'accord de l'ACHS, des trois manuels d'accréditation des structures de chirurgie ambulatoire (dans "AFCA 1996"), et plus récemment la publication annuelle du remarquable «Determining the Potential to Improve Quality of Care». La dernière édition, qui vient de paraître, couvre la période 1998 – 2004 (6th Edition - Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) Clinical Indicator - Results for Australia and New Zealand) - Rapport téléchargeable sur le site de l'ACHS (<http://www.achs.org.au/>)

tion d'une planification administrative "fine" en matière de santé, basée sur des "objectifs quantifiés". En 1991, nous avons gagné le combat contre le budget global par clinique au profit d'un "OQN" qui garantissait la "concurrence fictive" comme disent les économistes et donc les progrès de la productivité comme de la qualité. En 2006, nous sommes sous le joug d'une planification par objectifs quantifiés beaucoup plus fine encore que celle qui existait. Toute l'histoire économique nous montre que cela ne marche pas, ce qui est rassurant, mais que cela est très pénalisant, que cela alourdit considérablement les coûts, accroît les inégalités et retarde les évolutions souhaitables. C'est donc tout le système hospitalier qui va en pâtir, et ce n'est pas le développement de la très à la mode "charité médiatique" qui pourra suppléer aux gâchis d'argent public. Combien de blocs opératoires bâtis ou rénovés par Hôpital 2007 sont-ils déjà à détruire ?

- **Biais de concurrence.** Et enfin, pour finir, rappelons que les règles du jeu dans les rapports de force entre acteurs d'une économie administrée ne nous sont pas toutes accessibles. Cela indique un biais de concurrence. Quelques exemples :

Si les très fortes organisations collectives représentatives du monde hospitalier public peuvent être interprétées comme le signe d'une exigence à renforcer nos propres organisations collectives¹², rappelons que la "grèvi-culture" si bien décrite par deux de nos intervenants, Philippe Galy et Jean de Kervasdoué, nous est, de fait, interdite ou inaccessible.

De même, les "reports de charges" dont se fait l'écho l'article de l'Expansion, proposé dans ce dossier, nous sont eux aussi interdits, au besoin, par les Tribunaux de Commerce.

De fait, et malgré la bonne volonté de beaucoup de fonctionnaires, il faut que notre secteur se batte en permanence pour rappeler son existence, pour imposer son accès à ce que la loi lui accorde.

Ainsi, à titre d'exemple, la mesure n° 1 du Plan Cancer qui visait simplement à connaître qui fait quoi, où et comment en radiothérapie, en imposant à la radiothérapie libérale le codage PMSI, n'est toujours pas en place. Préfère-t-on au niveau de l'Etat faire semblant de ne pas savoir ? Constatons que la Sécurité sociale n'avait heureusement pas ce genre de pudeur.

Toujours en radiothérapie, et contrairement à ce qui est affirmé partout, les plateaux techniques n'ont pas tous bénéficié d'aide financière pour leur mise à niveau ciblée comme prioritaire par le Plan Cancer. Les cabinets médicaux de radiothérapie qui assurent la très grosse majorité des traitements en France attendent toujours le respect des engagements pris en la matière (soit par ajustement de la nomenclature comme cela avait été signé en 2002, soit par accès aux financements "Hôpital 2007" dont ils sont ex-

¹² Rappelons seulement ici que, d'un côté, leurs financements sont publics, que, de l'autre côté, ils sont privés (cotisations) et que, malgré cela, le secteur hospitalier privé est une exception dans le paysage français par le très fort taux de syndicalisation qui est le sien.

clus...). Il y a bien là un biais de concurrence important et qui serait ailleurs passible des tribunaux.

La réforme prévue par le Plan Cancer de la nomenclature applicable à la chimiothérapie (mesure 51) n'est toujours pas en place alors même qu'elle est porteuse de qualité des pratiques et qu'elle ne coûte rien (ni à la collectivité ni aux patients).

L'actualité récente nous montre par ailleurs la difficulté qu'il y a à faire comprendre que le privé, lui aussi, par la loi, a droit aux financements additionnels prévus en matière de prise en charge du cancer.

- ...

D'où le thème de nos Rencontres de cette année.

Ces évolutions sont perturbantes pour nos professionnels.

Leur intuition leur en montre bien les difficultés.

Leur déontologie leur en signale bien les effets pervers.

Mais nous avons beaucoup de mal à mettre tout cela en cohérence et en perspective. Nous avons besoin d'aide pour mieux comprendre les contraintes qui sont imposées à nos pratiques, les nouvelles règles du jeu, les conditions du maintien d'un exercice responsable de nos métiers.

Nous vous proposons donc deux temps durant cette journée de travail.

- Durant la matinée, nous écouterons une série de témoignages ciblés, ancrés dans nos pratiques professionnelles et le point de vue d'une association de patients. Ces témoignages dégageront ce qui, depuis quelques années et, en particulier depuis le Plan Cancer, les a aidé à améliorer leurs pratiques, la qualité de leurs prestations, d'une part, et ce qui, d'autre part, reste en attente ou leur crée des difficultés.
- Dans un deuxième temps, à partir de ces expériences très concrètes, confirmées ou prolongées par le débat avec les participants à ces Rencontres, nous demanderons aux experts qui ont bien voulu répondre à notre demande de nous aider à mettre ces expériences en perspective, à donner du sens à nos progrès comme à nos difficultés.
 - M. Galy nous fera profiter de sa grande expérience de responsable de service public "hors système de santé", expérience qu'il a formalisée dans son livre récent : "*Service public, pourquoi ça coince ?*".

- M. Crozier nous fera profiter, hélas de façon trop courte, de son immense expérience sur ces sujets. Il n'est pas dans notre légitimité de "changer le système". Pourtant nous en sommes les acteurs. Comme il l'a développé si justement dans son célèbre livre, *"L'acteur et le système - Les contraintes de l'action collective"* : *"l'acteur n'existe pas en dehors du système qui définit la liberté qui est la sienne et la rationalité qu'il peut utiliser dans son action. Mais le système n'existe que par l'acteur qui, seul, peut le porter et lui donner vie et qui, seul, peut le changer"*¹³. Nous sommes bien au cœur de notre sujet. Comment utiliser notre marge de liberté pour améliorer le service que nous devons à nos patients et développer nos bonnes pratiques même lorsque cela doit se faire malgré les textes et les pesanteurs de l'environnement.
- M. de Kervasdoué nous fera profiter de sa grande connaissance du secteur de la santé et de sa capacité à tenir une parole libre qui, même lorsque nous ne sommes pas toujours d'accord, nous est indispensable.
- Messieurs Mousnier et Viveret resitueront nos réflexions dans un champ plus large. Ainsi, M. Mousnier nous convie à *"observer les mutations plus ou moins marquées de notre société pour chercher à les comprendre et à anticiper avec les principaux acteurs concernés, les crises et les ruptures prévisibles, les évolutions des stratégies actuelles et l'émergence de nouveaux acteurs"*. Il nous aidera à *"prendre le recul nécessaire face à une actualité intrusive et parfois délirante"* car, dit-il, *"nous vivons en direct la fin d'un modèle de financement de la santé qui n'en finit pas de mourir et dont les réformes successives coûtent de plus en plus cher et sont de moins en moins efficaces collectivement"*¹⁴.
M. Viveret, bien que très impliqué par les questions de santé à la Cour des Comptes, nous fera part de ses réflexions sur l'évolution des *"nouveaux facteurs de richesse"* - la santé en est un - et nous expliquera *"pourquoi ça ne va pas plus mal"*.

«Qu'on le sache, seul l'engagement personnel et collectif des juges au service de leur profession fera progresser la justice ! (...) Favoriser l'engagement des juges serait l'ériger en qualité professionnelle centrale» s'écriait Guy Canivet

¹³ Cf le document support de l'exposé de M. Crozier.

¹⁴ Cf le document support de l'exposé de M. Mousnier.

il y a quelques jours lors de la Séance solennelle de la Cour de cassation¹⁵. Nous sommes bien sur la même perspective, aux confins, nous aussi, de la compétence, de l'organisation, de l'évaluation, de la capacité à rendre compte, des exigences d'indépendance et de conscience professionnelle. Le taux de chômage demeurant à l'insupportable niveau que nous lui connaissons depuis des années, nous savons que l'hôpital continuera à avoir pour fonction principale son rôle de régulateur de l'emploi et de l'investissement local au détriment, souvent, de l'exigence d'efficacité dans les soins. C'est cela qui justifie "l'administration" de notre système hospitalier. Il est donc temps de comprendre les règles de fonctionnement de l'économie administrée afin d'en jouer, lorsque cela est possible, sans déroger à la dignité professionnelle, afin de garder lucidité sur les vraies conditions de pérennité de l'utilité et de l'efficacité de nos métiers, de trouver, malgré tout, les moyens de développer de bonnes pratiques de prises en charge.

Puissent ces journées y contribuer !

Vous trouverez dans ce dossier :

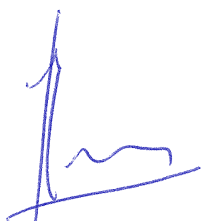
- Les supports d'intervention de nos différents orateurs
- Un récent article de l'Expansion sur le déficit dans les hôpitaux publics comme illustration prise par certains supports de presse de la contribution de notre secteur au problème plus global de la dette tel qu'il a fait la une de l'actualité ces dernières semaines.
- Quelques schémas qui permettent de situer la complexité de certains dispositifs (la régulation qualitative, les agences, les nouvelles autorisations, le contrat de bon usage)

Vous trouverez aussi, bien sûr, dans ce dossier, l'attestation de présence qui vous est parfois nécessaire.

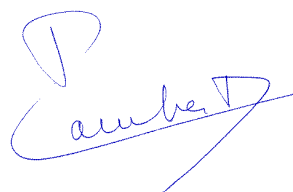
Contrairement aux années précédentes nous ne vous proposons pas nos publications anciennes : elles sont presque toutes épuisées. Vous trouverez néanmoins à l'entrée un certain nombre d'exemplaires de la plaquette "réseaux" que nous avons éditée au printemps dernier à l'occasion de la sortie de la circulaire portant organisation de la cancérologie et qui a été rééditée à plusieurs reprises depuis. Elle fera l'objet d'une actualisation lorsque le dispositif d'autorisation sera officialisé.

¹⁵ Guy Canivet ; *Nous rendons justice les mains tremblantes* ; Le Monde Samedi 7 janvier 2006 pp 1 & 21

À tous nous souhaitons des Rencontres stimulantes et nourrissantes pour l'amélioration de nos pratiques et de la prise en charge des malades atteints du cancer !



Docteur Bernard Couderc
Président de l'UNHPC



Docteur Didier Lambert
Président de la FCLH



G. Parmentier
Secrétaire National de l'UNHPC

13 Janvier 2006

L'UNHPC est membre de la **FHP**

L'UNHPC et la FCLH sont membres de la
Plateforme commune de la cancérologie libérale et hospitalière privée



Discours d'ouverture

Introduction

↳ **Dr Bernard COUDERC,**
Président de l'UNHPC

Dr Bernard COUDERC. - Mesdames, Messieurs, mes chers collègues, je vous remercie particulièrement pour votre présence à ces nouvelles Rencontres en cancérologie libérale et hospitalière. Nous vous remercions encore une fois de la confiance que vous nous accordez en venant participer à ces travaux.

Ces Rencontres sont chaque année l'occasion d'un dialogue fructueux entre des professionnels d'origines, de métiers et de statuts différents, mais tous réunis pour approfondir telle ou telle question d'organisation, de régulation ou d'évaluation de la prise en charge du traitement du cancer.

L'UNHPC a souhaité, cette année, vous présenter ces Rencontres avec les autres membres de la plate-forme commune de la cancérologie libérale et de l'hospitalisation privée, et j'ai à mes côtés le Dr Lipinski, Président du Syndicat des Radiothérapeutes Oncologues, et le Dr Bürki, Président du Syndicat Français des Oncologues Médicaux. Nous attendons Christian Espagno, qui représentera la Fédération de Cancérologie Libérale et Hospitalière, et je n'oublie pas non plus la Société Française de Cancérologie Privée et son Président, le Dr Gérard Auclerc.

Nous remercions bien entendu les personnalités présentes et en particulier M. le Conseiller du Ministre, le Dr Nizri, radiothérapeute, et le Dr Larüe-Charlus, toujours fidèle à nos travaux et qui va nous rejoindre.

Le Dr Nizri représente M. Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités. Je tiens aussi à remercier le Dr Martine Aoustin, en charge du projet T2A à la DHOS, les membres de l'INCa présents - M. Borella, autre fidèle de nos travaux, doit, lui aussi, nous rejoindre - et les orateurs de ce matin : les Dr Caldéroli, Achille, Lipinski et Mahot, ainsi que Mme Blanc-Légier et M. Bouvier.

Nous regrettons que Mme Goinère soit dans l'impossibilité de participer à nos travaux. Nous lui souhaitons un bon rétablissement et remercions son vice-Président, M. Ferrer, d'avoir bien voulu la remplacer.

Nous remercions aussi tout particulièrement les orateurs prestigieux qui interviendront durant la seconde partie de nos Rencontres : MM. Crozier, Galy, de Kervasdoué, Mousnier et Viveret.

Je ne peux pas citer tout le monde, mais je vous remercie encore une fois pour la confiance et l'honneur que vous nous faites en participant à ces travaux.

Je tiens à remercier aussi les Laboratoires sanofi-aventis, Amgen, Lilly, Pfizer et Roche pour leur discrète et généreuse contribution, sans laquelle ces Rencontres ne pourraient se tenir.

Avant de donner la parole au Dr Nizri, je voulais vous dire un petit mot sur les sujets qui ont été retenus jusqu'à présent dans nos Rencontres. Nous évoquons en général toujours des sujets d'actualité, souvent porteurs d'avenir - du moins nous le pensons -, et les faits nous ont rarement démentis. C'est ainsi qu'en 1994 nos premières Rencontres posaient une question annonciatrice d'un plan de santé publique spécifique au cancer, puis il s'est agi en 1995 de l'accréditation, avant la création de l'ANAES, en 1996 des réseaux, en 1997 de ce que nous appelons aujourd'hui le dossier communiquant en cancérologie, et en 1998 de la concertation pluridisciplinaire, dont vous connaissez l'importance. Je ne citerai pas tous les thèmes que nous avons abordés.

Le sujet que nous vous proposons cette année est incontestablement difficile. Les privés et libéraux que nous sommes sont souvent suspectés d'une critique systématique de l'Etat pour que je rappelle, ici, que personne, en France, ne demande la soumission du secteur de la santé hospitalière aux lois de l'économie de marché telle qu'elle fonctionne dans les manuels ou les modèles dits de concurrence pure et parfaite. En ce qui nous concerne, nous demandons une économie de santé plus régulée et moins administrée. Tel est notre postulat et nous nous soumettons à votre critique.

Pour gérer un établissement de santé (hôpital, clinique ou centre de radiothérapie ou d'oncologie médicale), il faut des règles stables. Le dessin de Plantu est l'illustration de ce que tout le monde connaît et dénonce sans pouvoir l'arrêter : l'avalanche permanente des textes de loi et le renforcement au cours des années de la tendance à tout régler par la loi, les règlements et les normes. D'où le thème de nos Rencontres.

Il ne s'agit pas d'un sujet public-privé. Tous nos travaux et toutes nos prises de position le montrent, mais cela va sans doute mieux en le disant. Le sujet c'est le système hospitalier dans son ensemble et dans chacune de ses composantes ainsi que son évolution au cours des dernières années.

Cette évolution, cette "administration de la santé", est perturbante pour les professionnels. Leur intuition leur en montre les difficultés et leur déontologie leur en signale les effets pervers. Nous avons beaucoup de mal à mettre tout cela en cohérence et en perspective et nous avons besoin d'aide. C'est pour cette raison que nous vous proposons deux temps durant cette journée de travail. Nous écouterons durant la matinée une série de témoignages ciblés, ancrés dans nos pratiques professionnelles, avec aussi le point de vue d'une association de patients.

Ces témoins développeront ce qui depuis quelques années, en particulier depuis le Plan Cancer, d'une part, les a aidés à améliorer leurs pratiques et la qualité de leurs prestations et, d'autre part, ce qui reste en attente ou leur crée des difficultés.

Dans un deuxième temps, cet après-midi, à partir de ces expériences très concrètes, confirmées ou prolongées par les autres participants à ces Rencontres, nous demanderons aux experts qui ont bien voulu répondre à notre demande de nous aider à les mettre en perspective et à donner du sens à nos progrès comme à nos difficultés.

Je vous souhaite donc à tous des Rencontres stimulantes et nourrissantes pour l'amélioration de nos pratiques et de la prise en charge des malades atteints de cancer.

Monsieur Nizri, Cher Confrère, vous représentez, ici, le Ministre. Je vous en remercie tout particulièrement. Vous transmettez ces remerciements à Monsieur Xavier Bertrand. Votre présence confirme l'intérêt qu'il porte à notre profession et, je crois que vous allez nous le confirmer, les perspectives de travail commun qu'il veut ouvrir.

Nous vous écoutons.

↳ **Intervention du Dr Daniel NIZRI**
(Cabinet du Ministre)

Dr Daniel NIZRI. - Bonjour. Chers confrères et chers amis, M. Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, vous prie, en effet, d'excuser son absence ce matin. Il aurait aimé être présent mais l'actualité, en particulier virale¹, le retient et il participe actuellement à une réunion organisée par le Premier Ministre. Il m'a demandé de le représenter et m'a autorisé à faire devant vous un très rapide point sur l'état d'avancement du Plan Cancer.

Avec 150.000 décès annuels, le cancer représente la première cause de mortalité prématurée en France. Pour lutter contre ce fléau, qui n'épargne aucune famille, le Président de la République a initié le Plan Cancer en mars 2003. En collaboration étroite avec l'Institut National du Cancer et avec l'aide du service du Ministère et des agences de l'Etat, nous mettons en place progressivement les 70 mesures de ce plan quinquennal.

Comme l'a rappelé le Ministre hier soir à l'occasion de la présentation de ses vœux aux forces vives de la Nation, nous accentuerons en 2006 nos efforts pour la prévention des cancers évitables et en particulier ceux en rapport avec les consommations de tabac et d'alcool pour la montée en charge des dépistages organisés des cancers du sein et colorectaux. Nous finaliserons également la réorganisation de l'offre de soins en cancérologie ainsi que l'accès à la recherche clinique et à l'innovation technique pour tous. Enfin, nous attachons la plus grande importance à la prise en charge globale des patients et de leurs proches au cours et au décours des traitements, et, en lien constant avec les associations, nous prendrons très prochainement des initiatives. Pour de nombreuses mesures du Plan, cette mise en place se fait en coordination avec l'Union Européenne dans le cadre de l'Alliance européenne contre le cancer, dont la première réunion s'est tenue à Paris le 13 décembre 2005.

Je souhaiterais revenir quelques instants sur la réorganisation de l'offre de soins en cancérologie. Elle doit se faire pour et autour des patients et leur garantir un accès aux soins et à l'innovation technique égal et permanent pour tous quels que soient le lieu et la structure de soins. La mise en œuvre des mesures 29 à 32 du Plan (réseaux et pôles de cancérologie, concertations pluridisciplinaires, centres de coordination en cancérologie, dossiers communicants cancer) et de la mesure 36 concernant les autorisations pour la pratique de la cancérologie doit permettre cette réorganisation. Elle doit se faire de façon dynamique, avec la participation active, sincère et efficace de tous les soignants en cancérologie, dans le respect des modes d'exercice de chacun, et nous serons attentifs à prévenir toutes les tentations hégémoniques.

¹ Note UNHPC : Premiers cas de grippe aviaire en Europe, en Turquie

Le secteur libéral a sa place, toute sa place, dans cette réorganisation, et je souhaiterais, avant de vous laisser travailler, évoquer la situation de l'oncologie-radiothérapie libérale, qui nous tient particulièrement à cœur. 60 % des 260.000 nouveaux patients cancéreux que nous prenons en charge chaque année bénéficient d'une irradiation réalisée à des fins curatives ou palliatives, et 60 % de ces patients irradiés le sont dans le cadre de l'exercice libéral.

Le respect de la nomenclature ne permet pas aujourd'hui, en dépit d'un premier rattrapage de 30 M€ en 2002, de poursuivre la relance des investissements et d'améliorer la qualité des plateaux techniques, c'est-à-dire, en clair, de respecter les objectifs du Plan.

Vos représentants ont attiré l'attention de M. Xavier Bertrand sur la situation de l'oncologie-radiothérapie libérale et le risque que cette situation fait prendre au Plan Cancer. Ils ont sollicité la possibilité de mettre en œuvre en radiothérapie et dans les structures à caractère libéral un recueil d'information médicalisé de type PMSI, sur le modèle de ce qui existe d'ores et déjà dans les secteurs hospitaliers publics et PSPH, de sorte de parvenir à terme à une description des activités qui soit identique.

Le Ministre a retenu cet argumentaire. En effet, une information de cette nature nous fournira une connaissance complète de l'activité de radiothérapie sur la base d'un modèle d'information commun entre tous les secteurs. Par ailleurs, il a pris acte de l'intérêt de faire converger des modalités de tarification sur un même champ dans les secteurs publics et privés libéraux.

Ce projet va nécessiter, pour être opérationnel, un examen attentif des conditions, notamment réglementaires, dans lesquelles pourraient s'inscrire ces évolutions, en particulier du fait du statut de vos structures. Par ailleurs, la mise en place opérationnelle doit être précédée par une expérimentation visant à la faisabilité du recueil d'informations au niveau des structures, ce qui justifie que soient analysés les divers sujets ayant trait à l'implantation du dispositif informatique, aux modalités de remontées d'informations à l'ATIH et au retour d'informations en direction des professionnels. Nous vous proposons donc que soit engagé un programme qui, au cours du premier trimestre 2006, c'est-à-dire dès la semaine prochaine, verrait se dérouler des réflexions relatives à la définition du lien juridique entre votre profession et l'Etat qui puissent asseoir ce dispositif.

En parallèle, donc en même temps, devront être menés les travaux visant à la mise en œuvre opérationnelle (définition et circuit des informations, conditions de mise en place informatique et éventuellement formation des professionnels). Ce calendrier permettrait que soit déployée au plus tôt une expérimentation permettant de tester la faisabilité du dispositif et de procéder à sa généralisation.

Afin de mettre en œuvre ce projet, le Ministre a demandé à la Direction de la Mission Tarification à l'Activité de prendre avec vos représentants les premiers contacts nécessaires à l'organisation de sa gestion. Tout cela sera bien sûr mené en lien avec l'ensemble des acteurs concernés.

Je m'engage à titre personnel à veiller à la définition, dès la première réunion de travail, d'un calendrier et d'un contenu et à leur respect.

Je vous remercie de votre attention et vous souhaite une bonne journée de travail.

(Applaudissements)

M. Gérard PARMENTIER.- Le Dr Nizri est, comme il vous l'a dit, pris par une réunion importante, notamment du fait de quelques soucis avec la Turquie, et le Cabinet est mobilisé, une fois encore. Il faut le remercier tout particulièrement d'être venu malgré cet emploi du temps chargé et pour tout ce qu'il nous a annoncé. Nous allons donc travailler, si j'ai bien compris, dès la semaine prochaine. Nous y serons. Merci, Monsieur Nizri.

(Le Dr NIZRI quitte la séance)

M. Gérard PARMENTIER.- Nous allons commencer tout de suite la première table ronde, qui devait être présidée en principe par Christian Espagno, qui va arriver, malgré quelques soucis de transports depuis Toulouse. Elle est animée par Philippe Bergerot, auquel je laisse la parole.

Dr Philippe BERGEROT.- Comme M. Nizri l'a indiqué, un certain nombre de personnes motivées et sincères sont mobilisées depuis plusieurs années par le Plan Cancer. Je pense qu'elles vont nous présenter non pas leur expérimentation personnelle mais plutôt leur position de spécialistes dans le cadre de cette activité.

La répartition n'est pas politiquement correcte du fait d'une forte prédominance masculine, ce qui est relativement fréquent, et il n'y a ni généraliste ni médecin traitant, ce qui à l'aube de la réforme risque de poser quelques problèmes. Nous y avons pensé mais il est vrai que leur implication est un peu différente, même si je pense que l'on en parlera un peu au fur et à mesure.

Je passe donc la parole à Madame Blanc-Légier, de l'Institut Sainte-Catherine à Avignon. Madame Blanc-Légier est pharmacienne. Elle va nous parler de son métier et de l'impact du Plan Cancer sur l'activité des pharmaciens d'établissement.

-I-

L'administration de la santé par l'Etat

Quelles incidences sur nos pratiques ? *Points de vue*

Président : Dr Christian ESPAGNO
Modérateur : Dr Philippe BERGEROT

Pharmacie

↳ **Mme Françoise BLANC-LEGIER**
(Institut Sainte Catherine - Avignon)

Mme Françoise BLANC-LEGIER.- Je remercie l'UNHPC de m'avoir invitée à donner le point de vue du pharmacien dans le cadre de l'administration de la santé par l'Etat et de son incidence sur nos pratiques. Pourquoi le point de vue du pharmacien ? D'une manière tout à fait réaliste, le budget de la pharmacie se situe très haut dans la hiérarchie des coûts. Il vient souvent en second après les salaires dans le budget des dépenses d'un établissement de santé.

Par ailleurs, dans le cadre d'une évolution financière exponentielle, l'Etat s'assure à travers les pratiques qu'il entend imposer que le poste est maîtrisé, que la pharmacie hospitalière répond à ses missions, que les pharmaciens accompagnent les prescripteurs dans l'acte thérapeutique, dans une situation en perpétuel bouleversement et en perpétuelle évolution. D'acteur secondaire, il devient central en termes de coordination et de gardien du consensus.

Constat

Contexte évolutif d'augmentation / an hors GHS

- 2003 : - 30 % d'augmentation sur mol onéreuses dans HP
- 17 % en DMI
- 2004 : - 28 % tous établissements publics privés
- Enjeu de santé publique enquête relative aux erreurs médicales évitables ENEIS DRESS/35 000 j. d'hospitalisation :
 - 10% patients / événements indésirables, dont 1/3 graves ;
3% des hospitalisations dues aux médicaments ; coût : 0,4 à 2,3 milliard d'€
 - 6,6% événements indésirables graves dont 38% dus aux médicaments, 50% évitables,
 - 21% infections sont liées aux soins, dont 40 % évitables

En tenant compte du contexte évolutif d'augmentation par an hors GHS, on constate 30 % d'augmentation des budgets pour les molécules onéreuses dans les hôpitaux publics en 2003, 17 % pour les DMI et 28 % en 2004 dans tous les établissements (public et privé). Par ailleurs, l'enquête effectuée par l'ENEIS sur 35 000 journées d'hospitalisation et 8 000 patients a révélé que

10 % d'entre eux font l'objet d'événements indésirables dont un tiers sont graves, 3 % des hospitalisations étant dues aux médicaments, avec un coût très élevé, de l'ordre du milliard d'euros.

Parmi les 6,6 % des événements indésirables graves qui se produisent, 38 % sont dûs aux médicaments et 50 % auraient été évitables. Enfin, 21 % des infections sont liées aux soins dont 40 % qui auraient pu être évitées.

Après le constat, les faits et le contexte normatif de la réforme, l'assise est constituée par le Plan Cancer, le nouveau mode de financement de la tarification à l'activité et le contrat de bon usage créé par décret du 24 août 2005 paru au JO du 26 août. Il constitue une annexe du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entré en vigueur au 1er janvier 2006. Le projet de circulaire de la mise en œuvre de ce contrat porte sur l'ensemble des médicaments et dispositifs médicaux utilisés.

Cette réforme est une dimension du contrat porté par la direction d'un établissement. C'est un point très important. C'est un processus d'amélioration dynamique de la qualité et de la sécurité des soins : il s'agit d'une démarche de progrès tout au long de la durée de vie du contrat qui s'inscrit dans une logique consistant à concilier la fixation d'un haut niveau d'exigences en termes d'objectifs assortie d'échéanciers réalistes, l'incidence sur les pratiques découlant de la prédominance de l'ARH.

L'administration par l'Etat assure ainsi sa prédominance malgré l'aspect « négociation » souvent souligné. La puissance publique s'affirme malgré l'équilibre théorique des volontés. La hiérarchie est clairement favorable à l'ARH, qui dispose de tous pouvoirs au long du processus : ses prérogatives sont exclusives, que ce soit au moment de la négociation des objectifs - qui nous sont proposés par nos différentes ARH - ou du recalibrage du rapport d'étape lors du premier exercice, puisque chaque ARH fixe ses dates, qu'il s'agisse de l'appréciation des arguments pour retard ou écart constaté, ou des sanctions.

Qu'est-ce qu'un pharmacien d'établissement de santé peut répondre face à chacune des quatre dimensions assurant la viabilité d'une telle réforme, à savoir sa cohérence, sa faisabilité, son évolutivité et le fait qu'elle soit supportable financièrement ?

Premier critère : cohérence

Tout d'abord, il y a cohérence des normes et du processus de la négociation jusqu'à la sanction financière. Elle est assurée par la hiérarchisation des acteurs, l'ARH se situant au sommet. De même, il y a cohérence de l'édifice puisque cette réforme s'inscrit dans un contexte beaucoup plus large qui est la certification des établissements de santé, l'évaluation des pratiques professionnelles, la formation médicale continue et les engagements.

1 - Cohérence

- Des normes, du processus depuis la négociation jusqu'à sanction financière
- Assurée par la hiérarchisation des acteurs
- De l'édifice : Certification ETS,
Evaluation des PP
FMC ainsi que les engagements*
- ARH dépendant !!! dans la mise en œuvre, écart délai accordé pour informatisation du circuit M*
- *Contexte de juridification* : recours pour pertes de chances => impose des règles communes sur le territoire - éthique de prise en charge et équité dans l'accessibilité - impensable d'avoir des différences territoriales en PTT qu'en terme de dérogation
- Référentiels et protocoles validés par les institutions nationales
Quand la totalité ? En attendant ? Oui ou non, rien impose une justification individuelle du prescripteur

Je vais faire un petit arrêt sur image pour montrer la différence de cible d'observation. Au cours des trente dernières années, les normes visaient ce qui se passait en amont de l'utilisation (c'est-à-dire les bonnes pratiques, l'évolution de la recherche clinique et l'amélioration de sa qualité), alors qu'il s'agit depuis 2001, date des premiers tests réalisés, de l'utilisation des molécules et de l'évaluation de leur utilisation ainsi que des pratiques professionnelles. On a changé de cible.

Evidemment, cette cohérence est « ARH dépendante » dans le cadre de la mise en œuvre, parce qu'il existe quelques écarts notamment au niveau des délais accordés pour l'informatisation du circuit du médicament.

Que va-t-il en être de la Sécurité Sociale, qui a priori est aussi signataire du contrat ? La cohérence s'inscrit dans le contexte de judiciarisation dans lequel nous nous situons sur le plan mondial, ce qui, s'agissant des recours pour perte de chance, impose des règles communes sur le territoire, que ce soit en termes d'éthique de prise en charge ou d'équité en matière d'accessibilité. Il est en effet totalement inconcevable qu'un patient soit traité de manière différente aussi bien en termes de "protocoles temporaires d'utilisation" que de dérogations.

Des questions se posent s'agissant de la cohérence des référentiels et protocoles validés par les institutions nationales : quand la totalité du dispositif sera-t-elle disponible ? Actuellement nous avons peu d'éléments à notre disposition. Alors comment faire en attendant ? Il nous faudra, plus que jamais, une justification individuelle du prescripteur s'il n'y a rien.

Un texte est sorti s'agissant de la cohérence des référentiels qui établit un consensus des trois institutions sur la méthodologie générale d'élaboration des protocoles thérapeutiques hors GHS. Le fait que ce consensus existe rend les référentiels légitimes, stabilise le processus et lui donne une assise stable...

Deuxième critère : faisabilité

Nous ne pouvons, concernant la viabilité de la réforme et sa faisabilité, que nous féliciter de pouvoir enfin respecter l'arrêté du 31 mars 1999¹. Nous y trouvons le bien-fondé de notre action sur le plan professionnel, pour l'ensemble des métiers intervenant autour du patient. Il permet en effet un décloisonnement et des coordinations et par exemple la réalisation d'un système d'information rendant possible la traçabilité de tous les actes, bien sûr dans la limite de l'inter-opérabilité des différents systèmes entre eux. Le temps est révolu des pharmaciens à temps partiel, seuls et sans préparateurs face à une masse de travail et de réflexions, à travers le suivi des indicateurs et la réalisation d'audits.

Le pharmacien est responsable du système qualité des activités de la PUI, lui-même intégré dans le circuit du médicament. Il existe une pluridisciplinarité constitutionnelle et il est indispensable pour pouvoir y répondre de travailler dans le cadre de réflexions avec l'ensemble des corps de métier. Cela a permis également à travers les plans de formation dans les établissements de santé d'autofinancer à travers le CBU les formations des différents corps de métier. On voit bien à travers le critère de faisabilité que nous sommes toujours « ARH dépendants » en termes de mise en œuvre et de présentation.

Un point peut s'avérer gênant dans le travail qu'il y a lieu de faire : les contrôles incessants dont nous faisons l'objet, qui sont excessivement consommateurs de temps. Il faut au préalable préparer tous les dossiers et éléments qui seront nécessaires, avec pendant que ces contrôles sont effectués et après qu'ils l'aient été tous les problèmes liés au système d'exploitation informatique, qui sont loin d'être négligeables dans le travail de tous les jours. Cela méritait d'être dit car c'est vraiment la réalité.

Le deuxième critère de faisabilité est le bon usage. C'est la direction de l'établissement qui s'engage dans ce cadre pour ses praticiens. C'est donc l'établissement qui se doit de donner toutes les chances au patient. Cela signifie en fait que c'est le respect du contrat qui est le garant de la confiance. Ce nouveau concept de la médecine encadrée par le code de déontologie est vraiment une modification importante, mais cela entraîne évidemment un bouleversement

¹ Note UNHPC : Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du Code de la Santé Publique (paru au J.O. n° 77 du 1er avril 1999, page 4854)

des habitudes médicales, parce qu'il va s'agir de justifier les bases scientifiques des prescriptions tracées dans les RCP.

Il est important de réaffirmer que, vis-à-vis de la conformité des trois groupes de prescription, le pharmacien n'est pas censeur et que les variations des modalités d'utilisation des médicaments et des posologies hors AMM ne feront pas l'objet d'examens sauf exception, mais qu'à travers la prescription, la responsabilité du prescripteur reste entière.

Les éléments qui ont permis cette réforme sont l'analyse et la validation pharmaceutique des prescriptions, aidées par Comedims, avec une garantie de qualité et de sécurité s'agissant des médicaments, ainsi qu'un gain en termes de performance et de maîtrise de la profession médicale et pour beaucoup de pharmaciens l'accès aux données indispensables du dossier du patient, pour connaître ses antécédents, y compris biologiques, pour pouvoir valider les chimiothérapies.

2 - Faisabilité

- Attention !! Objectifs exigeants dans délai réaliste

exemple : suivi des retours des préparations non ou partiellement administrées tracé à la pharmacie - croisés avec les mêmes données quand le dossier de soins infirmier sera informatisé - pour assurer l'exhaustivité de la traçabilité - circuit AMM et RC

- La non atteinte d'un objectif n'a pas à être systématiquement sanctionnée par une baisse du taux de remboursement
- *Quid de la réactivité des mises à jour des protocoles ? veille scientifique sur données nouvelles , = sources de remontée d'info,*
- *Choix des molécules suivies : imminent*
- *Contrôle des prescriptions par comité de contrôleur - situation intenable que la démographie médicale ne permet pas*

Il faut par ailleurs préciser des objectifs exigeants dans un délai réaliste. Il ne s'agit pas d'établir dans le cadre de cette première génération de contrats quelque chose de très séduisant et d'idéal mais qui ne serait pas réaliste. Par exemple, le suivi des retours des préparations non ou partiellement administrées est tracé à la pharmacie ; ce seront les mêmes données croisées quand le dossier de soins infirmiers sera informatisé, ceci afin de s'assurer de l'exhaustivité de la traçabilité que nous soyons dans le circuit AMM ou dans le domaine de la recherche clinique.

Un autre critère favorisant la faisabilité est le fait que la non-atteinte d'un objectif n'a pas à être systématiquement sanctionnée par une diminution du taux de remboursement, mais évidemment il faudra l'argumenter.

Cependant, qu'en est-il de la réactivité des mises à jour des protocoles, de la veille scientifique sur les données nouvelles et des différentes sources de remontées d'informations ?

Des éléments se mettent en place par l'intermédiaire de forums ou de sites au niveau des différentes ARH qu'il va s'agir d'alimenter. Le choix des molécules suivies devrait être imminent. Les contrôles de prescriptions par un comité de contrôleurs pourraient poser des problèmes en termes de faisabilité. Cela entraînerait très vite une situation intenable que la démographie médicale ne permettrait pas.

Troisième critère : évolutivité

La réforme est dans sa philosophie dynamique et porteuse de progrès. Les ARH ont bâti des sites d'échanges qui sont la porte ouverte au dialogue, qui a toujours permis d'évoluer à travers la compréhension mutuelle des différents points de vue. C'est un point très positif. Il existe un site sur lequel on s'engage à répondre dans les 72 heures, mais dans d'autres régions il s'agit de forums et la réponse est quasiment immédiate. Les professionnels que nous sommes doivent alimenter ces différents sites d'échanges pour déceler les points dont il faut discuter.

Les OMEDIT sont des outils de santé publique et d'amélioration du bon usage sur le territoire. Ils sont le pivot de la mise en œuvre de la réforme, avec une participation pharmaceutique.

Ils ont deux missions essentielles :

- Fonction d'observation, de suivi, d'analyse des pratiques de prescription, de vocation d'animation scientifique, de concertation entre pairs et au plan national.
- Fonction d'expertise et d'appui, sur lequel l'ARH s'appuiera dans son rôle de décision et de contrôle.

Il n'y a pas d'évolutivité sans intégrer la recherche clinique. Il coexiste entre deux partenaires, le médecin et le malade, une relation de responsabilité et de confiance. Le malade devant avoir les mêmes droits et la même attention que dans une situation thérapeutique normale.

S'agissant de la recherche clinique, il avait été prévu à l'origine dans le Plan Cancer que 10 % des patients devaient y être inclus ; les professionnels sont soumis à l'obligation cumulée de l'éthique médicale et à celle de la recherche clinique.

Une appropriation par tous les acteurs des engagements souscrits est indispensable concernant les critères d'évolutivité. Il s'agit de les associer à l'ensemble

des étapes de mise en œuvre, de suivi et de responsabilisation, que ce soit pour mener à bien les études cliniques ou pour qu'ils contribuent au bon usage par des conférences.

Il s'agit de toute façon d'un outil remarquable de formation continue et d'élévation du niveau de chacun des métiers, de prise en considération de l'évolution de la science, de sécurisation des prescripteurs et au final il est profitable aux patients. En outre, les Tutelles apprennent en même temps que nous.

Il faut noter une certaine sécurité pour l'année 2006, car les établissements qui ont signé le contrat bénéficieront du remboursement intégral de la part assurance maladie pour les médicaments et dispositifs médicaux coûteux, ce qui apportera une certaine « tranquillité » face à la somme de travail colossale qu'il va s'agir de mettre en œuvre.

Quatrième critère : la pression financière

S'agissant du « financièrement supportable », il existe un dispositif de régulation macro-économique à travers la fixation égalitaire du prix CEPS ; des sociétés comme l'OCP ont proposé de vendre à l'unité les médicaments de la liste au prix CEPS, ce qui permet d'améliorer les coûts de stockage des établissements et de ne pas peser sur le plan financier.

Concernant la régulation micro-économique, l'indication non prévue est, pour la part de molécules relevant d'une fraude constatée, facturée en sus. S'il y a application du taux de remboursement, il sera inférieur à 95 % (entre 70 et 94 %). Cela va-t-il s'appliquer sur une ou plusieurs molécules, sur un seul service ou plusieurs, dans une indication de la molécule ou dans toutes les indications ?

Paradoxalement, le plus grand risque est le succès total de la réforme et que tous les acteurs soient vertueux. Dans ce cas, la sanction financière du contrat ne trouverait plus à s'appliquer. Les coûts continueront à monter et le pari d'efficacité de la maîtrise médicalisée des dépenses sera menacé. C'est évidemment la porte ouverte à une certaine dose d'arbitraire « ARH dépendant », à un pouvoir « politique dépendant » et à un contrôle dépendant, car même si un établissement est moins vertueux que d'autres il ne pourra pas lui être appliqué les mêmes sanctions.

D'autre part, si l'Etat parie sur un échec partiel des établissements, il n'est pas certain que la sanction soit le meilleur moyen d'être efficace. Par ailleurs, une diminution mécanique de la valeur du point s'en suivra si les dépenses hors GHS continuent à augmenter au même rythme que depuis plusieurs années.

Comme vous le savez, les prix de GHS s'inscrivent dans l'échelle nationale des coûts. Par exemple, le GHS de chimiothérapie est passé de 481 à 424 € de 2004 à 2005, soit 60 € par séance de chimiothérapie, ce qui, appliqué à plusieurs dizaines de milliers de séances, donne un chiffre absolument colossal ;

le taux 2006 n'ayant à ma connaissance pas encore été publié. Cela fait partie des inconnues, qui sont nombreuses.

Au total, la réforme devrait améliorer les pratiques, mais il est vrai qu'il pourra demeurer une inégalité de traitement des situations. Cela fait partie des risques inhérents à la vie, en fonction de l'environnement social, politique, géographique et économique. Le contrat de bon usage a, à cet égard, apporté une nouveauté : la capacité à porter un jugement sur la qualité et la sécurité du service rendu au patient, sur la prise en charge d'un établissement.

L'équité en termes d'accessibilité et de qualité des soins, qui sont les maîtres mots, nécessitent un consensus, une mobilisation complète et le volontariat de tous les acteurs, avec une appropriation des engagements, c'est-à-dire un « système de décisions consensuel passant par les prescripteurs », comme le disait Jean-Paul Cano² à l'origine.

Cette logique affichée de mise sous objectifs, d'exigence de résultats et d'évaluation a fort heureusement imposé coordination et décloisonnement, la solution passant non par le contrôle mais par la motivation. De toute façon, nous n'avons pas vraiment le choix.

Je ne dis pas que le défi auquel nous sommes confrontés soit facile à affronter, mais nous devons avancer avec sagesse et professionnalisme, en étant des éléments de transmission d'informations quand nous décelons des écueils et quand nous rencontrons des situations dont il est nécessaire de discuter sur un plan national.

La solution de cette première génération de contrats en dépend, d'autant que ces nouveaux concepts entraîneront de nouveaux comportements parmi les prescripteurs, les pharmaciens et les patients et que notre responsabilité et notre devoir sont du simple fait de notre expérience professionnelle engagés.

Je vous remercie de votre attention.

(Applaudissements)

² Note UNHPC : le Dr Jean-Paul Cano a été Président du Conseil d'Administration de l'AFSSAPS. Il est décédé fin Décembre 2002. Le 23 juillet 2001, alors qu'il était Vice-Président du Conseil Economique du Médicament, il avait été chargé d'une "mission d'appui" par Mme E. Guigou et M. B Kouchner sur les "cytostatiques et les médicaments adjuvants afin de mettre à disposition des décideurs, des instruments leur permettant d'améliorer les performances des achats et aussi d'optimiser la répartition des ressources au plan régional".

J.P Cano avait été à l'origine de l'Observatoire du médicament et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) au sein de l'ARH de la région PACA

Dr Philippe BERGEROT.- Je passe maintenant la parole au Dr Emmanuel Achille qui va nous donner son point de vue sur l'oncologie médicale. Emmanuel Achille a longtemps exercé à Strasbourg et il est, depuis peu, parisien.

Oncologie médicale

↳ **Dr Emmanuel ACHILLE**

(Hôpital des Peupliers et Clinique Turin - Paris)

Dr Emmanuel ACHILLE.- Je remercie l'UNHPC de m'avoir invité à apporter mon témoignage en matière d'oncologie médicale. Je serai moins formaliste que Mme Blanc-Légier, tout simplement parce que je suis plus près des patients. Je suis content de la prise de pouvoir et de position des pharmaciens. Je constate simplement que nous ne parlons pas tout à fait le même langage et que nous avons parfois du mal à nous comprendre, les pharmaciens n'étant pas toujours des aides très positives dans notre tâche de tous les jours, mais nous en parlerons éventuellement dans la discussion.

J'ai fait quelque chose de très simple et je me suis éloigné des textes pour vous donner un peu d'affectif et de ressenti. Quand on parle du Plan Cancer, qui mobilise nos énergies et nos esprits, quelques mots me viennent à l'esprit. Le premier est la concertation ; nous verrons ce qu'elle nous a apporté. Suivent la procédure d'annonce - sachant que nous avons été assez seuls dans la mise en place de cette procédure -, les réseaux, qui ont mobilisé toutes les énergies dans les dernières années, l'INCa, dont nous attendons énormément, et évidemment tout le reste.

La concertation

Nous avons mis en place, avec patience et notre seule énergie, dans tous les établissements participant à notre activité, soit par organes, soit par établissements, des RCP, ne serait-ce que pour harmoniser nos pratiques. Ces réunions de concertation pluridisciplinaires nous ont permis de nous connaître.

Nous n'avons bien sûr pas attendu le politique pour parler entre nous et discuter du cas des patients ; le faire croire, c'est une invention du politique. Il y a bien longtemps que nous échangeons et nous communiquons toutes les informations concernant les patients. Nous avons simplement mis en forme ce qui existait bien avant et harmonisé nos pratiques. Ceci nous a permis de voir que les filières de cancérologie libérale sont très puissantes et d'enregistrer de façon exhaustive l'ensemble des nouveaux cas, avec la production en fin d'année d'un compte rendu pour chaque filière.

Ce compte rendu d'activité nous a permis de voir quel est le poids de la cancérologie libérale et sa réactivité. Dans cette réforme, si le projet du politique était de séparer les humains et les vrais soignants, le résultat est à l'inverse, la modification de notre pratique n'ayant que pour résultat de nous réunir autour des patients et des dossiers. Il faut donc noter un renforcement indiscutable des liens entre les soignants.

L'annonce

Nous mettons tout doucement en place la consultation d'annonce, avec là encore un paradoxe très curieux : le pouvoir politique pensait que nous ne parlions pas aux patients et que nous ne leur annonçons rien, ce qui est bien sûr faux. L'annonce est quelque chose de tout à fait particulier qui commence chez le médecin traitant et se poursuit avec le premier résultat du laboratoire puis celui de l'examen radiologique. L'annonce ne se fait pas en une fois et ne doit pas être théâtralisée. Elle se fait au fur et à mesure et mobilise énormément de participants, les consultations d'annonce se résumant pour l'instant dans les établissements aux RCP et à l'annonce par les praticiens aux patients des progrès de la thérapeutique ou des résultats des examens.

Nous avons mis en place des consultations infirmières sur notre temps et notre énergie. Etant des soignantes vraies, elles participent à la prise en charge des patients.

Nous sommes en train de confectionner et de mettre en place, sans aucune aide, le programme personnalisé de soins qui nous a été demandé.

Quels sont les intérêts de la procédure d'annonce ? Notre discours s'est clarifié obligatoirement vis-à-vis du patient, nous avons amélioré notre accueil et donné de la cohérence aux équipes soignantes, les rapports s'étant améliorés entre médecins et infirmières.

Les réseaux

Les réseaux sont de deux sortes. La première variété, qui unit les praticiens et établissements, est constituée de réseaux inter-établissements dans le but d'harmoniser les pratiques, sachant qu'il faut dans certaines régions des années pour unir les établissements et les hommes, mais c'est néanmoins plus simple que la deuxième variété, le réseau ville-hôpital, qui demande énormément d'énergie et est souvent basé sur les soignants et les infirmières et surtout sur les médecins généralistes.

Nous avons en l'occurrence également donné de la cohérence à la prise en charge des patients et à l'égalité des soins. Je ne citerai pas l'exemple d'Onco-lia, dont le Dr Hubert Caldérolu parlera. Il s'agit du réseau libéral d'Alsace. C'est un exemple de très bonne qualité de la réussite d'un réseau. Nous verrons si l'on a envie d'en parler au cours de la discussion, mais il est vrai qu'en Ile-de-France, par exemple, la situation est beaucoup plus complexe qu'en Alsace.

L'INCa

Nous attendons de l'INCa le fait d'inciter, de promouvoir, de coordonner et de créer une vraie politique de santé en se substituant au pouvoir administratif, dont la connaissance du monde médical est très parcellaire - je ne dis pas qu'elle est partielle - et la compétence limitée en matière de soins.

Nous avons vu pour la première fois, ce qui est extraordinaire, l'INCa prendre ses responsabilités après les congrès de la mi-2005, en nous autorisant à prescrire l'Herceptin dans certaines formes de cancers du sein de très mauvais pronostic. Cette prescription est autorisée par un protocole temporaire de traitement pour la première fois alors que nous avons eu des oppositions formelles des médecins de caisses dans le même temps.

Premier bilan

Quelles sont les conclusions trop provisoires ? Le Plan Cancer a permis de montrer que les oncologues libéraux se sont bien comportés. Ils étaient habitués depuis très longtemps à la concertation et l'ont améliorée ; c'est indiscutable.

L'amélioration des échanges et le renforcement des liens entre les soignants est également un des profits du Plan Cancer, de même que l'amélioration de la prise en charge des patients cancéreux par une meilleure cohérence des équipes et une clarification du discours. Enfin, on a une nouvelle fois mis en évidence le poids de la cancérologie libérale et des établissements impliqués dans cette discipline majeure.

Quels sont les éléments plus critiques ? Nous avons finalement tenu seuls les réunions de concertation pluridisciplinaires. Il a fallu des années à Oncolia pour décider de prendre en charge notre participation à ces dernières. J'ai travaillé pendant cinq ou six ans en Alsace sans la moindre rémunération. Les rémunérations sont d'apparition très récente, ce qui n'est pas normal.

Les subventions annoncées sont arrivées avec retard et le secrétariat des séances n'a pas été assuré comme cela avait été dit initialement, ce qui a occasionné des frais considérables et du temps perdu - pour les soins, non en matière de formation, car les RCP sont très formatrices -, le bonus ayant bien sûr été le renforcement des liens entre professionnels de santé.

Concernant la procédure d'annonce, nous sommes seuls face au fait d'avoir à formaliser ce qui était fait auparavant, et nous essayons de l'améliorer à travers la consultation infirmière, le PPS et les espaces de Rencontres et d'information. Nous avons à cet égard eu un peu d'argent de l'industrie pharmaceutique mais pas du tout des Pouvoirs Publics. Là aussi, les promesses n'ont pas été tenues, le bonus étant que les équipes sont devenues plus solidaires autour du patient, qui est le véritable bénéficiaire de tout le travail qui nous a été demandé ces dernières années.

L'aide prévue initialement est totalement inexistante pour les réseaux. Les directives sont confuses et très souvent autoritaires et l'harmonisation des pratiques a été mise en place grâce à la seule volonté des praticiens, qu'ils soient hospitaliers publics ou privés, d'ailleurs souvent ensemble.

Les résultats obtenus sont dûs à l'implication des médecins. Le réseau ville-hôpital prend de bonnes initiatives, la bonne volonté des uns et des autres étant souvent basée sur des contextes particuliers, avec des généralistes très impliqués et des soignants qui ont envie de faire quelque chose pour que les patients puissent rester à domicile.

Nous attendons énormément de l'INCa concernant les référentiels. Je suis dans un groupe où nous commençons à travailler avec les personnes en charge des réseaux et des protocoles et celles qui s'occupent de la recherche clinique, mais le problème est que nous attendons énormément de cette institution, la question étant de savoir ce qu'elle pourra faire, notamment pour améliorer le développement d'un dossier médical partagé.

L'INCa pourra-t-il faire que les professionnels soient respectés dans leur exercice, à travers la protection du secteur libéral et notamment de l'oncologie médicale et de la radiothérapie, dont d'autres parleront encore mieux que moi, et la reconnaissance fondamentale du rôle des soignants ? Je ne parle pas du dépistage et de la prévention, pour laquelle on peut dire que rien de majeur n'est fait à l'heure actuelle.

Nous avons mis en place le dossier médical informatisé en Alsace mais sans aucune aide, et l'informatisation des cabinets médicaux est en retard, aucune aide substantielle n'ayant jamais été fournie aux cabinets médicaux. Nous avons agi seuls.

On constate s'agissant de la protection du secteur libéral une démographie négative, à raison d'une centaine d'oncologues médicaux dans le secteur libéral contre 400 dans le public, pour traiter à peu près le même nombre de patients.

La reconnaissance de la spécialité est difficile et celle des lits de cancérologie quasiment impensable ou en tout cas très problématique.

La recherche clinique est quasi inexistante dans le privé. Nous payons un attaché de recherche clinique, ce qui nous permet de participer à la recherche clinique. Rien n'est prévu dans ce domaine par les pouvoirs publics.

Concernant la T2A, pourquoi pas, mais elle ne sera favorable au privé qu'à condition d'une harmonisation entre elle et les nouveaux tarifs, ce dont il n'est pas question pour l'instant.

De même, pourquoi pas le contrat de bon usage, mais il est imposé à la profession avec des autorisations à la clé. Or là aussi aucune aide ni aucun financement ne sont prévus.

Concernant les OMIT (observatoires du médicament), il en existe deux ou trois en France. Pourquoi ne pas y participer, mais cela prend un temps considérable. Il est peut-être intéressant de vérifier la qualité des prescriptions, ce qui est fait et de quelle façon, mais les OMIT nous prendront beaucoup de temps, la question étant de savoir ce que nous aurons comme compensation.

Enfin, s'agissant de la réforme du DESC, 4 branches sont actuellement prévues, dont une pour des médecins qui vont vérifier le travail des autres. Il existera donc deux types de médecins dans notre profession : ceux qui travailleront et ceux qui vérifieront le travail des autres. Je ne sais pas si c'est un progrès, mais en tout cas la démographie médicale est négative dans le secteur libéral du soin.

Concernant la nomenclature, tout est figé depuis vingt ans, et on ne parle plus tellement de la réforme du K15 et du K30. Ils devaient disparaître pour voir réapparaître une plus juste évaluation de nos tâches et de notre travail.

L'oncologie médicale est indiscutablement un métier passionnant, mais sa rémunération est lamentable et notoirement insuffisante, la reprise du travail autour de la nomenclature devant se faire en urgence car nous aurons tôt ou tard de gros problèmes pour continuer à exercer.

Par exemple, lorsque je vois un patient pour la première fois, un entretien d'une demi-heure ou de trois quarts d'heure est nécessaire. J'établis un dossier médical informatisé ou je l'actualise. Je rédige une lettre, un certificat et un protocole de traitement dont je prends la responsabilité. Je présente le patient en RCP et rédige donc les fiches correspondantes. Je m'entretiens avec la famille, je génère une consultation d'infirmière et je fabrique un programme personnalisé de soins, le tout pour 27 €, ce qui constitue pour moi une escroquerie.

La prise en charge de la radiothérapie pose d'énormes problèmes par rapport aux investissements que nous avons à faire.

Je peux dire en conclusion que l'oncologie médicale est une discipline majeure. Vous connaissez le nombre de malades et de décès chaque année. Oui, il existe des contraintes réglementaires, mais nous avons anticipé largement dans tous les domaines, avec les RCP, les programmes personnalisés de soins, le contrat de bon usage, la TAA, l'AMM et les OMIT, bien sûr dans l'intérêt du patient et pour le développement d'une prise en charge globale, dans le respect des budgets si possible, ce qui est une autre affaire.

Nous demandons avant tout le respect de notre exercice. Nous voulons bien avoir une « démarche citoyenne » - c'est un mot à la mode - mais pas n'importe comment et à n'importe quel prix, la priorité étant pour moi de changer les mœurs administratives et de rééquilibrer les pouvoirs.

Merci.

Dr Philippe BERGEROT.- Nous allons maintenant entendre un représentant des patients, M. Patrick Ferrer, qui est vice-Président de l'Association "Vivre avec" et porte-parole du "Réseau des malades et des proches" de la Ligue nationale contre le cancer.

Une fois de plus, je voudrais excuser Régine Goinère dont le courage et la capacité à toujours entreprendre, forcent notre admiration.

Association de patients

↳ **M. Patrick FERRER**

(Association « Vivre avec » - Ligue contre le cancer)

(Projection d'un film)

M. Patrick FERRER.- Je vais vous projeter un film que nous venons de réaliser et qui présente notre approche des problèmes des prêts aux malades atteints du cancer. C'est en effet sur ce sujet que nous avons récemment concentré notre action car, ainsi que vous le savez, la convention Bellorgey n'a pas suffi à résoudre les problèmes. Ce film vous permettra aussi d'entendre notre Présidente, Régine Goinère.

Nous avons traité depuis le 19 octobre à peu près 120 dossiers. Tous ne sont pas encore complètement formalisés mais ils vont l'être, et nous pensons que nous allons passer au niveau national fin janvier-début février. La structure de call-centers a été testée en Région Rhône-Alpes et nous savons aujourd'hui ce que nous savons faire. Nous sommes prêts sur le plan national à défendre la possibilité pour les malades en rémission d'accéder à l'emprunt.

Le but de l'association est d'éviter qu'ils fassent ce que j'ai connu, c'est-à-dire aillent voir plusieurs banques, pour essayer des refus successifs. Notre particularité est que même en cas de refus nous donnons des explications, et nous le cadrans dans le temps, en indiquant que par exemple ce sera possible dans dix-huit ou deux ans. L'accompagnement est plus important, et un groupe de cancérologues étudie les dossiers qui posent problème.

Je remercie encore les Laboratoires Roche, qui en Région Rhône-Alpes ont distribué 8 000 affiches, ainsi que les mairies. Tout ce travail a été fait grâce à ces deux institutions.

(Applaudissements)

Dr Philippe BERGEROT.- Nous reviendrons sur le sujet tout à l'heure. Je profite de l'arrivée du Dr Espagno pour passer à la chirurgie. Il me semblait important que le Président de séance soit présent dans ce cadre. Je passe la parole au Dr Caldéroli.

Chirurgie oncologique


↳ **Dr Hubert CALDEROLI**
(Clinique de l'Orangerie - Strasbourg)

Dr Hubert CALDEROLI.- Je souhaite évoquer mon impression à propos de la nouvelle réglementation en matière de cancérologie. J'ai commencé à opérer des cancers en 1977, et à l'époque je pense que nous faisons du bon travail. Nous avons déjà compris qu'il fallait échelonner les annonces - parce que l'on ne peut pas annoncer tout de suite à un malade qu'il est cancéreux, car il risque de mourir dans les années qui suivent - et se concerter entre professionnels. Mais, peu à peu, sont apparus des règlements que nous allons évoquer rapidement.

I- Volet Cancérologie des SROS G3

Organisation au niveau :


- 1) des établissements : **autorisations**, réseaux, 3C
- 2) des territoires de santé : rôles et **niveaux des sites**, relation ville-hôpital
- 3) de la région : Pôle régional de Cancérologie définit les **objectifs**, organise les missions et la coopération, précise le rôle des A.R.H.
- 4) de l'organisation en réseaux

CLINIQUE DE L'ORANGERIE 3 

Quels sont les organismes qui s'occupent de nous réglementer ? Il faut tout d'abord mentionner le SROS, qui donne des autorisations. Il permet aux ARH de délivrer aux établissements des autorisations, avec une certaine parcimonie car les équipements sont nombreux en France. Il définit dans les territoires les rôles de chaque établissement et leur niveau d'action.

II- Organisation au niveau des Etablissements

- Accréditation V1 : Etablissements
- Accréditation V2 : Evaluation des pratiques ; des établissements et des médecins (E.P.P) avec possibilité de contraintes et d'arrêt d'activité

CLINIQUE DE L'ORANGERIE 4 

Nous commençons tous l'accréditation V2, qui a un caractère particulier : elle sera, si je puis dire, plus sévère, du fait de possibilités de contraintes et même éventuellement d'arrêt d'activité tant s'agissant de certaines pratiques dans les établissements que pour certains médecins.


III- Organisation au niveau de la pratique quotidienne

A- Réunions de concertation pluridisciplinaire : R.C.P

B- Centre de Coordination en Cancérologie : 3C

C- Dispositifs d'annonce et Plan Programmé de Soins (P.P.S)

D- Critères de Qualité

CLINIQUE DE L'ORANGERIE 5 

Nous allons parler plus précisément de quatre points : les réunions de concertation pluridisciplinaires, les centres de coordination, le dispositif d'annonce et les critères de qualité.

Les réunions de concertation pluridisciplinaires

Il est clair, comme le disait le Dr Achille, que depuis longtemps, particulièrement en cancérologie, tout le monde discute avec tout le monde au sujet du traitement d'un malade. Il faut cependant reconnaître qu'il n'était pas plus mal de formaliser ces réunions, qui permettent de discuter à chaque fois que c'est nécessaire de tous les cas non standards et d'enregistrer de manière exhaustive tous les cancers, ce qui est certainement profitable.

Elles seront suivies, puisque cela se met tout doucement en place, par une distribution du programme personnalisé de soins et permettront d'organiser les soins de support.

Elles sont pour le médecin un point important à retenir et un élément de protection médico-légale, car quand une démarche a été bien formalisée on est enclin à moins rediscuter les protocoles. De plus, je pense que le secteur privé doit vraiment continuer à s'impliquer dans ces réunions car elles sont un facteur de progrès, surtout à une époque où les changements sont très grands et où les cas deviennent plus complexes étant donné l'allongement des survies en matière de cancers.

Notre réseau de concertation pluridisciplinaire, Oncolia, a été créé il y a maintenant trois ans, avec un Président, 2 vice-Présidents, 5 responsables de RCP et une secrétaire à plein temps. Nous avons embauché de manière contractuelle un médecin spécialiste qui aide à la mise en place et au fonctionnement du réseau. Je conseille à tous ceux qui veulent créer des réseaux fonctionnant bien de suivre cette démarche, sachant qu'en matière de temps nous tenons environ 9 réunions par an, à raison de deux heures à chaque fois. Nous y assistons bien entendu bénévolement.

Le Président passe environ deux heures par semaine à faire fonctionner le réseau et les vice-Présidents un peu moins. 330 médecins adhèrent. Il s'agit pour la majorité de spécialistes. Un problème va se poser, étant donné que les médecins généralistes ne participent pas du tout à la vie de ces réseaux. Vous savez très bien qu'ils seront obligés de le faire.

150 réunions ont lieu par an concernant le traitement des dossiers de malades, sachant que nous allons être rémunérés à raison de 50 € en moyenne par réunion et par médecin.

Le temps moyen, en tenant compte de tous les dossiers (cas standards et surtout non standards) est d'environ six minutes par dossier sans compter les déplacements, sachant qu'au sein des réseaux, les cancérologues en particulier peuvent être amenés à parcourir environ 60 kilomètres pour participer à une réunion pluridisciplinaire.

Nous avons enregistré 3.300 malades au 1er décembre ; ils sont aujourd'hui plus nombreux.

Nous organiserons également 4 actions de formation de médecins et de professionnels de santé par an. Sont prévues également des communications grand public.

Nous avons reçu des dotations versées par la DRDR, notre budget s'élevant à 167 518 € par an payés par tranches et qui nécessitent dans les mois qui précèdent l'établissement de plans prévisionnels, ce qui prend un certain temps et est très contraignant pour le Président.

Les centres de coordination

Ils ont été qualifiés de véritables cellules de qualité opérationnelles dans les textes sur le sujet. Leur rôle est de gérer les RCP - je veux bien, mais elles se gèrent elles-mêmes -, de vérifier les fonctionnements, de gérer les dossiers et l'adéquation entre ce qui se passe lors de la RCP et la façon dont c'est retranscrit.

Il y aura prise de participation dans le dispositif d'annonce, dans la distribution, dans la gestion des thesaurus et surtout - c'est le point qui me paraît discutable - analyse multicritères de l'activité des établissements, avec sans arrêt un contrôle et des rapports, qui seront sans doute longs à rédiger, vraisemblablement en fin d'année, mais je ne le sais pas encore puisque cela n'a pas été vraiment mis en place.

Le titre de 3C qui vient d'être attribué à la Clinique de l'Orangerie regroupera plusieurs établissements et englobe le réseau Oncolia. Il est composé de médecins spécialistes et de généralistes, mais pour le moment ces derniers n'y participent presque pas. Il faudra également des Présidents ou membres de CME, des ARC et bien entendu un secrétariat.

L'aspect positif est qu'il est censé apporter un support aux RCP, mais malheureusement les dotations sont très peu nombreuses pour l'instant. Il nous sera versé dans le cadre des MIGAC 55 000 € par an, ce qui n'est presque rien, en deux fois. Le rôle des 3C sera de coordonner sur le plan territorial les différents centres, mais là encore nous nous demandons comment cela va se passer car cela ne pourra reposer que sur une bonne coordination entre la ville et l'hôpital.

Les aspects négatifs sont nombreux, dont un rôle de « flicage » quasiment permanent, dans beaucoup de domaines, des pratiques personnelles, par exemple en matière de délai d'attente. Si un malade téléphone pour prendre un rendez-vous, on vérifiera combien de temps s'écoule entre celui-ci et le jour de la prise en charge. De même, on évaluera le degré de satisfaction des patients s'agissant de la manière dont ils peuvent accéder aux soins, ce qui est à mon sens difficile et peut générer de grandes dérives.

L'analyse multicritères transformera les médecins en rédacteurs de rapports qui seront assez importants dans tous les domaines, qu'il s'agisse de l'utilisa-

tion des médicaments ou de la manière d'appliquer les protocoles de chimiothérapie ou de la manière dont les patients sont opérés et soignés dans les services. Je me demande, surtout pour la chimiothérapie, comment on pourra mettre en place un protocole rapidement, avec tous les contrôles nécessaires. Il sera sans doute difficile pour le médecin d'imaginer un nouveau protocole dans une situation nouvelle, par exemple en cas de métastase. C'est le risque de ce genre de contrôle permanent.

Les dispositifs d'annonce

Vous les connaissez tous ; ils se décomposent en quatre temps : l'annonce proprement dite, qui doit bien entendu être échelonnée, l'accompagnement, avec ensuite remise d'un PPS, l'accès aux soins de support, qui représentent plusieurs sous-chapitres, et la coordination ville-hôpital.

Le dossier communiquant en cancérologie (DCC)

Il nous est promis que le dossier communiquant en cancérologie sera largement accru, notamment avec le développement de la visioconférence, et d'après ce qui m'a été dit l'INCa réserve des sommes d'argent relativement conséquentes à ce dossier, ce qui est une bonne chose.

Les aspects positifs

Les renseignements donnés seront sans doute plus clairs, et dans la mesure où un suivi permanent existera, les soins de support seront mieux appliqués. L'avantage sera pour nous que le malade aura été informé et éclairé et qu'il aura signé le petit livret qui lui aura été remis, ce qui montrera clairement qu'il a accepté les protocoles. Cela simplifiera le rapport qui existe sur le plan médico-légal entre les médecins et les malades en cas de contentieux.

Les aspects négatifs

On étudiera encore une fois votre comportement et on le contrôlera. Il est dit que la consultation devra durer tant de temps, qu'il ne faudra pas répondre au téléphone, etc...., autant de points infantilisants et que je trouve relativement insupportables. De même, il faudra pour les modalités de soins de support toujours respecter certains points et vous serez à nouveau contrôlés. Cela ajoutera à la complexité du dossier, avec une surcharge administrative, et nuira au contact entre les médecins et les malades, qui ne s'améliorera pas de ce fait.

A la Clinique de l'Orangerie, s'agissant du dispositif d'annonce, nous avons été choisis comme site pilote et nous avons aménagé un local, avec une infirmière dédiée à cette fonction. Nous avons également embauché à mi-temps une psychologue et 80 000 € nous ont été versés qui seront reconduits.

Les critères d'autorisation

On en parle en permanence. Les sociétés savantes s'y sont mises, de même que les académies, etc.... Beaucoup de personnes s'en mêlent, avec des chif-

fres, par exemple sur le nombre d'opérations par an, mais je suis rassuré car pour l'instant je n'ai pas encore vu de chiffre avec une virgule. Je me suis dit que l'on réfléchissait encore un peu.

Quels éléments pouvons-nous accepter dans ce cadre ? Nous devons beaucoup prendre en compte, surtout dans le privé, la compétence des praticiens, leur formation initiale et leur propension à participer à une vie intellectuelle de la médecine à travers des congrès, des publications, etc.... En revanche, il a été fortement question de nombre d'actes, etc.... : il est certain qu'ils en feront un minimum mais cette notion a été exagérée.

De plus, dans les hôpitaux publics cela s'entend par services, voire par hôpitaux, mais on ne sait pas très bien si dans les cliniques privées ce sera par cliniques, cabinets ou individus. Je pense qu'il faut - c'est un peu notre action et celle des Pouvoirs Publics - privilégier une approche globale par pathologies. Par exemple, un établissement se renforcera dans la pathologie digestive, un autre dans la pathologie cancérologique mammaire ou pulmonaire, etc...., en constituant un plateau technique global bien doté. C'est sur ce point que nous devons nous battre.

Une autre notion de critère de qualité plus récente, qui émanerait plus ou moins de sous-groupes de l'INCa, est celle de centres de recours, le danger étant que certains définissent comment et surtout où certaines pathologies pourraient être traitées. Là encore c'est le flou. On ne sait pas qui va définir cela, des comités qui seraient composés uniquement par des personnes des CHU, du public ou du privé. C'est intolérable dans la mesure où dans le privé des personnes savent travailler et unir leurs efforts pour faire du travail de qualité. En outre c'est redondant car, comme nous vous l'avons tous montré, assez de critères ont été mis en place pour contrôler les personnes pour ne pas en rajouter d'autres.

On peut dire en conclusion qu'une réforme s'imposait effectivement pour uniformiser et optimiser les traitements, d'autant que la cancérologie a évolué dans la complexité de ses thérapeutiques. Dans la mesure où le cancer, Dieu merci, devient une maladie de plus en plus chronique, discuter le plus possible et créer des relations humaines ne peut qu'être positif.

De même, les RCP sont certainement une bonne chose, mais là encore il faut beaucoup simplifier car il y a des redondances, avec des contrôles qui peuvent paraître inutiles. Quant aux critères d'autorisation, il faut qu'il y en existe, ainsi que des quotas et minimums, mais ils doivent être appliqués de manière juste et sans aucun parti pris.

Il faut pour nous, dans le privé, plus que jamais, privilégier le contact humain, car il est en train de se dissoudre et de se noyer dans de multiples démarches et découpages.

Il faut - et je crois que c'est possible - s'attacher de plus en plus à recruter pour nos établissements les meilleurs éléments quelle que soit leur spécialité, et je peux vous dire par expérience récente qu'il est possible d'attirer de très bons éléments dans le privé. Je parle bien entendu de médecins. Il faut rechercher des agréments et des complémentarités et, comme le disait le Dr Achille, ne pas sous-estimer la valeur des synergies avec le secteur public.

Nous devons tous être très actifs pour élaborer ces réformes, ce qui signifie en clair refuser et freiner celles qui ne nous conviennent pas et qui ne conviennent pas aux malades et au contraire favoriser celles qui vont dans le bon sens.

Je vous remercie.

(Applaudissements)

↳ **Intervention du Dr Christian ESPAGNO**
(Clinique des Cèdres - Toulouse)

Dr Philippe BERGEROT.- Je vais un peu déroger à ce que j'ai dit tout à l'heure, car nous sommes quasiment à la mi-temps et chaque orateur a bien respecté le temps de parole. Je vais passer la parole au Président ESPAGNO, qui vient d'arriver, et je pense que nous pourrions accorder un petit temps de parole à l'un des représentants de l'INCa, qui a été mis en cause sur un certain nombre de points.

Dr Christian ESPAGNO.- Je voudrais tout d'abord m'excuser pour mon retard, lié aux aléas des transports aériens civils, ce qui prouve que l'aléa dans ce domaine n'a - quoi que l'on en dise - rien à envier à l'aléa thérapeutique.

Je vais rebondir sur les propos d'Hubert Caldérol et avant qu'un représentant de l'INCa ne prenne la parole vous faire part de mon expérience, puisqu'à la demande de Bernard Couderc et de Gérard Parmentier j'ai participé au groupe de travail de l'INCa qui était chargé de mettre en place les recommandations concernant les critères d'autorisation et d'agrément pour les établissements.

Ce groupe de travail était composé d'un ou deux représentant(s) de chaque société savante de spécialité chirurgicale, pour la chirurgie thoracique, la chirurgie digestive, etc.... S'y sont associés deux représentants de chacune des fédérations : la FHF, la Fédération des Centres Anti-Cancéreux et la Fédération de l'Hospitalisation Privée, représentée par l'UNHPC.

De nombreuses réunions ont eu lieu, avec une évolution de la situation au fur et à mesure de celles-ci, qui ont abouti à un certain nombre de recommandations. Vous avez certainement pris connaissance ou entendu parler de celles-ci, sachant que - et c'est certainement un des défauts de ce texte - chaque spécialité chirurgicale a donné ses propres recommandations.

En particulier pour ce qui fait couler le plus d'encre, c'est-à-dire les seuils d'activité, chaque spécialité les a aménagés, tout au moins pour le moment, « à sa sauce ». Ainsi, certaines spécialités ont établi des seuils par équipes, d'autres par praticiens, et certaines, dont la mienne (la neurochirurgie) ont panaché les deux. Ma spécialité a en effet établi un seuil d'activité pour l'équipe neurochirurgicale ainsi qu'un seuil d'activité individuel pour un référent de l'équipe qui doit réaliser un certain nombre d'actes chirurgicaux.

Tout le monde comprend parfaitement qu'une certaine activité chirurgicale soit indispensable dans notre métier, qui est manuel, et que l'on ne peut pas bien faire ce que l'on ne fait pas régulièrement. Ceci étant dit, pour que ces recommandations soient exploitables, il sera à tout le moins fondamental de les

harmoniser et que les critères sur lesquels elles reposent soient communs à chacune de ces spécialités chirurgicales.

Concernant la mise en application de ces exigences, il faudra éviter un certain nombre de pièges fondamentaux, qui sont d'ailleurs exprimés très clairement dans les craintes qui s'élèvent ici ou là.

Le premier, qui est très important, est de confondre recommandation et décision. Très clairement, le travail de l'INCa, c'est-à-dire ses recommandations - c'est d'ailleurs ainsi que cela s'appelle - n'est pas décisionnel. Ce seront les ARH, de par la loi, qui donneront des autorisations aux établissements en fonction d'un certain nombre de critères fixés par les décrets à paraître. Ces décrets pourront parfaitement reprendre ceux annoncés par l'INCa et éventuellement par d'autres structures, le Conseil National de la Chirurgie s'étant par exemple récemment emparé du problème. Ce sont les ARH qui, in fine, donneront des autorisations dans le cadre des SROS, comme Hubert Caldérolé l'a indiqué.

Le deuxième piège à éviter est ce que tout le monde craint - en l'exprimant clairement à moins que cela fasse partie des non-dits -, à savoir que ces critères soient dévoyés de leur but initial - le but initial annoncé étant l'amélioration de la qualité - à travers des mesures arbitraires et stériles qui viseraient spécifiquement tel ou tel type d'établissement ; suivez mon regard.

Un autre problème de fond consisterait à oublier que ces critères servent à donner une autorisation à un établissement et non à des praticiens. Il ne s'agit en aucune façon, tout au moins en l'état actuel des choses, d'une autorisation pour les praticiens, même si ce sujet fait vraiment débat. Il est actuellement stipulé dans les textes que c'est l'établissement qui a l'autorisation, et vous voyez tout de suite une dichotomie évidente entre celle qui lui sera donnée et des critères qui reposeraient sur l'activité de tel ou tel praticien.

Un autre piège qui saute aux yeux serait une application stricte et un peu bête des seuils qui aboutirait à une fragmentation des autorisations nuisible à l'établissement et à la qualité de la prise en charge. On peut difficilement concevoir dans une structure qu'au hasard de l'application des seuils on autorise la chirurgie oncologique dans telle ou telle spécialité chirurgicale et à tel endroit et non à tel autre. Il faudra maintenir de toute façon - ce sera le rôle des ARH et des acteurs du système - une certaine cohérence dans la filière des soins. Sinon on aboutira à des catastrophes.

Un autre piège qu'il faut absolument éviter est de raisonner purement en termes d'établissements, même si l'autorisation leur est donnée. Il sera important que les ARH raisonnent également en termes de réseau, car seul celui de l'établissement, pour un certain nombre d'établissements de taille moyenne, permettra de répondre vraiment aux besoins du territoire. C'est la base du SROS, qui remplace la carte sanitaire telle que nous la connaissons. Les ARH, lors-

qu'elles donneront des autorisations, devront tenir compte des besoins des territoires et non uniquement de l'application rigoureuse de tel ou tel seuil ou de tel ou tel critère.

Je voudrais également insister sur un point sur lequel on n'insiste pas régulièrement actuellement car l'on se focalise un peu sur le nombre des seuils. Toutes les spécialités sont tombées d'accord sur un certain nombre de critères que l'on retrouve dans chacune d'entre elles, comme par exemple - cela paraît une très bonne chose - le fait d'imposer la participation effective des chirurgiens aux RCP.

En effet, l'acte chirurgical est certes un élément important de la prise en charge d'un certain nombre de pathologies cancéreuses - ce n'est pas moi qui vais dire le contraire -, mais actuellement il est impossible d'exonérer cet acte chirurgical d'une prise en charge plus globale. Or la meilleure façon d'assurer celle-ci est d'imposer aux chirurgiens de participer effectivement aux RCP. A cet égard, dans le cadre des critères repris par toutes les spécialités, les équipes chirurgicales devront non seulement y participer mais aussi être en mesure de prouver qu'elles le font.

Enfin, le dernier piège à éviter - ce sera ma conclusion - est de bloquer ces recommandations et cette mise en place. Il ne faut pas le faire tout simplement parce que sinon elles reviendront comme un boomerang et nous seront imposées de façon encore plus arbitraire et stérile. Il faut donc que nous nous emparions du problème et que nous fassions bien comprendre que l'application pratique d'un certain nombre de critères doit être évaluée sur le terrain région par région ou territoire par territoire.

J'ai dans mon groupe de travail été frappé de voir que par exemple les représentants des usagers avaient tendance à pousser à la roue dans ce domaine. On sait très bien que les médias s'intéressent beaucoup à ce genre de chose, et si nous-mêmes qui sommes les acteurs du système nous ne participons pas et rejetons de façon abrupte l'ensemble de ces recommandations elles s'imposeront à nous - il y a des précédents dans l'histoire de ces dernières années - de manière encore plus absurde, et nous pourrions alors nous reprocher de ne pas avoir été au départ assez prégnants et participants.

Voilà l'essentiel de ce que je voulais dire.

(Applaudissements)

Dr Philippe BERGEROT.- Madame Dahan, l'INCa a souvent été cité. Pouvez-vous nous donner votre point de vue ?

↳ Débat

Mme Muriel DAHAN.- Je suis référente pour le bon usage des médicaments au département soins de l'Institut National du Cancer. Je vais plutôt parler de la partie que je connais le mieux, puis nous compléterons éventuellement si vous avez d'autres questions, car nous sommes plusieurs collègues de l'Institut à assister de manière très intéressée à tous les débats, qui sont d'une très grande qualité, à mon avis, ces sujets ne sont pas aussi polémiques que le résumé que vous avez pu en faire. L'Institut est justement là pour écouter les uns et les autres, faire en sorte qu'il existe une meilleure compréhension entre eux, coordonner les actions et faire avancer l'évolution et les différentes demandes en matière d'amélioration de la prise en charge du cancer.

L'un des premiers résultats, dont nous sommes bien sûr très fiers, est le PTT³ Herceptin. L'Institut a été très moteur et a permis d'aboutir très rapidement et de créer une sorte de concept moderne et assez innovant à travers une recommandation utile aux prescripteurs qui permet à tous les acteurs d'avoir une base commune de jugement. Nous allons bien sûr poursuivre ce travail, à travers des référentiels de bon usage des médicaments sur lesquels nous avançons assez rapidement. Nous essayons d'aller assez vite tout en évitant les principaux pièges que vous connaissez tous, à savoir être trop laxiste ou trop restrictif.

De plus, la mise en place d'observatoires va donner une cohérence à cette politique de prise en charge dans des conditions harmonisées, en évitant les inégalités d'accès et de conception entre les différentes régions et centres, le but étant une totale harmonie entre le public et le privé et les différents modes d'exercice.

Je ne sais pas si vous avez d'autres sujets à évoquer, mais l'Institut est vraiment là pour essayer de mettre en place toutes les mesures qui vont permettre une meilleure prise en charge.

Dr Franck BÜRKI.- Il a été question des ARH et du contrat de bon usage. Nous avons perçu l'existence de deux orientations politiques : celle soutenue par Mme Dahan, à laquelle nous adhérons, c'est-à-dire une interprétation des AMM et des OMIT sur le terrain qui soient des promoteurs de notre activité, et celle de l'Union des pharmaciens des hôpitaux, qui souhaiterait une interprétation stricte des AMM qui serait totalement contraire à notre activité.

Je voudrais dire par ailleurs quelques mots sur l'oncologie médicale. La situation qui découle de ce que l'on vient de vous décrire est difficile. Toutes ces mesures sont, sur le terrain, centrifuges, pour ce qui concerne la cancérologie, les spécialistes d'organes ayant aujourd'hui certainement bien plus intérêt à se réfugier dans une activité qui n'est pas la cancérologie. Nos amis radiothéra-

³ Note UNHPC : PTT = Protocole Temporaire de Traitement

peutes sont très largement occupés par la radiothérapie, et nous avons pour notre part ce que l'on appelle une spécificité de fond de couloir qui n'a pas d'autre alternative que de s'occuper des malades dans la situation la plus difficile.

Lors de l'établissement des critères d'autorisation, auquel nous avons participé, il n'a jamais été reconnu de spécificité à la cancérologie médicale au sens large du terme. Par exemple, quand j'ai proposé de dire que le PPS était un acte spécifique, il m'a été répondu que non. Tous ces éléments me conduisant à penser que notre spécialité est vouée à disparaître.

Un autre élément qui nous inquiète est le DESC en 4 branches, qui introduit la possibilité pour les généralistes d'avoir cette compétence en 2005 ou 2006, sachant qu'en 2004 un décret a été publié qui précisait bien que cette spécialité ne leur était pas accessible. Je vous pose donc la question pour 2007.

Enfin, nous travaillons depuis environ sept ans sur une nomenclature qui a anticipé les mesures du Plan Cancer, par exemple sur les structures associées, notre projet intégrant cette possibilité, alors que la nomenclature actuelle est incompatible avec cette réforme.

Pr Christian RICHE.- Pour ceux qui ne me connaîtraient pas, je coordonne, avec Eric Gamelin, l'OMIT de Bretagne-Pays de Loire (OMEDIT selon sa nouvelle appellation).

Je voudrais revenir sur deux points soulignés par le dernier orateur. Il a indiqué qu'il fallait craindre un frein à la créativité dans la prescription et qu'il était souhaitable de privilégier les contacts humains.

Je vais insister sur ces points car les observatoires peuvent justement être l'occasion que cette crainte ne se réalise pas. En effet, le PTT montre que -Mme Dahan a répondu à ce sujet - l'INCa est une structure qui certes se met en place, ce qui prend un certain temps, car cela ne se fait pas du jour au lendemain, mais qui fait preuve de modernité et d'originalité puisque c'est la première fois que, dans ce pays, il existe une possibilité de prescrire de façon réglementaire par rapport à l'outil, certes capital qu'est l'AMM, mais dont tout le monde sait que pour des raisons multiples il connaît des retards et un manque d'adaptation.

Si les praticiens, c'est-à-dire les médecins et pharmaciens, s'approprient le fonctionnement des observatoires et s'impliquent dans ces derniers, à condition qu'ils ne soient pas minuscules et aient une certaine surface, ils représenteront une capacité d'échanges entre eux afin qu'ils puissent être une force de proposition pour faire évoluer les référentiels.

Nous avons en Bretagne-Pays de Loire par rapport à des référentiels qui ne sont pour le moment pas nationaux - nous les attendons - la capacité d'évoluer et d'être originaux et innovants par rapport aux prescriptions justement par le

biais d'échanges, 48 établissements étant connectés, ce qui correspond quasiment à l'ensemble de la cancérologie publique et privée de cette région.

Les praticiens échangent par le biais des forums quand ils ont des propositions à faire, et il y a quelque chose à créer en termes de procédures pour faire évoluer ces espaces de liberté et faire en sorte qu'ils soient respectés. Les structures qui se mettent en place ne sont, contrairement à ce que l'on peut penser, pas lourdes. Elles sont non pas un frein mais plutôt une capacité à donner à un praticien la possibilité de s'appuyer sur ses collègues et d'échanger des idées pour pouvoir procéder pour un patient donné à l'ouverture de thérapies. C'est ainsi qu'il faut le voir, et c'est ainsi que cela fonctionne.

Dr Philippe BERGEROT.- Nous sommes d'accord sur le fait que les observatoires sont un peu dispersés, l'orientation étant de créer un ensemble national et fédéré. Pourrions-nous avoir des renseignements sur cette volonté de centraliser ?

Pr Christian RICHE.- Je peux dire ce que je pense à titre de participant d'un OMIT. Il faut que les OMIT aient une taille suffisante pour que justement il n'existe pas de phénomène d'école et favoriser la liberté d'expression des différentes obédiences qui peuvent s'exprimer dans une inter-région, des établissements publics et privés d'importance ayant à ce moment-là la possibilité de faire passer leur message. A cet égard, une fédération permettrait une réactivité très rapide.

Dr Philippe BERGEROT.- Des réunions ont eu lieu et il semblait que des modifications seraient mises en place. Où en est-on sur le plan des textes et des sanctions éventuelles, et quel pourrait être le positionnement des ARH vis-à-vis des différentes structures ?

Mme Muriel DAHAN.- Concernant les textes, le décret sur les contrats de bon usage prévoit la constitution d'observatoires de la prescription sur l'ensemble du territoire, avec un observatoire régional, voire inter-régional en lieu et place de celui-ci. Nous avons lutté pour que l'inter-régionalité soit inscrite dans le décret, ce qui malheureusement n'a pas été le cas. Nous avons beaucoup travaillé avec Christian et fait le tour de France des régions pour essayer de collecter les besoins et attentes des uns et des autres par rapport à la constitution de ces observatoires.

Nous étions convaincus du bien-fondé de l'inter-régionalité, non seulement pour les raisons que vient de citer Christian, mais aussi tout simplement pour des raisons de moyens, 8 observatoires étant moins coûteux en temps, en personnel et financièrement que 22 ou 24.

Le choix a été fait de laisser libres les ARH de décider si elles voulaient travailler régionalement ou inter-régionalement, et la situation va certainement

évoluer, des conceptions assez nouvelles devant prendre le temps de s'inscrire et de s'intégrer, et les habitudes devant prendre forme.

Il s'agit en effet quand même d'une nouvelle conception du suivi et de l'utilisation des médicaments, de façon transparente et concertée, en ayant le maximum d'informations sur les conditions permettant de garder un rapport bénéfice-risque favorable, puisque c'est l'élément principal de l'efficacité et de la sécurité des médicaments. Elle est définie de la façon la plus certaine possible dans l'AMM mais au fur et à mesure des connaissances scientifiques, qui vont très vite, notamment en cancérologie, elle doit pouvoir être élargie progressivement, l'AMM ne suivant pas forcément le même rythme. C'est le booster qui sera apporté à travers les référentiels.

Dr Philippe BERGEROT.- Merci pour ces informations. Comme vous le savez, l'UNHPC s'est particulièrement réjouie des positions que vous avez soutenues concernant ces OMEDIT. Le débat était surtout un débat interne à l'administration. Les textes sont sortis. Il faudra maintenant persuader les ARH de l'intérêt qu'il y a à constituer des OMEDIT inter-régionaux et à ne pas confondre l'outil d'observation et l'outil de sanction, qui lui peut rester régional.

Je passe maintenant la parole au Dr Francis Lipinski. Nous allons aborder la question de la radiothérapie.

Oncologie radiothérapique

↳ **Dr Francis LIPINSKI**

(Centre d'oncologie et de radiothérapie - Bayonne)

Dr Francis LIPINSKI.- Vous avez devant vous un jeune Président des radiothérapeutes heureux mais un peu désorienté après l'annonce surprise du Conseiller du ministre. C'est le résultat d'une dizaine d'années de revendications et de discussions. Michel Marty, qui est là, peut en témoigner. Les discussions ont été rudes et très longues.

Ma présentation se trouve par conséquent un peu « à côté de la plaque », mais cela ne fait rien ; nous allons faire avec. Je ne pensais pas que le Conseiller du ministre irait aussi loin qu'il est allé ce matin, allant même jusqu'à parler de convergence, terme qui paraissait tabou depuis quelques semaines. Vous verrez donc que certaines diapositives ont été censurées, mais certainement encore insuffisamment. Nous allons surtout parler du Plan Cancer et pour ce qui concerne la radiothérapie des mesures relatives au PMSI et à la valorisation de la radiothérapie.

Beaucoup a été fait dans le cadre de la prévention et du dépistage ainsi que de la dotation des établissements, essentiellement sous budget global. Cela a créé depuis quelques mois un large fossé entre la radiothérapie publique et la radiothérapie libérale, celle-ci ne pouvant continuer à traiter correctement les malades qu'à travers une augmentation du nombre des actes logique et prévue, mais dans un cadre réglementaire très resserré. Comme vous le savez, la carte sanitaire aura disparu le 1er avril, et aujourd'hui le nombre de machines disponibles est toujours aussi réduit. Nous travaillons donc difficilement, avec peu de machines et des moyens toujours limités.

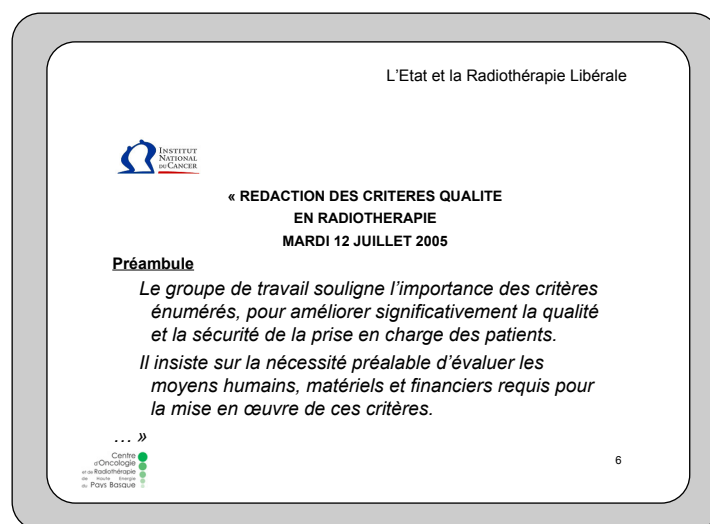
La mesure n°1 du Plan Cancer⁴ prévoyait déjà que la radiothérapie libérale accéderait enfin au PMSI, l'objectif étant tout simplement de démontrer ce que nous savons et ce qui nous est contesté, à savoir que nous traitons exactement les mêmes malades, au même stade, que dans les centres publics quels qu'ils soient.

Des réunions ont eu lieu et se sont interrompues, que ce soit en 2004 à la DHOS ou plus récemment à l'INCa, bien que j'aie reçu hier un mail indiquant qu'elles reprenaient. Je ne suis d'ailleurs pas sûr que ce que nous a dit le Dr Nizri ce matin ne soit pas étranger à ce mail. Donc tout va s'arranger.

⁴ Note UNHPC : Rappel de la Mesure n° 1 du Plan Cancer : soutenir les registres du cancer et développer le système d'épidémiologie nationale de l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS)

Il a, aujourd'hui, un peu été question des critères d'autorisation ; c'est en quelque sorte un feuilleton. Beaucoup de réunions se sont tenues mais ils ne sont toujours pas sortis et certains sont apparus en dehors de toute concertation. Il semblerait qu'une nouvelle concertation doive avoir lieu et tout va s'arranger vraisemblablement dans les semaines qui viennent.

Je voudrais insister sur le préambule qui avait été exigé par le groupe radiothérapie évoquant les moyens nécessaires à la mise en œuvre de ces différents critères. Il disparaîtra évidemment totalement, mais nous pouvons espérer que des moyens seront néanmoins affectés à la réalisation de tout ceci.

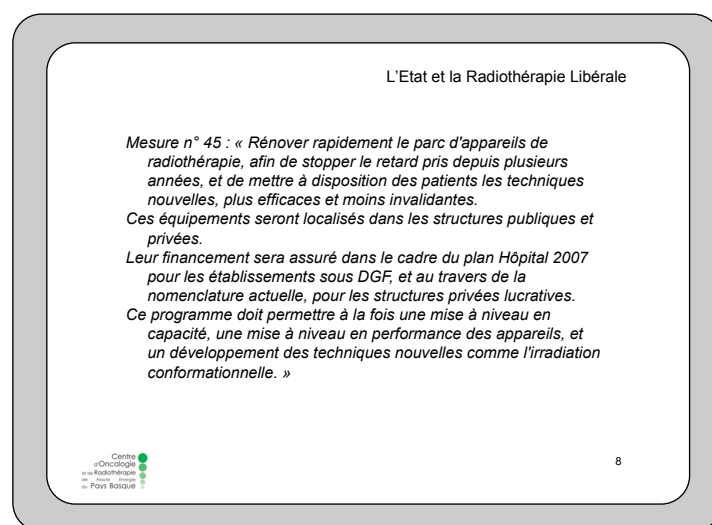


A titre d'exemple, l'expérimentation est un critère qui est apparu en dehors de toute concertation à la suite des problèmes très spécifiques qui se sont posés à Paris cet été. Il sera probablement exigé de nous de signer des conventions avec les établissements voisins. En partant du principe que la station Mir tombe sur le centre de Bayonne et empêche chacune de nos trois machines de traiter les malades, je devrais signer une convention avec le centre le plus proche, qui est celui de Dax, lequel a des délais de prise en charge des traitements de l'ordre de trois mois, et du jour au lendemain les 200 patients que nous traitons tous les jours seraient à l'évidence traités par lui...

Il serait peut-être bon que certains critères pour le moins absurdes n'apparaissent pas. Nous signerons des conventions, peut-être pas avec Dax mais avec mon ami Bernard Couderc, qui est à Pau et à Tarbes, mais il n'empêche que, même en ayant des machines supplémentaires, il ne pourra pas accueillir mes patients. Ce critère est donc grosso modo totalement inutile. Peut-être empêchera-t-il le grand Directeur de l'A.P. de fermer en même temps plusieurs cen-

tres des hôpitaux parisiens, mais pour les autres, qui n'ont en général qu'un service de radiothérapie, cela ne changera rigoureusement rien.

La mesure essentielle est la mesure 45⁵, celle à côté de laquelle nous passons jusqu'à ce matin. Il était en effet prévu que nous puissions rénover les parcs d'appareils et que cela passerait par le biais de la nomenclature.



Les établissements sous budget global ont bénéficié du plan hôpital 2007, mais les centres de radiothérapie ne sont pas considérés comme des établissements à part entière et n'ont donc pas pu en bénéficier pour la plupart, à quelques exceptions rarissimes près. De même, les établissements sous budget global ont bénéficié de la création de postes budgétaires et de la mise en place de la T2A, qui est relativement favorable à la radiothérapie publique.

Les établissements privés n'ont, jusqu'alors, bénéficié de rien, même si en juin 2002 nous avons vu une revalorisation de la nomenclature qui a permis immédiatement des investissements conséquents dans la radiothérapie libérale, comme le passage à la radiothérapie conformationnelle, qui permet de mieux soigner les patients⁶.

Une proposition du pôle nomenclature nous a été faite en 2004, à l'occasion du passage à la CCAM, et nos simulations ont montré une perte de chiffre

⁵ Note UNHPC : Rappel de la Mesure n° 45 du Plan Cancer : Rénover rapidement le parc d'appareils de radiothérapie, afin de stopper le retard pris depuis plusieurs années, et de mettre à disposition des patients les techniques nouvelles, plus efficaces et moins invalidantes.

⁶ Note UNHPC : cf à ce sujet, le bilan dressé par le Dr Jean-Michel Ardiet lors des Rencontres 2003 : Les Rencontres 2003-2004 de la Cancérologie, pp 65 à 79

d'affaires de 15 à 25 %, c'est-à-dire la faillite immédiate de la totalité des centres de radiothérapie.

Nous bénéficions toujours de la NGAP, dite transcodée, « usine à gaz » tout à fait magnifique qui ne fonctionne d'ailleurs pas du tout et qui va occasionner vraisemblablement de gros problèmes pour tous les centres qui ne pratiquent pas la télétransmission dans les semaines et mois qui viennent.

Voici le résultat de l'une de nos simulations. Il s'agit d'une étude sur 13 centres, soit 20 machines et près de 14 000 patients traités. La NGAP valorise en moyenne une radiothérapie à 2 700 €, la proposition du pôle nomenclature ayant conduit à une dévalorisation de 19 %, étant entendu que si nous avions appliqué la T2A telle qu'elle est appliquée dans les centres hôpitaux généraux - je ne prétends pas que nous ayons la même valorisation que dans les CHU et les CLC, bien que l'on pourrait en discuter - la valorisation aurait été de + 63 %. Un centre est passé récemment du statut libéral à celui de PSPH tout simplement parce que la structure a été rachetée par une mutuelle : la valorisation d'une radiothérapie est passée du jour au lendemain, avec les mêmes hommes, la même structure, le même équipement, le même contrôle qualité et les mêmes patients, de 2 281 € en moyenne à 5 170 €. Le statut libéral est dit lucratif, mais je ne sais pas ce qui l'est le plus...

Il semblerait donc ce matin, que la T2A soit programmée pour un proche avenir ; en tout cas nous l'espérons tous. Donc, tous les centres de radiothérapie, qu'ils soient publics, parapublics ou libéraux, seront comparables, et nous pourrons clairement démontrer que nous traitons bien les mêmes patients, avec les mêmes moyens, et nous pourrons donc y faire les mêmes investissements.

C'est d'autant plus important que les progrès ne s'arrêtent pas, malgré l'ANAES, ou plutôt l'HAS maintenant. On peut d'ailleurs se demander quand ils arriveront en France compte tenu des réactions de ce pays. Deux progrès sont importants pour moi en ce moment, dont l'IMRT, qui est l'aboutissement de la conformation de la dose et qu'il ne faut pas considérer comme une technique innovante. Il serait bon que nous puissions court-circuiter le circuit HAS, qui paraît extrêmement long.

Le deuxième grand progrès est la radiothérapie guidée par l'imagerie, qui de la même façon est pour moi non pas une technique innovante mais uniquement l'aboutissement des moyens actuels en matière de reproductibilité. Nous avions autrefois des simulateurs alors qu'aujourd'hui nous avons la simulation virtuelle et l'imagerie portale. L'IGRT sera simplement - c'est déjà le cas dans certains centres, dont par exemple le mien - un bon moyen de viser la tumeur sans se repérer sur le squelette qui l'entoure. Les non-radiothérapeutes comprendront que, de ce fait, il sera possible de diminuer les marges de sécurité, de s'assurer que la bonne dose est bien envoyée dans le bon volume, et donc

d'améliorer l'efficacité du traitement tout en diminuant sa toxicité, ce qui est notre but.

L'IMRT coûte cher parce qu'elle prend du temps de médecins et surtout de physiciens et qu'elle nécessite les accélérateurs les plus modernes et donc les plus chers.

L'IGRT est encore un peu plus chère, le système vendu par exemple par la firme Variant valant de l'ordre de 500 000 € par accélérateur. Cela veut dire que trois accélérateurs représentent pour un centre comme le mien 1,5 M€ d'investissements supplémentaires.

La radiothérapie libérale n'avait donc pas les moyens de se développer, et sa survie n'était possible que par l'augmentation du nombre de traitements. J'insiste sur le fait que cette augmentation n'est pas la création d'actes. Les radiothérapies sont faites après concertation pluridisciplinaire exclusivement à des patients qui en ont besoin. Par exemple, dans ma région, l'Aquitaine, a été mise en place dans le cadre des SROS une enquête permanente sur l'activité et la qualité des radiothérapies de chacun des centres.

Je vais vous donner les chiffres de l'ARH. Vous voyez qu'entre 2000 et 2004 le nombre de radiothérapies effectuées par les établissements privés a augmenté de 19 % alors que parallèlement le nombre de celles pratiquées par des établissements publics a diminué de 10 %. Que s'est-il passé ? Le passage aux 35 heures a conduit à une brutale diminution du nombre de radiothérapies effectuées dans les centres publics.

L'Etat et la Radiothérapie Libérale			
en Aquitaine : (données de l'ARH : préparation du SROSIII)			
Nombre de radiothérapies :			
	Privé	Public	
2000	5164	3948	
2004	6385	3777	
	soit +19,1%	- 4,5%	
Parts de « marché »			
2000	57%	43%	
2004	63%	37%	

Centre
d'Oncologie
et de Radiothérapie
de Bordeaux - France
Pôle Basque

14

Il existe cependant un autre mécanisme en Aquitaine. Par exemple, l'activité a considérablement diminué à Bordeaux par rapport à la province du fait de l'amélioration des plateaux techniques dans cette dernière suite à la revalorisation de 2002. Nous sommes en parts de marché passés de 57,43 à 63,37 en Aquitaine. C'est le seul élément qui nous a permis de continuer à y faire des investissements, mais je sais que dans certaines régions ces chiffres n'existent pas, beaucoup de centres rencontrant les plus grandes difficultés aujourd'hui.

Voilà ce que je voulais vous dire sur les enjeux de la radiothérapie. Les deux mesures du Plan Cancer que j'ai citées sont utiles et nécessaires. Encore faut-il les appliquer, les appliquer à tous et de manière équitable. L'annonce nous en a été faite ce matin. C'est important. La majorité de la radiothérapie française, exclue de fait du Plan Cancer, la réintègre enfin, c'est une bonne nouvelle !

(Applaudissements)

Dr Philippe BERGEROT.- Nous allons maintenant prendre le point de vue d'un Directeur. Il s'agit en fait d'un Président qui, de surcroît, est radiothérapeute. Le Dr Philippe Mahot est Président de l'établissement Catherine de Sienne.

Direction

↳ **Dr Philippe MAHOT**
(Centre Catherine de Sienne - Nantes)

Dr Philippe MAHOT.- Mesdames, Messieurs, chers collègues et chers amis, merci à l'UNHPC de m'inviter à parler du point de vue du Directeur d'établissement que je ne suis pas vraiment puisque je suis effectivement radiothérapeute et Président du Conseil d'Administration du Centre Catherine de Sienne. Je vas vous donner la vision d'un établissement de cancérologie privé qui comporte 52 lits en cancérologie, un plateau technique de radiothérapie de 4 appareils, un service de chimiothérapie ambulatoire de 25 places, et un plateau technique de médecine nucléaire et d'imagerie.

Comment avons-nous vécu la nouvelle organisation des soins en cancérologie et le Plan Cancer ?

Quels ont été les aspects positifs et négatifs ou les incertitudes et inquiétudes ?

- Pour commencer par le début, c'est-à-dire le **dépistage**, le Plan Cancer a incontestablement permis une généralisation du dépistage organisé du cancer du sein, qui était déjà très structuré en Loire-Atlantique.

Ce dépistage du cancer du sein génère énormément de détections, d'images infra-cliniques (micro calcifications ou petites opacités infra-centrimétriques et non palpables) qui nécessitent qu'un certain nombre de centres spécialisés s'investissent dans la scénologie interventionnelle. Il s'agit de centres publics ou privés, et un certain nombre de centres privés comme le nôtre se sont investis. Beaucoup sont excellents dans ce domaine dans le libéral, à Paris et en province, mais on peut noter une insuffisance de prise en charge de la sénologie interventionnelle, qui nécessite de lourds investissements, pour le Mammotome, une table dédiée, des consommables et un temps médecin important, un certain nombre de gestes étant parfois tarifés à un niveau inférieur au prix du consommable. Il vaut mieux pour un radiologue faire de la radiologie conventionnelle que de s'investir dans la sénologie interventionnelle, ce qui est bien dommage.

- Assurer une **équité d'accès à des soins de qualité** était un objectif ambitieux et légitime du Plan Cancer, et un grand travail a incontestablement été effectué pour coordonner l'offre de soins en cancérologie et généraliser la concertation pluridisciplinaire autour de chaque patient. Nous avons participé à la mise en place d'une organisation dont nous ne pouvons contester la cohérence et la pertinence, et qui se décline en un réseau territorial chargé d'organiser des RCP. Par exemple, la région des Pays de la

Loire compte six réseaux territoriaux et un réseau régional est chargé de la coordination ainsi que de la mise en œuvre d'un certain nombre de missions transversales, en particulier dans le domaine de l'alternative à l'hospitalisation et de la chimiothérapie à domicile.

Il a été question tout à l'heure des recours tels qu'ils pourraient être institués, dont l'organisation est du domaine du pôle régional. Nous avons assez peu d'inquiétudes en la matière, et nous avons l'impression que l'organisation - cela relève de la Circulaire portant organisation des soins en cancérologie - est assez cohérente.

Pourtant, on peut s'interroger sur l'efficacité respective en matière d'organisation pluridisciplinaire du réseau et du site de référence. Tout d'abord, comme cela a été dit, nous n'avons pas attendu les Pouvoirs Publics en cancérologie pour organiser nos prises en charge de façon pluridisciplinaire, le véritable objectif étant de faire en sorte que tous les patients atteints d'un cancer puissent bénéficier de la prise en charge correspondante. Cela est vrai depuis longtemps dans les grandes villes où il existe des sites de référence, et finalement le réseau fonctionne avec l'aide de ces derniers, qui mettent leurs infrastructures à la disposition du réseau régional.

Peut-on être certain qu'il ne reste pas, dans des villes de plus petite importance et dans des centres plus ou moins rattachés et éloignés des centres de référence, un certain nombre de patients dont la prise en charge reste un peu à l'écart de cette organisation pluridisciplinaire ? Par ailleurs, tout ceci est très consommateur de temps médecin, la question étant de savoir si celui-ci est correctement rémunéré et s'il est efficace.

Enfin, il faut bien noter que les établissements souffrent encore notablement d'une non-prise en compte des moyens mis en œuvre par eux dans le cadre de cette organisation pluridisciplinaire, à savoir du temps de secrétariat et du temps indispensable à l'interfaçage des fichiers communiqués au réseau régional, et cela implique aussi un certain nombre de moyens en ce qui concerne l'organisation du SIH.

Malgré ces interrogations, du point de vue de l'établissement que je représente - cela pourrait faire l'objet d'un débat interne à l'UNHPC - le centre de coordination en cancérologie me paraît assez structurant et être une occasion de lui redonner la main. C'est en effet un niveau d'organisation propre à l'établissement, qui est mis en œuvre par la CME, qui est une véritable cellule qualité en cancérologie, chargée de coordonner la prise en charge pluridisciplinaire en application des référentiels thérapeutiques et l'évaluation des pratiques professionnelles, c'est-à-dire de vérifier que les praticiens exercent en application des référentiels thérapeutiques communs.

Le 3C est également chargé de la mise en place du dispositif d'annonce, ce qui est une mission importante. Il faut en la matière également disposer d'un certain nombre de moyens. Il s'agit aussi de diffuser et d'élaborer le rapport d'activités médicales et pharmaceutiques. A cet égard, ainsi que cela a été évoqué, il existe en Pays de Loire un OMIT commun avec celui de Bretagne, qui fonctionne depuis déjà quelques années, ce qui nous met en situation de répondre aux exigences du contrat de bon usage des médicaments.

Concernant le rapport d'activités médicales, je ne sais pas si vous avez remarqué que lorsque la revue « Le Point » diffuse le bilan d'activité des établissements de santé, le volet cancérologie est très développé quand il s'agit du public et du PSPH, parce que dans les structures publiques et PSPH l'ensemble de la cancérologie est rassemblé au sein des mêmes établissements, alors que dans le privé des établissements médicaux cliniques et des entités juridiques quelquefois très dispersées exercent parfois la chimiothérapie et la radiothérapie, l'activité chirurgicale étant, elle aussi, souvent très dispersée au sein d'établissements MCO.

Or, dans la mesure où la connaissance de l'activité repose essentiellement sur le PMSI, on s'aperçoit que dans un établissement médical qui fait de la chimiothérapie ou de la radiothérapie celui-ci est peu représentatif de l'activité cancérologique. Autrement dit, l'idée de publier un rapport d'activité des établissements libéraux spécialisés en cancérologie est une bonne opportunité pour nous de montrer ce que nous faisons en matière de prise en charge des patients atteints de cancers dans le secteur libéral.

Le 3C a également pour mission de développer et de mettre en œuvre le dossier commun en cancérologie et de participer à son bon fonctionnement. C'est une mission importante, et je crois que l'établissement de cancérologie participera très activement à la réussite de ce DCC. Enfin, il doit gérer, organiser et assurer l'égalité d'accès aux soins de support et l'évaluation de la satisfaction des patients, ce que nous avons déjà mis en place en collaboration avec la Ligue contre le cancer.

- Améliorer la **prise en charge de la douleur** pour les patients atteints de cancer était également un objectif du Plan Cancer, et pour ce qui concerne notre établissement nous avons obtenu la création d'une unité d'évaluation et de traitement de la douleur suite à une autorisation de l'ARH.

Cela s'est effectué lors de notre regroupement avec trois cliniques nantaises, bien que nous ayons gardé notre entité juridique autonome pour la cancérologie. 12 des 52 lits de cancérologie concernent cette unité d'évaluation et de traitement de la douleur - c'était inscrit au projet médical de 1998 -, qui est animée par 3 médecins libéraux exclusifs. C'était un peu antérieur au Plan Cancer mais il faut reconnaître que cela a néanmoins été très soutenu par l'ARH.

Cependant, malgré un certain nombre de discussions avec les référents douleur de la DHOS et de la CNAM, soutenus par l'UNHPC, nous déplorons encore une insuffisance notable de la valorisation des actes liés à la douleur dans les revenus propres des praticiens dans le cadre de leur activité libérale de consultations et d'actes. De même, nous avons un certain nombre d'inquiétudes sur ce que sera la valorisation du GHS "douleur", notre établissement étant bien sûr également rémunéré par la T2A.

Il nous a été indiqué qu'il existerait un **GHS "douleur"** mais nous n'avons pas encore d'éclaircissements sur sa valorisation qui seraient de nature à nous rassurer. Autrement dit, améliorer la prise en charge de la douleur pour les patients atteints de cancer oui mais, pour une structure comme la nôtre, qui a pris l'initiative il y a déjà longtemps de promouvoir une unité d'évaluation et de traitement de la douleur dans un service ou une unité de cancérologie, les praticiens de l'établissement ressentent une incertitude quant au devenir économique de ce type de structure. C'est tout de même très inquiétant.

- L'amélioration de l'**accès aux soins de support** dans le contexte du Plan Cancer correspond pour le Centre Catherine de Sienne - et c'est aussi le cas dans d'autres établissements - à l'identification d'un certain nombre de lits de soins palliatifs (14 sur 22 pour nous), avec une réelle valorisation de ces derniers par la T2A. Cependant, on peut s'interroger sur la pénalisation des séjours supérieurs ou égaux à 14 jours par la T2A. Faisons un calcul rapide : si nous gardons la T2A, tous les séjours supérieurs à 14 jours seront pénalisés et nous ne serons plus rémunérés au-delà. Comment peut-on prétendre soutenir les établissements pour qu'ils fassent des soins de support et palliatifs et de l'accompagnement de fin de vie pour ceux de cancérologie privée, et pénaliser aussi drastiquement les séjours supérieurs à 14 jours ?

La direction a la préoccupation de gérer l'aval et l'amont. L'aval en renforçant les collaborations avec les établissements de soins de suite et l'HAD, mais vous savez qu'il est très difficile d'obtenir des établissements de soins de suite la prise en charge de patients atteints de cancers, parce qu'ils sont lourds, pour des raisons de quantité de soignants et de lourdeur des soins et des médicaments. Nos patients coûtent cher et sont peu, rarement ou difficilement acceptés par les établissements de soins de suite, ce qui est un facteur d'aggravation des DMS. Il en va un peu de même pour l'HAD, et en amont il serait, à mon sens, opportun de réfléchir à une prise en compte à la tarification ou à la création de consultations de soins palliatifs, car cela permettrait d'anticiper et peut-être même de désamorcer un certain nombre de besoins d'hospitalisation des patients atteints de cancer du fait d'un épuisement familial, d'une perte d'autonomie, etc....

Or je me demande bien comment des médecins radiothérapeutes, chimiothérapeutes et cancérologues pourraient prendre sur leur temps pour organiser une consultation de soins palliatifs. Quant aux médecins salariés par notre centre - car 14 lits de soins palliatifs, 52 lits de médecine et 42 lits de cancérologie sont animés par 3 médecins salariés à la charge de l'établissement -, nous voyons mal comment ils pourraient organiser une consultation de soins palliatifs ; l'environnement administratif et tarifaire actuel ne le permet pas.

- La **recherche clinique** est évidemment un objectif ambitieux et pertinent du Plan Cancer. Il faut faire en sorte que les patients du privé puissent y accéder et il est judicieux qu'ils puissent avoir accès à des études et essais thérapeutiques.

Le centre a créé une unité de recherche clinique intégrée à l'établissement, ce choix ayant été encouragé par la Tutelle bien qu'il n'ait pas été particulièrement aidé, et d'après nos renseignements, il semblerait que le réseau régional prévoit d'embaucher un ou des attachés de recherche clinique qui seraient partagés dans les différentes structures de soins investies dans des études. Dynamiser la recherche clinique peut être un élément positif, et l'on pourrait, par ce biais, permettre aux établissements privés d'y avoir accès.

- Une **consultation d'onco-génétique** a été reconnue et labellisée au sein de la structure, avec l'aide et le soutien de l'UNHPC, mais pour l'instant nous ne disposons d'aucun financement particulier ; nous l'attendons.
- Concernant le **développement des plateaux techniques**, je pense que le Plan Cancer a favorisé le développement et l'obtention d'autorisations d'IRM et de scanners, et pour ce qui nous concerne, en Région Pays de Loire et dans l'agglomération nantaise, la deuxième autorisation de TEP (Tomographie par Emission de Positons) sera dirigée vers le Centre Catherine de Sienne, et il est certain que la cancérologie a été, à ce titre, un élément déterminant du dossier. Il y a là une certaine cohérence.

En revanche, je voudrais noter des délais qui sont longs pour les patients atteints de cancer, en matière d'obtention de scanners et de bilans pré-thérapeutiques. De nouvelles autorisations sont nécessaires pour que nous puissions traiter nos patients dans des délais raisonnables et développer l'imagerie interventionnelle.

- Je vais peu parler de la **radiothérapie**, qui a été évoquée, une annonce importante ayant été faite aujourd'hui grâce à l'action du SNRO, qu'il faut saluer car il a été vraiment très actif, avec des discussions parfois acharnées. Par exemple, quand le Centre Catherine de Sienne a déménagé dans un nouveau site, 3 appareils de radiothérapie haut de gamme ont été renouvelés en 2003 et un quatrième est arrivé en avril 2004. Nous nous étions lan-

cés dans un programme de renouvellement d'appareils extrêmement ambitieux, et nous étions un peu inquiets du passage à la CCAM ainsi que par rapport à notre capacité d'évoluer vers des techniques plus modernes d'IMRT et d'imagerie embarquée, qui ont été évoquées par le Dr Lipinski tout à l'heure. Il faut noter par exemple que le scanner dédié, qui est aujourd'hui indispensable aux radiothérapeutes, est complètement financé par le Centre et ne fait l'objet d'aucune nomenclature spécifique.

A ce titre, nous avons toujours, depuis le début du PMSI au sein de l'établissement - donc depuis de nombreuses années -, rempli un résumé médical (un RUM) pour chaque mise en traitement. La perspective de voir le PMSI applicable à la radiothérapie nous paraît donc intéressante, et nous sommes prêts à participer à des études pilotes puisque nous disposons déjà de quelques années d'antériorité en matière de publication de PMSI sur l'activité de radiothérapie dans un centre privé.

- Je parlerai pour résumer de **l'établissement privé en oncologie**, en évoquant les termes efficacité et fragilité. Un médecin de santé publique agrégé réputé a, il y a quelques années, résumé les difficultés des établissements face à l'accréditation : le profil idéal pour cette dernière et pour fournir des soins de qualité était, à ses yeux, un établissement privé, petit et très spécialisé. Ensuite, dans la même année, dans le cadre de nos grands projets de construction, nous avons eu des discussions avec des financeurs et banquiers pour construire un nouveau bâtiment et investir quelques millions d'euros : les critères de risque étaient pour eux un établissement petit et privé qui travaille dans le domaine de la santé et qui est mono-disciplinaire. Voilà une sorte d'ambiguïté entre l'efficacité - et nous remplissons sans doute un certain nombre de critères d'efficacité - et notre fragilité.

Nous sommes en effet privés mais, comme l'a dit le Dr Lipinski, on peut se demander ce qui est le plus lucratif. Je représente un Conseil d'Administration, mais parce que nous avons un actionariat purement médical, et je me plais à noter que ce dernier exerce exclusivement en secteur opposable.

Enfin, tout le monde est-il bien conscient ici qu'un établissement privé de cancérologie a besoin d'avoir des résultats pour investir, et sait-on toujours que ces résultats se voient affublés d'un impôt sur les sociétés et que les redevances des praticiens par rapport à la structure - les radiothérapeutes reversent à la leur environ 72 % de leurs honoraires - font l'objet de la TVA sur les redevances ? C'est un petit sujet de discussion potentiel⁷.

⁷ Note UNHPC : C'est un des avantages de l'initiative législative de l'UNHPC qui a consisté à ouvrir le droit coopératif aux établissements à actionariat purement médical. Dans la "société coopérative hospitalière de médecins", telle que prévue par le Code de la Santé Publique, cette TVA n'a plus lieu d'être.

Nous sommes donc spécialisés et mono-disciplinaires. Nous avons une taille critique et nous sommes confrontés à une difficile maîtrise des coûts. Il a été question des 35 heures tout à l'heure, mais vous pouvez aussi imaginer le temps praticien et soignant nécessité par toutes les démarches qualité et les différents comités (comité de pilotage du projet médical, du SIH, de la démarche qualité, etc...). Tout cela a évidemment un coût, et nous souffrons bien sûr d'un manque de visibilité qui contraste drastiquement avec nos besoins de financement à long terme.

Nous avons revu nos besoins de financement récemment et nous sommes en discussion avec nos amis banquiers. Nos partenaires du secteur bancaire nous ont demandé en 2005 de produire un business plan à quinze, voire vingt ans. Nous en étions encore à la tarification au prix de journée, et nous ne savions pas trop ce que serait l'application de la T2A. Une bonne partie des résultats de notre établissement provenant également du remboursement des honoraires des médecins, ils étaient évidemment encore à la NGAP et nous ne savions pas ce que serait la CCAM. Comment un établissement de cancérologie peut-il produire des business plans à long terme alors que l'on organise le flou à court terme ? Nous avons été un peu rassurés par un certain nombre de mesures, mais c'est une réelle difficulté pour un établissement privé de cancérologie.

- Je voudrais, concernant le Plan Cancer et la **nouvelle organisation des soins en cancérologie**, terminer sur une note optimiste, parce que c'est ma nature. Le contexte est tout de même favorable à la cancérologie, ce qui est important. Nous sommes écoutés quand nous présentons un dossier dans un domaine considéré comme une priorité de santé publique. Pour les différents dossiers qui ont été les nôtres depuis quelques années, nous avons toujours eu une excellente écoute des services de l'Etat et de l'ARH. Je pense à cet égard que la création des agences régionales a été une excellente chose. Nous avons également toujours eu accès, aidés en ce sens par nos syndicats, l'UNHPC et le SNRO, aux référents nationaux concernant les dossiers sur la T2A ou la douleur. Il faut donc dire que nous avons toujours eu une excellente écoute, même si tous les problèmes n'ont pas été réglés.

La **création de l'Institut National du Cancer** est, à mon sens, une excellente chose. C'est pour une spécialité comme la cancérologie une fierté et un honneur de disposer d'une institution qui nous représente et qui est organisée par des professionnels pour les professionnels que nous sommes. L'idée d'élaborer des référentiels nationaux me paraît évidemment une nécessité et une urgence, et je crois que l'INCa sera une excellente chose, même si pour l'instant nous nous connaissons encore trop peu.

Je terminerai sur une note optimiste. Pour avoir participé au COTER de cancérologie préparatoire au SROS de troisième génération, je suis absolu-

ment persuadé que le Centre Catherine de Sienne et les établissements privés de cancérologie trouveront, dès lors qu'ils s'en donneront les moyens, leur place dans les SROS 3, parce que nous avons su devenir des partenaires incontournables dans l'offre de soins en cancérologie de par notre efficacité. C'est l'élément qui me rassure le plus.

Merci.

(Applaudissements)

Dr Philippe BERGEROT.- Je pense que nous aurons l'occasion de revenir sur un certain nombre de points comme le 3C et le régime d'autorisation des établissements. Je vais maintenant donner la parole à un responsable de réseau pour qu'il nous parle des réseaux, puis nous pourrions attaquer un débat un peu plus général.

M. Rémi Bouvier est Trésorier du réseau Oncolor et Directeur de la Polyclinique Gentilly à Nancy.

Réseau

↳ **M. Rémi Bouvier**

(Polyclinique de Gentilly - Réseau Oncolor - Nancy)

M. Rémi BOUVIER.-

Je vais respecter les consignes que m'a données Gérard Parmentier et essayer d'être relativement bref, l'esprit des réseaux ayant déjà été beaucoup évoqué par nos collègues alsaciens. Je me rends compte que l'Est de la France (la Région Champagne-Ardenne, la Lorraine et l'Alsace) est déjà très structuré.

Je vais vous parler de l'expérience du professionnel de gestion que je suis à l'intérieur du réseau Oncolor et par rapport à mon expérience dans les établissements. Je parlerai au nom du réseau Oncolor, mais bien entendu certains de mes propos n'engagent que moi puisque nous sommes très nombreux dans ce dernier, sachant qu'aujourd'hui nous avons aussi des divergences d'opinion quant à ce qui se met en place et à son devenir.

Nous avons le sentiment d'être dans l'hospitalisation privée laissés pour compte par rapport à une hospitalisation publique qui se voit accréditée de droit, ce qui n'était pas du tout l'esprit du réseau Oncolor.

« L'INCa : une bureaucratie utile ? ». Ce titre est très polémique et très provocateur. Des personnes de très grande qualité travaillent à l'intérieur de l'INCa et le but est non pas d'être humiliant mais simplement de se poser la question de savoir s'il est véritablement nécessaire dans notre système français d'en « remettre une nouvelle couche ». L'INCa va-t-elle venir se substituer à un certain nombre d'autres organisations ou s'agit-il d'une nouvelle couche supplémentaire, avec des interpénétrations avec les ARH et même avec la production même du réseau Oncolor ? Quelle est la place des réseaux existants ? Le réseau Oncolor a sept ans d'existence. Il a mis quatre années à se constituer et à définir ses cahiers des charges : faut-il faire table rase de tout cela ?

Le Plan Cancer est arrivé, ce qui nous a conduits à apporter des modifications au cahier des charges que nous avons élaboré pour l'intégrer, ce que nous avons tout à fait compris mais nous a demandé un certain travail. De même, les SROS ont généré certaines modifications, et l'INCa n'était pas du tout en concordance avec le SROS chirurgie. Nous avons donc, à l'intérieur de ce dernier, constitué un sous-SROS qui s'occupait du lien entre le SROS de cancérologie et le SROS de chirurgie. C'est d'une grande pénibilité et, surtout, le temps imparti à cette bureaucratie ne l'est plus au développement des idées et activités. Or c'est terminé à partir du moment où un être humain arrête de penser, de se projeter et de rêver.

Peut-on organiser sans bureaucratie ? Il a été montré que le réseau Oncolor pouvait tout à fait organiser sans avoir forcément de système tutélaire. Les professionnels, tant les Directeurs que les pharmaciens et les praticiens, sont tout à fait capables de créer un outil de qualité et de s'ordonner entre eux, et vous allez voir que le système de sanctions, qui a été relativement dur dans le réseau Oncolor, a très bien été supporté par l'ensemble des professionnels parce que nous étions entre pairs. Il n'existait pas de suprématie de l'un sur l'autre. La sanction arrivait tout simplement parce que la qualité n'était pas forcément au rendez-vous.

Nous voulions également qu'il s'agisse d'une organisation "professionnels propriétaires", c'est-à-dire que l'outil, la structure et l'organisation montés soient le fruit de professionnels, avec bien entendu une légitimité du fait de leur connaissance métier et une auto-régulation, des audits ayant été réalisés à l'intérieur du réseau Oncolor par nous-mêmes, bien entendu non pas sur notre propre établissement mais sur ceux de la région.

Nous avons également demandé à des professionnels d'autres régions de venir pour avoir une certaine impartialité et éviter les rancœurs. Nous avons agi véritablement en professionnels désintéressés, sachant que les recommandations émises concernaient dans un premier temps non pas des sanctions mais des demandes pour évoluer vers une meilleure qualité, avec l'espoir pour les établissements qui ne correspondaient pas parfaitement à un cahier des charges de pouvoir se mettre à niveau dans un délai de six mois à un an et d'être enfin reconnus. Ce n'était pas sanctionnant comme peut l'être un dossier de reconnaissance purement administratif qui passerait en CROS.

Oncolor fait donc l'objet d'un cahier des charges rédigé et validé par des professionnels. Comme je vous l'ai indiqué précédemment, sa création a pris quatre ans. Cela peut sembler beaucoup, mais en fait cela nous a paru très court, d'abord parce qu'il a fallu apprendre à se connaître. En effet, nous nous connaissions de visu, mais il a fallu dans un premier temps trouver un terrain d'entente puisque nous avons été éduqués dans le sens de l'opposition entre le système public et le système privé, la culture française consistant à opposer systématiquement le public et le privé même s'ils font exactement le même métier. C'est devenu culturel, et j'ai le sentiment aujourd'hui que nous jouons le jeu de cette culture, qui doit profiter vraisemblablement à certaines catégories professionnelles mais qui n'est certainement pas le reflet des hommes de terrain.

Ce cahier des charges, rédigé et validé par des professionnels, a été appliqué à ces mêmes professionnels, et nous ne pouvions pas le rejeter dans la mesure où nous l'avions nous-mêmes conçu. Des audits ont ensuite été effectués par des professionnels. Nous sommes allés dans chacun des établissements avec un cahier des charges pour réaliser un audit du style de celui l'ANAES, et nous avons vérifié si leurs dires étaient exacts. Si ce n'était pas le cas ou que

nous notions des pistes de progrès, cela prenait la forme de recommandations, avec un délai de mise en conformité, ce qui a permis à certains établissements qui n'étaient pas reconnus pour certaines activités de l'être.

Nous avons établi un classement des établissements en centres hautement spécialisés, spécialisés et attachés. L'avantage des centres attachés était qu'ils permettaient à des praticiens chirurgiens qui exerçaient dans un établissement une activité chirurgicale incluant la cancérologie de pouvoir être reconnus dans le réseau Oncolor même s'ils ne disposaient pas de radiothérapie, de chimiothérapie et de soins de supports. Ce n'était donc absolument pas sanctionnant. Des décisions arbitrées ont été prises de façon paritaire pour l'ensemble des établissements, avec toujours un système propriétaire et le même classement des établissements, reconnus de l'ensemble des professionnels.

Les objectifs ont été atteints, sachant que ce réseau s'en fixe annuellement, avec une reconnaissance du niveau des sites qui devra être à nouveau validée par un prochain audit. Nous sommes en grande discussion, car cela représente un travail d'un an et demi environ à mettre en place, la question étant de savoir comment positionner les audits par rapport aux autorisations qui vont être accordées s'agissant de l'officialisation de sites effectuant de la cancérologie et justifier notre cahier des charges par rapport à l'INCa.

Nos objectifs ont également abouti à un circuit du médicament sécurisé, bien avant l'ensemble des circulaires qui portent aujourd'hui sur le circuit du médicament et sa sécurisation. Nous avons établi des cahiers des charges qui nous ont permis de reformer l'ensemble des pharmaciens dans le domaine de la cancérologie, de faire des choix de logiciels et de dispenser les formations appropriées aux préparateurs, le réseau Oncolor s'étant transformé également en formateur.

L'organisation de professionnels à travers des RCP est certainement le plus grand succès. On peut constater qu'avec des incitations très faibles les professionnels ne demandaient que cela. A partir du moment où des locaux ont été aménagés pour eux, ainsi que le système informatique, en leur donnant tout ce qu'il leur fallait en termes de secrétariat et de système informatique pour organiser les RCP, celles-ci ont été mises en place et aujourd'hui elles fonctionnent très bien dans l'ensemble des spécialités, avec une trace de leur production.

Des protocoles discutés et appliqués

Le réseau Oncolor a choisi de mettre en ligne des protocoles et ce sont les praticiens qui les ont écrits, ce qui est probablement notre talon d'Achille puisque entre les comités de rédaction et de relecture cela demande une mobilisation énorme, la remise à jour des protocoles nous posant un très important problème de mobilisation de l'ensemble des acteurs, étant entendu qu'ils ne sont pas rémunérés. Il y a été fait allusion tout à l'heure.

Le réseau a décidé de rémunérer ses acteurs, mais il n'empêche que nous avons toujours quelques difficultés. Nous avons eu l'idée d'organiser un séminaire à Vittel, notamment sur toute la cancérologie de la sphère viscérale et digestive, afin de pouvoir mobiliser les professionnels deux jours durant dans un cadre plutôt agréable et surtout leur permettre de se retrouver ensemble pendant cette durée, en évitant de les solliciter pour des soirées répétitives.

Le réseau de prise en charge est efficient car nous avons abouti à un maillage très cohérent de la Lorraine ainsi qu'à une uniformisation de la qualité des prises en charge et à une reconnaissance par le grand public de ces dernières.

Nous avons également une bonne technicité puisque Oncolor a un centre de formation et que toutes les personnes qui participent au réseau Oncolor sont formées de façon périodique.

Enfin, nous avons souhaité établir un nouveau cahier des charges qui va bientôt faire partie de nos prochains audits : celui des soins de support, à la fois par rapport à la douleur, aux soins de vie et à l'HAD.

C'est là que cela commence à se compliquer pour le système privé, alors que cela ne s'est pas trop mal passé jusqu'à maintenant. Je pense que beaucoup de personnes ont découvert ce qu'est le cancer dans l'hospitalisation privée, et notamment que les cliniques privées ont une activité équivalente à celle d'un centre de lutte contre le cancer, alors qu'en fait il suffisait de lire les SAE de toutes les années pour connaître le volume des interventions.

Concernant les soins de support, alors que nos établissements privés - et particulièrement celui où j'exerce - avaient une grande activité en matière de fin de vie, reconnue, cadrée et organisée, 25 établissements de Lorraine sont reconnus s'agissant des soins palliatifs mais aucun des établissements privés, car ils ne disposent pas de praticiens salariés dédiés aux soins de support. En effet, nous avons des activités libérales et c'est donc un praticien libéral, notamment un anesthésiste-réanimateur, qui, dans le cadre d'un véritable mi-temps, s'en occupe.

Nous avons donc fait intervenir notre ami Gérard Parmentier pour nous aider à nous faire reconnaître, et nous avons été le seul établissement privé à être reconnu en matière de soins palliatifs dans notre région. A cet égard, par rapport aux tarifications de la clinique de l'Orangerie, il est très curieux que le prix d'un psychologue ou d'une secrétaire ne soit pas le même d'une région à l'autre - il serait intéressant que nous puissions nous communiquer nos MIGAC - alors que le travail est le même. Je pensais d'ailleurs que les postes étaient rémunérés en prenant pour référence la grille du public.

Nos objectifs sont toujours renouvelés afin que notre réseau ne tombe pas en désuétude, avec la mise à jour des référentiels.

Nous travaillons d'arrache-pied au choix d'un outil informatique cohérent, mais la disparité était telle s'agissant des informatiques des établissements que nous avons rencontré plusieurs écueils. Nous avons notamment opté pour un logiciel médicaments uniforme mais il n'était pas compatible avec certains des réseaux informatiques déjà en place. Nous sommes en revanche preneurs de l'uniformisation du système informatique pour nos dossiers patients et communicants, le réseau Oncolor ayant, dans le cadre des RCP, fait le choix d'une base de données qui est la même pour l'ensemble des établissements, avec un mono-serveur.

Concernant la préparation des nouveaux audits actualisés au regard du Plan Cancer, nous essayons autant que faire se peut de suivre l'ensemble des recommandations dans le cadre de notre réseau.

Nous tenons particulièrement à la visioconférence, non pour les centres hautement spécialisés mais pour les praticiens attachés à ces derniers, afin de permettre à des praticiens éloignés d'assister à des RCP. Nous pensons, pour ceux qui connaissent la Lorraine, à des villages comme Bitche, qui sont très éloignés, avec environ deux heures de route pour pouvoir participer à n'importe quelle réunion.

Nous nous sommes donc lancés dans le choix de matériels, que nous essayons en taille réelle puisque nous sommes en réseau, et pendant que nous effectuons ces essais nous avons reçu un courrier de l'INCa pour des demandes de subvention. Nous étions très contents, mais la durée de réponse au questionnaire était très courte, sachant que nous étions en pleine période d'évaluation et que nous n'avions pas fait encore notre choix. De plus, il nous a été certifié que si nous ne répondions pas, le train passerait. Nous avons donc répondu dans la hâte.

Nous avons également appris que les réseaux ne pouvaient pas déposer un dossier, ce qui est incohérent puisque la visioconférence est faite pour travailler en réseau, non dans un établissement, accorder un budget pour la visioconférence à un établissement qui ne travaille pas avec d'autres ayant peu d'intérêt.

En revanche, nous avons appris avec une grande satisfaction que, pour nous attribuer des crédits, l'INCa s'était retourné vers notre agence, qui nous connaît parfaitement bien ainsi que le maillage. Elle a pu soutenir les établissements qui seront dans le réseau.

Je vais être très dur. Depuis la mise en place de l'INCa, partant du réseau de nos établissements, aucune communication n'a eu lieu avec l'Institut, et nous n'avons ni été sollicités en tant que tels, ni reconnus en tant que tels pour le travail accompli sur la classification.

Nous avons eu le sentiment de doublons inutiles par rapport à l'élaboration de cahiers des charges et d'une dynamique brisée puisque certains établissements

reconnus comme hautement spécialisés ou spécialisés se sont dit que demain il ne resterait plus que des établissements reconnus et que donc les centres régionaux (les CHU et CLCC) ne servaient plus à rien. Nous ressentons bien cette baisse de régime dans le réseau Oncolor.

De même, il n'existe aucun respect des actions et des objectifs en cours notamment par rapport à l'informatique, ce que nous avons un peu mal vécu sur le moment. La prise en compte du secteur privé est difficile. En effet, nous sommes un centre hautement spécialisé, ce qui a été une énorme reconnaissance de notre activité, mais maintenant nous nous entendons dire que de toute façon il n'existera plus de centre hautement spécialisé pour le privé et que nous serons simplement reconnus pour le traitement.

Cependant, je ne veux pas faire de faux procès, et peut-être cette institution va-t-elle nous aider à tirer l'ensemble vers le haut et à dégager les réseaux et professionnels que nous étions d'un grand volume de travail pour se substituer à nous, à travers une aide méthodologique pour réaliser les audits que nous avons conçus. Ce sera vraiment un plus si l'INCa peut en concevoir avec nous. De même, ce sera un plus si, pour la mise à jour des référentiels que nous effectuons sur notre réseau, nous pouvons être aidés, de même pour l'informatisation, le choix des logiciels et le mode de financement.

Pour la visioconférence, si cela aboutit à avoir des enveloppes suffisantes pour mailler correctement notre réseau Oncolor, ce sera aussi un plus, de même que si l'on nous vient en aide dans le cadre de la V2 pour nous aider à évaluer les pratiques professionnelles en vue de leur amélioration. Ce sera alors une institution de professionnels au service des professionnels, ce que nous demandons.

(Applaudissements)

Dr Philippe BERGEROT.- Je remercie l'ensemble des orateurs d'avoir tenu les délais. Je me sens dans l'obligation de passer le micro à Mme Bellanger, qui s'occupe des réseaux à l'INCa, car je pense qu'elle a des réponses à nous donner.

↳ Débat

Mme Anne BELLANGER. - Je suis chargée de mission dans le cadre des réseaux régionaux de cancérologie pour l'Institut National du Cancer. Je souhaiterais simplement rebondir sur le manque de communication entre l'INCa et le réseau, notamment en ce qui concerne Oncolor. Nous travaillons depuis juin en concertation très étroite avec les réseaux régionaux de cancérologie, et nous avons d'ores et déjà, pour le 10 juin et le 16 septembre, invité tous les Présidents et coordonnateurs de réseaux régionaux de cancérologie.

Comme inscrit dans la circulaire de février 2005 organisant les soins en cancérologie, un cahier des charges spécifique aux réseaux régionaux de cancérologie doit être élaboré. Nous le faisons en concertation avec ces derniers et nous avons créé six groupes de travail autour de six grandes thématiques que nous allons décliner non seulement avec tous les professionnels des réseaux régionaux mais également avec nos partenaires du Ministère, donc la DHOS, la CNAM, les URCAM et les Fédérations. Nous sommes tout à fait prêts, comme le disait Mme Dahan, à travailler en concertation, l'INCa ayant mis à disposition un forum de discussion dédié aux réseaux nationaux de cancérologie, ce qui leur permet d'échanger.

Je voulais simplement préciser ces points.

Dr Laurence LEROYER. - Je suis oncologue radiothérapeute et accessoirement Présidente d'un réseau sectoriel de cancérologie dans le nord de la Bretagne. Je tenais à vous faire part de notre ressenti sur le terrain par rapport à la méconnaissance par l'INCa de la façon dont nous travaillons. Nous avons vu passer un appel d'offres pour la visioconférence alors que notre ARH, lorsque nous avons demandé des financements dans le cadre de la DRDR pour le réseau, nous avait répondu que cela n'en faisait pas partie et que nous ne pourrions pas être financés.

Nous avons noté que l'appel d'offres était à faire pour hier, et nous avons compris qu'il nous faudrait encore passer quelques nuits dans notre établissement après avoir vu nos malades jusqu'à 23 h le soir. De plus, une fois que nous avons rédigé ledit appel d'offres et que nous l'avons envoyé, il nous a été fait remarquer que c'était uniquement pour les établissements, alors que chez nous c'est le réseau qui gère les RCP, avec des praticiens qui doivent faire plus d'une heure de route pour y assister et qui le font même s'il pleut ou qu'il y a du brouillard. Nous avons vraiment l'impression sur le terrain d'une méconnaissance de notre action. Nous ne fonctionnons pas tous comme à Paris ou Oncolor, avec des réseaux pyramidaux. Nous avons chacun nos spécificités, et nous sommes totalement désarçonnés quand nous voyons que vous ne comprenez pas comment nous pouvons travailler sur place.

Mme Anne BELLANGER.- Concernant l'appel d'offres pour des projets de visioconférence, l'INCa avait d'ores et déjà communiqué en septembre autour de cet outil, qui est crucial pour l'organisation des RCP, l'une des grandes missions des réseaux régionaux de cancérologie - je pense que M. Bergerot pourra tout à fait acquiescer sur ce point - étant la communication.

Dr Philippe BERGEROT.- Elle n'est pas toujours faite.

Mme Anne BELLANGER.- D'où la nécessité d'un cahier des charges du réseau régional, justement pour en clarifier la lisibilité auprès des acteurs professionnels de santé et également auprès des patients.

Dr Philippe BERGEROT.- Qu'il s'agisse des territoires de santé ou des réseaux régionaux, des difficultés de communication se posent à certains endroits.

M. Rémi BOUVIER.- J'ai pris tout à l'heure la précaution orale de dire que j'étais volontairement provocateur et que je connaissais des personnes de l'INCa qui ont de grandes qualités professionnelles. Il s'agit plutôt de l'institution en général. Je suis très content de vous entendre dire que vous tiendrez compte dans l'élaboration de vos cahiers des charges de ceux qui existent déjà, pour lesquels un énorme travail a été fourni. Il serait vraiment dommage de ne pas en profiter.

En revanche, je rejoins le Dr Leroyer s'agissant de la visioconférence, qui comme je l'ai dit tout à l'heure est un outil pour les praticiens et pour les RCP. Qu'elle soit portée par les établissements ou les réseaux, cela n'a pas d'importance. En revanche, refuser que ce soit le réseau qui dépose un cahier des charges n'est pas cohérent, et ce n'est pas dans l'esprit de la visioconférence. La Présidente d'Oncolor nous a immédiatement envoyé un mail nous disant de ne pas attendre qu'Oncolor dépose un dossier mais qu'en revanche nous devons l'accompagner d'un courrier, ce que nous avons fait. Il aurait été beaucoup plus simple que le réseau dépose le dossier. Il vous aurait mâché le travail pour la Lorraine.

Mme Anne BELLANGER.- Pour répondre sur ce point, les dossiers sont portés par les établissements de santé inscrits dans un réseau de cancérologie, ce qui était bien noté dans l'appel à projets, et la contractualisation se fera entre l'INCa et l'établissement qui recevra l'outil, dans le cadre d'un travail en réseau. Cela n'a absolument pas été mis de côté, au contraire.

Dr Laurence LEROYER.- Vous oubliez que les réseaux ne sont pas toujours adossés à des établissements comme des centres hospitaliers ou des C.H.U. Notre réseau n'est pas adossé à un établissement public : comment

voulez-vous qu'il reçoive le moindre financement puisque notre ARH nous a dit que ce n'était pas possible dans le cadre de la DRDR ?

Mme Anne BELLANGER.- Le réseau qui organise des réunions de concertation pluridisciplinaires dans un local dédié peut tout à fait répondre à un appel à projets. Il était surtout demandé de mettre en avant l'organisation des RCP, qui vous importe vraiment.

Dr Philippe BERGEROT.- Il y a bien un problème de cohérence entre l'intention affichée en termes d'amélioration des pratiques et le support de financement, mais nous n'allons peut-être pas faire porter toute la discussion sur la visioconférence ?

Dr Patrick PEUVREL.- Je voudrais préciser trois points sur les **tarifs**, qui ont été évoqués pour les différents établissements, privés et publics. Tout d'abord, tout le monde sait qu'il existe une différence entre les coûts des hôpitaux publics et des établissements privés, mais ce n'est pas qu'en cancérologie. On retrouve un différentiel dans tous les GHS. C'est un constat, mais il faudrait éviter, s'agissant de la cancérologie, une convergence plus rapide, car ce serait au détriment du cancer.

Par ailleurs, les honoraires ne sont pas inclus dans les tarifs privés, ce qui est le cas dans les tarifs publics. Enfin, il a été dit que si nous étions payés comme le public nous gagnerions le double, mais en fait ces tarifs n'ont été utilisés que pour 10 % en 2004 et 25 % en 2005. On ignore si cela va passer à 30 ou 35 %, mais ce n'est qu'un tiers de ce qui est pris en compte, le financement par la GHS et la T2A n'étant qu'une partie du financement d'un établissement public. Il faut se méfier de potentielles contre-vérités.

Dr Philippe BERGEROT.- Je ne répondrai pas dans la mesure où mon établissement change de statut aujourd'hui...

Dr Francis LIPINSKI.- Le seul élément que je conteste est qu'il puisse persister dans l'avenir des différences de coût entre l'hôpital public et le privé. Vous dites que les coûts sont plus élevés en hôpital public, et c'est d'ailleurs peut-être là une partie du problème.

Dr Patrick PEUVREL.- C'est le constat actuel, la convergence ayant justement pour but d'essayer de gommer cela.

Dr Philippe BERGEROT.- Un des constats est que, lorsqu'un établissement change de statut, avec les mêmes médecins, les mêmes locaux et les mêmes machines, le financement est simplement "un peu" différent pour la société, donc on peut se poser des questions en tant que citoyen car tout est inclus. Cela pose un problème par rapport à quelque chose qui est clair, net et précis et non des suppositions.

Dr Henri DELBECQUE.- Je suis Président du Comité de suivi des **soins palliatifs** et, à ce titre, je trouve que la cancérologie et les soins de support et palliatifs vont ensemble et ne sont pas parallèles. Il a été question ce matin de contacts humains : je pense que la cancérologie touche profondément dès l'annonce, ce qui mérite que ceux qui informent soient bien formés. Je veux parler non seulement du médecin praticien mais aussi du radiologue, avec son Mamotome. Il faut faire très attention, car informer n'est pas communiquer, et communiquer est déjà bien soigner. On assiste malheureusement encore beaucoup de personnes qui ne savent rien de ce qui leur arrive parce que l'on veut les protéger. On est justement passé d'une médecine de bienfaisance à une médecine plus déontologique, car cela permet de faire avancer les personnes qui vont vivre avec le cancer.

Je voudrais dire aussi que la démarche globale n'est pas déléguée à quelques-uns. Elle est personnelle, parce que c'est l'ensemble de l'organisme, du social, du psychisme et du spirituel qui est concerné lorsque l'on est atteint par cette maladie. Là aussi nous nous rejoignons, comme sur le fait que la démarche palliative concerne aussi bien les établissements que les libéraux en ville. Elle doit être connue, parce qu'elle est vraiment basique et s'appuie sur la loi Leonetti sur les droits des malades et le refus d'une pratique exagérée, disproportionnée, inutile, voire même pénible.

Il est en effet intéressant, dans le cadre des RCP, que les professionnels curatifs que vous êtes et les personnes concernées par les soins palliatifs se rencontrent. Cela demanderait à ceux qui sont un peu plus experts d'être beaucoup sollicités, mais il n'empêche que cela pourrait être une aide utile.

J'estime qu'il existe trois traitements principaux pour le cancer, mais aussi un quatrième : les soins de support et palliatifs, qui ne doivent pas être négligés compte tenu de la lourde mortalité dans ce domaine.

Par ailleurs, il est question des réseaux de cancérologie, mais il existe également des réseaux de proximité de soins palliatifs ; ils sont plus de 100 en France actuellement, 8 venant d'être reconnus par la DRDR dans ma région, le Nord-Pas-de-Calais. Nous devons aller au devant des uns et des autres pour travailler ensemble, la prise en charge à domicile devant être beaucoup plus développée. Certes, la HAD existe, mais elle n'est pas encore bien répartie partout, et les réseaux sont vraiment une sollicitation des familles et des médecins traitants. Il faut que nous continuions à avancer ensemble.

M. Gérard PARMENTIER.- Je remercie Henri Delbecque d'être parmi nous. Comme il l'a indiqué, il a été pendant quatre ans Président du Comité national de suivi des soins palliatifs, et une question institutionnelle intéressante se pose. Comme vous le savez, nous avons eu de rudes débats avec un Ministre précédent, M. Kouchner, qui avait une idée tellement haute du secteur privé qu'il n'enregistrait jamais aucun décès dû au cancer et

que donc il n'était pas question de soins palliatifs dans ce dernier puisque l'on n'y mourait pas. Il nous a fallu des années, et je dois dire que c'est le jour où nous avons réussi à force de contorsions à rentrer par la petite porte dans le comité de Henri Delbecque qu'enfin les Tutelles ont pris conscience que l'on décédait aussi du cancer dans le secteur privé.

Ce comité a été utile aussi pour cela, parce que c'est grâce à lui que la notion de lits identifiés, qui est une reconnaissance d'activité, a fait son apparition. C'est grâce à ce comité que nous avons obtenu 3 GHS et non un seul et que l'on se demande maintenant s'il est bien raisonnable de payer dans le cadre d'un système qui est fait pour faire de la productivité - ce qui d'ailleurs est très bien - qui organise une bonification pour une courte durée de séjour, des séjours de soins palliatifs dont le but est d'accompagner le plus longtemps possible le patient, dans la dignité.

Un des intervenants a d'ailleurs posé une question sur la durée des séjours en soins palliatifs. La question est posée au Comité de savoir si le système de tarification ne pourrait pas être plus homogène, en tenant compte des impératifs d'accompagnement et de soins palliatifs. Je dis tout cela car il reste du travail. Henri Delbecque le sait car il me voit venir et parfois me devance quand, par exemple, je répète ou bafouille que le seul acteur qui n'est pas rémunéré pour accompagner et faire du soin palliatif est le médecin libéral travaillant en établissement. C'est un scandale dont il faut sortir.

Le Comité a tenu sa dernière séance il y a environ trois semaines et il est question d'une nouvelle entité. Elle n'est pas encore déterminée, mais je dis ici que collectivement nous avons intérêt - la preuve en a été apportée par le comité d'Henri Delbecque - à un tel lieu, dans lequel des sociétés savantes, des représentants des fédérations, des professionnels des Tutelles et des caisses se réuniront tous en laissant leurs casquettes dans le couloir, pour travailler sérieusement sur l'approche médicale et l'amélioration de la prise en charge des soins palliatifs et d'accompagnement. Merci Henri. Pour ce que tu as fait, il est important que nous nous mobilisions pour qu'il existe une telle entité. Elle a fait ses preuves et nous en avons encore besoin.

Dr Ondine BARBIER-FREYCHET .- Je suis radiothérapeute dans une Clinique du Mans et médecin DIM de cet établissement. Je ne reviendrai pas sur le problème de la radiothérapie, qui apparemment devrait être résolu rapidement, tout au moins je l'espère.

Je voudrais parler d'un petit problème qui semble marginal mais qui concerne cependant 5 % de l'activité de notre établissement, à savoir la **curiethérapie**, que nous pratiquons complètement à perte en l'absence d'une valorisation des GHS de curiethérapie et d'une prise en charge des sources radioactives. J'aimerais connaître votre expérience en la matière et savoir si vous avez des solutions.

Dr Laurence LEROYER.- Nous avons le même problème de tarification avec la curiethérapie et dans la mesure où nous sommes un établissement de soins nous avons dû passer à la T2A. Nous perdons actuellement 500 € par patient, les caisses locales nous répondant qu'elles ne peuvent pas aller au-delà de ce qui n'existe pas, donc pour l'instant nous n'avançons pas s'agissant de la tarification. Il serait bon que l'information remonte au Ministère puisque seules sont à la LPP les curiethérapies de prostates, les sources de césium utilisées pour la curiethérapie n'étant absolument pas facturées.

M. Gérard PARMENTIER.- Concernant la curiethérapie et le système d'autorisations, un décret fait l'objet d'une pré-concertation, décret selon lequel seules 4 (et non plus 5) sous-autorisations seront gérées dans le cadre de l'activité de soins pour le traitement du cancer - ce qui à notre avis est une bonne chose parce que l'on n'avait pas travaillé spécifiquement sur la curiethérapie. La curiethérapie et la radiothérapie ont en effet été rassemblées.

Mme Anne VITOUX.- Rien n'a été décidé en ce qui concerne la relation avec la T2A, etc.... dans le cadre du décret.

M. Gérard PARMENTIER.- Oui, c'est bien avec la Mission T2A qu'il faudra trouver une solution.

J'aimerais poser une question à M. Ferrer concernant l'action qu'il mène, qui est un sujet d'actualité. Un problème fondamental se pose : pourquoi avancez-vous seuls alors que des engagements avaient été pris par ailleurs ?

M. Patrick FERRER.- Il faut reconnaître s'agissant des engagements pris par ailleurs que c'est la Mission Cancer qui a beaucoup fait avancer la Convention Belorgey, mais pour nous ce n'était pas encore assez en tant que malades ; il fallait aller beaucoup plus loin.

De plus, le positionnement est un peu particulier. En effet, la **Convention Belorgey** s'applique à tous les risques aggravés, mais il a été considéré que les malades du cancer étaient un peu à part dans la mesure où nous avons quelque chose que les autres n'ont pas : la rémission, qui concerne en France environ 1 200 000 personnes. Il était à mon avis nécessaire de les aider pour qu'elles puissent reprendre leur vie, le cancer devenant parfois chronique. Elles doivent pouvoir entre temps vivre normalement. Nous avons donc trouvé des solutions pour les aider, à travers l'action pilote que nous avons menée en Région Rhône-Alpes, et nous avons organisé une conférence de presse le 31 janvier à Paris pour annoncer son extension dans toute la France.

Nos affiches seront disponibles chez Roche à partir de la mi-février et nous passerons dans une douzaine de villes de France d'une certaine importance pour annoncer le plus que nous apportons par rapport à la Convention Belorgey, qui fait l'objet de beaucoup de discussions. Nous ne savons pas si elle va

rester telle quelle, si l'Etat va légiférer, etc...., mais je crois que la loi n'est pas toujours la bonne solution. Par exemple, l'assurance qui a le moins assuré les malades dans le cadre de la Convention Belorgey est la CNP, qui est détenue par la Caisse des Dépôts, La Poste et les Caisses d'Epargne, et on aurait pu aller beaucoup plus loin dans ce cadre si elle avait donné l'exemple.

Dr Raymond DESPAX.- Je suis oncologue médical à Toulouse. J'ai vu comme beaucoup de collègues oncologues ici ce matin, avec satisfaction, les radiothérapeutes avoir le sourire. Il faut maintenant que l'on puisse terminer l'année 2006 en en voyant un sur le visage des oncologues médicaux.

Je me tourne volontairement vers les personnes de l'INCa et de l'Assurance Maladie. Il a été clairement dit par plusieurs orateurs et notamment par le Dr Achille qu'il fallait vraiment que nous ayons des signes d'encouragement pour l'**oncologie médicale** en France dans les mois qui viennent. C'est une vraie urgence, à deux niveaux, et notamment par rapport au manque de reconnaissance vis-à-vis de ce que nous faisons. L'Assurance Maladie s'est beaucoup engagée sur les médicaments, et tant mieux, des innovations ayant été apportées, notamment avec le contrat de bon usage, etc...., mais n'oublions pas ceux qui les prescrivent, surveillent leur efficacité et assurent les coups durs en cas de complications, etc.... Nous avons besoin de reconnaissance en tant qu'hommes engagés sur le terrain dans nos provinces.

La nomenclature - c'est primaire et terre à terre - est le nerf de la guerre pour la profession, l'évolution étant très claire sur vingt ans. Il est stupéfiant de voir que les oncologues médicaux sont rémunérés à partir d'une nomenclature en K, comme les chirurgiens, celle-ci n'ayant pas du tout évolué depuis vingt ans ; elle est donc complètement obsolète. Nous avons fait des propositions et il faudrait qu'en 2006 l'Assurance Maladie réponde à celles-ci de façon très concrète pour que nous puissions recruter les jeunes oncologues, qui actuellement sont très frileux lorsque des installations en libéral leur sont proposées, par manque de visibilité. Toute entreprise libérale a besoin de visibilité à long terme - cela a été dit pour la radiothérapie - pour se positionner, investir et se lancer dans l'aventure de l'installation libérale.

J'aimerais savoir par les personnes de l'INCa ou de l'Assurance Maladie ici présentes si des contacts concrets sont en cours pour relancer ce débat sur l'évolution de la rémunération des oncologues médicaux, car il y a urgence en la matière. Défendre les médicaments est une bonne chose, mais n'oubliez pas les médecins qui s'en occupent.

Dr Michel MARTY.- Je fais partie de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Je ne m'occupe plus de nomenclature, ce qui me met relativement à l'aise pour répondre. Vous savez que le projet auquel M. Bürki a fait allusion a été mis en place avec des représentants de l'Assurance Maladie, la CCAM étant clairement concernée par les négociations conventionnelles qui ont com-

mencé depuis une semaine. Je pense donc qu'une écoute et un échange sont en cours.

M. Gérard PARMENTIER.- Le Cabinet ayant été efficace pour la radiothérapie, nous le sollicitons en permanence pour que, dans une prochaine étape, ce soient les médecins qui s'occupent des médicaments, qui soient pris en considération. Nous faisons appel au Cabinet du Ministre car nous n'obtenons rien, ni de la CNAM, ni paradoxalement de l'INCa.

Dr Raymond DESPAX.- Le pouvoir d'achat moyen d'un oncologue médical a baissé de 30, voire de 40 % en vingt ans étant donné la stabilité de la nomenclature que j'ai évoquée, alors que les contraintes n'ont fait qu'augmenter. C'est un sujet très sensible. Nous ne pourrions pas rester en France une centaine (voire 200 maximum) d'oncologues médicaux pour nous occuper de 50 % des chimiothérapies sur le territoire national. Il est impensable qu'une telle situation perdure. Il faut pouvoir parvenir à un rééquilibrage entre les hôpitaux publics et les centres anti-cancéreux, les oncologues médicaux ayant les mêmes statuts, les mêmes carrières et les mêmes rémunérations que les oncologues radiothérapeutes. Il serait donc logique que dans le libéral ils soient à peu près équivalents en termes d'attractivité.

A pénibilité de métier clairement identifiée, la rémunération doit être suffisante, tout simplement pour assurer la pérennité de cette spécialité au sein des établissements. Tant mieux si la radiothérapie avance, mais essayons ensemble de faire avancer aussi l'oncologie médicale pour que ces deux versants de l'oncologie puissent mieux travailler ensemble et bien sûr afin que nous puissions mieux soigner nos patients.

Dr Michel MARTY.- L'évolution de la radiothérapie a eu lieu après une enquête de l'Assurance Maladie sur cette dernière, et la semaine prochaine il en paraîtra une sur la chimiothérapie anticancéreuse. Souhaitons qu'elle ait les mêmes conséquences. Nous présenterons le 19 janvier à la presse une partie de cette enquête.

M. Gérard PARMENTIER.- Je crois savoir que tous les médecins la recevront le 20 ?

Dr Michel MARTY.- En effet, toutes les personnes ayant participé à l'enquête recevront le rapport de synthèse, plus les fédérations, les institutions, etc.... Environ 3 500 exemplaires seront distribués.

Mme Françoise BLANC-LEGIER.- Qu'en est-il de la signature du **contrat de bon usage** par la caisse de Sécurité Sociale ?

Dr Michel MARTY.- La loi de finances de la Sécurité Sociale a prévu dans un article que le contrat de bon usage serait co-signé par un représentant de

l'Assurance Maladie. Nous sommes en train de rédiger les circulaires avec le Ministère puisqu'il doit en faire paraître une sur l'application du décret relatif au contrat de bon usage afin de mettre en place justement cette co-signature par un représentant de l'Assurance Maladie. Nous y travaillons.

Mme Françoise BLANC-LEGIER.- Si l'on part de l'adage « qui paie commande »... Quel serait son rôle ?

Dr Michel MARTY.- La personne qui co-signe un contrat est forcément impliquée dans ce dernier ; elle jouera donc pleinement son rôle.

Dr Bernard COUDERC.- S'agissant des interventions de ce matin, notamment celle du Dr Achille et du Dr Caldérol, le vieux cancérologue que je suis dit avec eux que nous n'avons pas attendu le Plan Cancer - auquel certes nous souscrivons, et nous attendons aussi beaucoup de l'INCa - pour savoir parler aux patients, même si beaucoup d'entre nous ont encore certainement des progrès à faire. Les professionnels que nous sommes vivent souvent mal le fait que l'on a l'impression d'inventer quelque chose qui n'existait pas du tout avant, et quand on travaille depuis plus de 35 ans en cancérologie on apprécie que ce soit dit.

Je suis préoccupé par la dépendance aux OMIT et voudrais savoir ce qu'ils vont devenir. J'estime qu'ils doivent rester des organes d'observation, de créativité et d'invention au service des professionnels. Vont-ils passer sous le contrôle complet de l'Etat et des ARH ?

Je voudrais remercier M. Bouvier et surtout le réseau Oncolor, qui a été un modèle pour tous ceux qui se sont mis en place et en tout cas pour celui que je préside en Midi-Pyrénées. C'est grâce à Oncolor que nous avons très vite avancé dans ce domaine, et je pense que les travaux menés par l'INCa vont aussi faire progresser le travail des réseaux à travers le cahier des charges.

Je voudrais dire au Dr Mahot que j'ai été un peu surpris qu'il ait un problème juridique avec les autorisations d'équipements lourds dans les cliniques privées. Je suis PDG d'une clinique et aussi radiothérapeute et membre d'un centre de radiothérapie et je pense qu'aucun problème ne se pose. Que les autorisations soient données à l'établissement ou au spécialiste radiothérapeute ou imageur, tout se règle de façon contractuelle.

Je ne vois pas où est le problème dans un établissement comme le nôtre, qui est géré par des médecins qui sont aussi actionnaires et entrepreneurs, sachant que les autorisations sont certes données à une personne physique ou morale, mais pour un établissement donné.

J'estime donc que c'est un problème qu'il n'est pas nécessaire de soulever à l'heure actuelle, d'autant que les radiothérapeutes vont avoir accès au PMSI et que, dans ce cadre, ils seront de fait reconnus comme des établissements de

santé qui dispensent des soins à titre ambulatoire. Je vous dis donc tout à fait amicalement que pour moi aucun problème juridique ne se pose concernant les autorisations en matière d'imagerie médicale ou de radiothérapie.

Dr Philippe MAHOT.- Je parlais de l'imagerie médicale.

Dr Bernard COUDERC.- Alors oui, sur ce sujet, l'accès à des scanners de qualité, correctement financés, par exemple, oui, il y a des problèmes à résoudre.

Mme Muriel DAHAN.- S'agissant des **Omedit**, l'indépendance entre l'observation et d'éventuelles sanctions ou décisions administratives est bien une exigence du cahier des charges tel que nous l'avons rédigé avec Christian Riche, sachant qu'il va figurer en annexe de la circulaire qui devrait bientôt être diffusée ; je crois d'ailleurs que les ARH l'ont déjà eue. Bien que dans cette version il soit très réduit, cela correspond vraiment à ce qui est imposé aux ARH et aux différents responsables du circuit du médicament sur le plan régional et dans les établissements. L'esprit dans lequel doivent être mis en place les observatoires correspond bien à une indépendance scientifique, avec une séparation, physique ou non, entre l'ARH et eux, étant entendu que les observatoires sont bien sous la responsabilité des ARH et que ce sont elles qui décident de leur mise en place.

Pr Christian RICHE.- Les observatoires seront ce que vous en ferez. Il est extrêmement important que les médecins et pharmaciens travaillent dans ces derniers ; c'est capital.

Dr Philippe BERGEROT.- C'est un bon et intéressant sujet. Hélas, le temps passe. Nous reparlerons de tout cela à table.

Le Dr Espagno, qui n'avait pas pu ouvrir les débats, va clore celui-ci et la matinée.

Dr Christian ESPAGNO.- Merci Philippe. Je vous prie encore une fois de bien vouloir m'excuser pour mon retard. A ce sujet, je pense qu'un certain nombre de personnes, dont je fais partie, n'ont pas eu la chance d'entendre les avancées annoncées par le représentant du Ministre, et je crois qu'une petite synthèse sera faite en tout début d'après-midi pour ceux qui, comme moi, étaient absents.

Je remercie l'ensemble des orateurs et intervenants pour la qualité et la clarté de leur propos. C'est un lieu commun de dire que dans le domaine de la prise en charge du cancer, comme d'ailleurs dans celui de toute l'offre de soins en France, nous sommes en train de vivre depuis quelques années une profonde mutation.

Il me semble que cette mutation relève de deux grands axes et tout d'abord des attentes de la population. Il est évident que celles-ci ont fondamentalement changé de nature depuis un certain nombre d'années et que nous devons obligatoirement nous adapter à ces attentes. Par ailleurs, on peut, sur le plan organisationnel, résumer cette profonde mutation par un véritable phénomène d'éclatement des barrières dans le domaine de l'hospitalisation ou des soins de ville et s'agissant des différents statuts des établissements, et toutes les évolutions tarifaires à venir en sont la preuve.

Tout cela, comme d'habitude en France, se fait par paliers et par à-coups. On n'est pas capable d'avancer régulièrement ; ce n'est pas pour rien que l'on a fait la révolution de 1789. C'est ainsi et il faut s'habituer à ce genre de chose.

De même, toujours comme d'habitude en France - c'est notre tradition jacobine qui le veut -, cette profonde mutation déclenche une avalanche de textes, de lois, de circulaires, de décrets, etc.... dans lesquels on a beaucoup de mal à se reconnaître et qui sont parfois contradictoires ou en tout cas certainement pas synchronisés les uns par rapport aux autres. Je voudrais en dernier lieu rappeler la phrase de Montesquieu dans « L'esprit des lois » : « *Trop de lois inutiles affaiblissent les lois nécessaires* ». Mais c'est bien un des thèmes de nos Rencontres et nous allons y réfléchir tout au long de cet après-midi.

Je vous remercie.

(Applaudissements)

La séance, suspendue à 12 h 45, est reprise à 14 h 10.

-II-

L'administration de la santé par l'Etat

Comment fonctionne une économie administrée ?

Quelques clefs pour comprendre

Président : Dr Bernard COUDERC
Modérateur : M. Gérard PARMENTIER

Dr Bernard COUDERC.- Nous avons invité pour parler de ce sujet plusieurs partenaires prestigieux :

- **M. Philippe GALY**, ancien PDG de la Société Nationale Corse Méditerranée et Maire adjoint de Boulogne-Billancourt. Il a écrit plusieurs ouvrages, notamment « Gérer l'Etat : corriger la déviation bureaucratique (l'administration nouvelle) », en 1977, et « Service public : pourquoi ça coince ? », en 2005.
- **M. Michel CROZIER**, membre de l'Académie des sciences morales et politiques et fondateur du Centre de sociologie des organisations (CSO). Il a lui aussi publié de nombreux ouvrages et notamment « Le phénomène bureaucratique », en 1964, « La société bloquée », en 1970, « L'acteur et le système », en 1977, et « L'entreprise à l'écoute : apprendre le management post-industriel », en 1989.
- **M. Jean de KERVASDOUE**, ancien Directeur des hôpitaux. Il est titulaire de la chaire d'économie de santé au Conservatoire National des Arts et Métiers. Il a publié « Les carnets de la France », en 2002, 2003 et 2004, « La crise des professions de santé », en 2003, et « L'hôpital vu du lit », en 2004, dont un excellent extrait est paru dans un journal national que tout le monde a lu avec intérêt.
- **M. Jean-Philippe MOUSNIER**, sociologue Directeur associé du Cabinet Sisyph, responsable du programme de recherche EDDIE (évaluation, intelligence économique et développement durable). Il est aussi administrateur de l'Association Française pour le Développement de l'Intelligence Economique et membre de la Commission de certification des établissements de santé de la HAS.
- **M. Patrick VIVERET**, philosophe et conseiller référendaire à la Cour des comptes. Il a publié « L'évaluation des politiques et des actions publiques. Propositions en vue de l'évaluation du Revenu Minimum d'Insertion », en 1989, et « Reconsidérer la richesse » - tout un programme ! -, en 2002.

Merci Messieurs pour avoir accepté de répondre à notre invitation et merci pour les éclairages que vous allez nous apporter. Le sujet que nous vous proposons d'aborder est un sujet difficile pour nous. Nous subissons, mais nous manquons souvent d'outils, de connaissances pour comprendre et pour agir. Nous sommes souvent inquiets face à la vulnérabilité de nos pratiques envers ces phénomènes bureaucratiques que vous connaissez bien.

C'est avec beaucoup d'attention que nous allons vous écouter.

Je donne la parole à M. Philippe Galy.

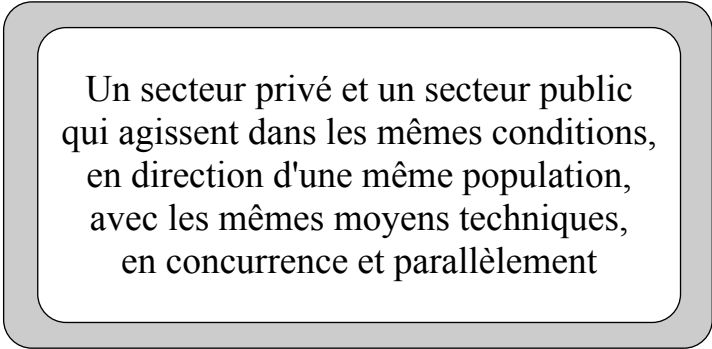
↳ M. Philippe GALY

Je suis très honoré d'être devant cette assistance très spécialisée dans un domaine que je ne connais pas très bien, mais j'ai cru comprendre grosso modo que votre secteur, comme les autres secteurs économiques et sociaux, avait, avec la puissance publique, deux relations distinctes.

Tout d'abord, comme beaucoup d'autres secteurs d'activité en France et ailleurs, vous êtes sous la tutelle de l'Etat, donc sous son pouvoir régalién, c'est-à-dire celui des lois, et j'ai compris ce matin qu'elles étaient trop nombreuses, ainsi que les textes d'application.

Par ailleurs, votre secteur se trouve agir en parallèle et en concurrence (le secteur public a horreur du terme, mais c'est la vérité) avec le secteur public.

Ce sont, me semble-t-il, les deux caractéristiques de votre secteur.



Un secteur privé et un secteur public
qui agissent dans les mêmes conditions,
en direction d'une même population,
avec les mêmes moyens techniques,
en concurrence et parallèlement

Pour ma part, je ne peux pas beaucoup me prononcer sur le premier, car je ne suis pas très spécialisé dans les affaires dont vous avez traité ce matin, mais je pense notamment que Jean de Kervasdoué, qui est orfèvre, comprend bien ce patois spécialisé.

Pour ma part, en revanche, je suis assez intéressé par l'autre aspect, c'est-à-dire un secteur privé et un secteur public qui agissent dans les mêmes conditions, en direction d'une même population concernée, avec les mêmes moyens techniques, en concurrence et parallèlement.

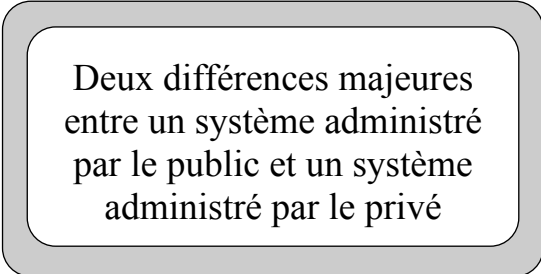
C'est un sujet que je connais un peu mieux. Dans ma vie, j'ai été en permanence dans le secteur public. J'ai eu, trois fois au cours de celle-ci, à agir dans des secteurs où opéraient à la fois le privé et le public, rigoureusement dans les mêmes conditions techniques. Je pense tout d'abord au logement social, où le secteur public opère avec les offices de HLM et le secteur privé avec le 1 %

et les sociétés privées de HLM, soit deux modes de fonctionnement : l'un presque entièrement privé et l'autre public.

Ensuite, j'ai été chargé par la Ville de Paris d'un certain nombre de disciplines urbaines qui correspondaient en fait à des industries de services (l'industrie de l'eau potable et usée, avec des procédés et prestations énormes) et au secteur de la propreté urbaine et des déchets. On y trouve côte à côte le privé (les sociétés) et le public, c'est-à-dire ce que l'on appelle « la régie », qui agissent en concurrence avec les mêmes matériels, les mêmes qualifications, les mêmes objectifs et les mêmes contraintes.

Enfin, j'ai eu l'occasion d'exercer les fonctions d'armateur public en Méditerranée à la tête de la SNCM, dont la caractéristique est, entre autres, qu'elle travaille en concurrence avec un secteur strictement privé qui fait rigoureusement la même chose, dessert les mêmes ports et la même population, avec la même météo et les mêmes navires.

Ces trois repères m'ont donné à réfléchir. C'est la raison pour laquelle j'ai publié le livre « *Service public : pourquoi ça coince ?* » auquel il a été fait allusion ; livre que j'ai rédigé en pensant notamment à ces comparaisons du secteur public et du secteur privé, concurrençant et agissant ensemble côte à côte dans des domaines rigoureusement identiques.



Deux différences majeures
entre un système administré
par le public et un système
administré par le privé

Je n'ai pas beaucoup de culture s'agissant de votre secteur, mis à part d'être malade de temps à autre, et j'ai, en prévision de cette réunion, lu le livre de Mme Vasseur¹ « *L'hôpital public va mal* », message qui a le mérite d'être assez clair. Par ailleurs, j'ai du point de vue du malade, dans votre spécialité, lu un petit livre très attachant, « *Coup de tabac* », de Philippe Loffredo², qui ra-

¹ Note UNHPC : Véronique Vasseur ; *L'hôpital en danger* ; Editeur : J'ai Lu (12 Mai 2006) ; Poche : 189 pages ; ISBN : 2290354201

Médecin à l'hôpital Saint-Antoine à Paris, Véronique Vasseur a publié "Médecin-chef à la prison de la Santé" en 2000. Elle décrit ici le quotidien d'un service de médecine interne.

² Note UNHPC : Philippe Loffredo ; *Coup de tabac* ; Editeur : Calmann-Lévy (9 Février 2005) ; 209 pages ; ISBN : 2702135498

Dix-huit mois d'une épreuve - le cancer.

conte son passage dans le secteur qui est le vôtre. Là s'arrête ma documentation personnelle sur votre secteur, mais je peux vous décrire le plus succinctement possible les deux différences majeures qui existent entre un système administré par le public et un système administré par le privé.

J'ai en effet repéré deux virus qui font que dans le secteur public, par comparaison avec le secteur privé, cela ne fonctionne pas de la même façon, voire pas du tout. Je vais prendre comme comparaison pour m'exprimer la conduite automobile.



Le phénomène de l'accélérateur bloqué

La première caractéristique d'une organisation publique, après quarante ans de pratique, est le phénomène de l'accélérateur bloqué. Dans le secteur public, pour des raisons qui pourront éventuellement être détaillées, on peut toujours accélérer, mais si on lève le pied la pédale reste coincée, c'est-à-dire que l'on dépense toujours plus et que l'on ne peut pas physiquement dépenser moins, pour de nombreuses raisons. C'est pourquoi le budget de tout Ministère est toujours en croissance et que la discussion budgétaire ne porte que sur le taux de croissance de la dépense publique.

Il y a à cela des causes intimes, propres à chaque organisation, le phénomène n'étant pas aussi grave selon les différentes organisations. Par exemple, on peut dire que - je suis adjoint au Maire de Boulogne-Billancourt - l'on arrive mieux à maîtriser la dépense dans une commune de 100 000 habitants que dans un Ministère qui compte plus d'un million de salariés comme l'Education Nationale.

Ce phénomène de l'accélérateur bloqué se traduit pratiquement par le fait que l'on ne peut plus adapter sa ressource à son besoin ni à la nécessité du moment.

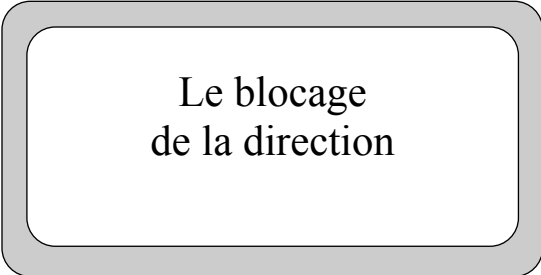
Pourquoi ce phénomène d'accélérateur bloqué et d'irréversibilité de la dépense ? Il est dû à trois tabous qui existent dans le secteur public - c'est le moment où généralement je me fais accuser d'être très réactionnaire, mais il faut bien dire la vérité - trois tabous intangibles qui sont portés par les syndicats :

- Le plus significatif concerne les effectifs. Il est interdit d'en parler dans une négociation avec les syndicats du secteur public. Les exemples foison-

ment. Tout le monde sait que la SNCF ferait le même travail avec la moitié de ses 170 000 agents, et elle n'est d'ailleurs pas la seule dans ce cas. Il en va de même en Allemagne et au Japon. On sait très bien évaluer à peu près l'effectif souhaitable mais il est interdit de parler de réductions d'effectifs dans une organisation publique.

- Un autre principe maintient l'accélérateur bloqué. Il s'agit d'un autre tabou syndical : l'égalitarisme. Pour faire simple, on ne peut pas récompenser les bons et pénaliser les « tocards » ; tout le monde est égal. Je respecte d'ailleurs personnellement cette doctrine syndicale qui dit que l'on n'a pas à partager les pouvoirs et l'appréciation du patron, mais à partir du moment où il est interdit de moduler des stimulations positives et négatives en fonction de l'intérêt du service, il est bloqué et on ne peut pas faire de gains de productivité, entre autres, ni se débarrasser de ceux qui ne font rien, cet égalitarisme ayant, de surcroît, un effet pervers accessoire : il décourage les bons. Vient un moment où même les plus zélés et enthousiastes finissent par se fatiguer de travailler beaucoup plus et d'être traités comme ceux qui ne travaillent pas du tout.
- Enfin, le pire de tout est l'irréversibilité des avantages acquis. Il n'est pas permis de dire, dans une organisation publique, que dans les années glorieuses on a fait un certain nombre d'avancées mais que maintenant c'est la crise, avec une concurrence et une restriction des ressources, qu'il faut absolument s'adapter aux besoins et que pour cela il faut remettre en cause ce qui était convenu, ce qui d'ailleurs ne passe pas nécessairement par des baisses de salaire. Il peut par exemple simplement s'agir de faire fonctionner un seul atelier à la place de deux en modifiant l'organisation du travail. On ne discute pas de cela ; sinon on va au conflit.

Ces trois catégories de blocages se traduisent par le phénomène de l'accélérateur bloqué ; la pédale ne peut jamais remonter. C'est le premier problème de gestion du service public comparé à une organisation privée.



Le blocage de la direction

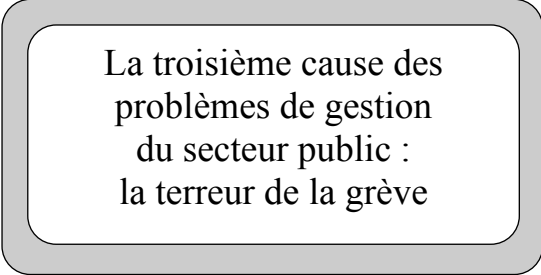
Je vais décrire un deuxième phénomène par référence à un véhicule : le blocage de la direction. L'accélération est irréversible, ce qui veut dire que vous

prenez sans arrêt de la vitesse en termes de dépenses, mais, quelle que soit la vitesse, il faut piloter avec le volant, c'est-à-dire donner des inflexions pour pouvoir changer le cap. On le fait dans les ménages, en tant qu'individus, dans les associations, dans les grandes, moyennes et petites entreprises privées, mais dans le public c'est impossible. Pourquoi ?

La principale cause de ce blocage de la direction - c'est une observation qui me vaut là encore d'être traité de réactionnaire, mais il faut l'assumer - est l'hypertrophie syndicale dans les organisations publiques. Les syndicats y sont présents en beaucoup plus grande proportion que dans le secteur privé, au moins trois fois plus par rapport aux salariés, et l'institutionnalisation du pouvoir syndical y est beaucoup plus forte.

On connaît dans le secteur privé les Comités d'Entreprise, les délégués du personnel, etc., mais dans le secteur public c'est beaucoup plus fort. Il s'agit au minimum d'une cogestion. Un cas type est que les mutations du personnel doivent être soumises au syndicat. Mais, il y a déséquilibre des forces entre les deux cogérants, à tel point qu'en fait c'est le syndicat qui décide. C'est le cas pour l'Education Nationale, où les nominations sont annoncées et éventuellement décidées au préalable par le syndicat. Il faut tenir compte de cette hypertrophie de fait, qui bloque les initiatives de la direction quand elle veut faire des choses simples. Par exemple, il existe en général dans le secteur public un taux d'absentéisme qui est sans comparaison avec celui constaté dans le privé ; il est double ou triple à profession comparable.

Pour résorber l'absentéisme, on est fatalement obligé de faire des choses désagréables, et là on rencontre l'objection syndicale. Le syndicat dit que l'on accuse des personnes, que cela ne se passera pas comme cela et que, si elles ne sont pas là, c'est qu'elles sont malades, ce qui veut dire qu'elles sont fatiguées, ce qui est donc de la faute du patron. C'est un exemple de sujet délicat.



La troisième cause des
problèmes de gestion
du secteur public :
la terreur de la grève

Je vais maintenant évoquer le cas de la SNCM. Un article extrêmement vif est paru dans « Le Parisien ». Le journaliste, bien informé, a révélé des fraudes et pillages institutionnels qui ont contribué au déficit gravissime de cette société. C'était un pillage organisé et connu, mais on n'a jamais pu - en tout cas je ne suis pas resté assez longtemps - éclaircir ces fraudes, qui consistaient notam-

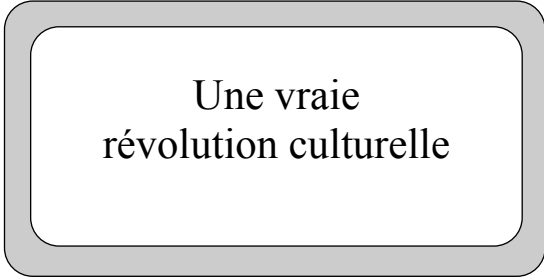
ment en pillage des approvisionnements, parce qu'il fallait préserver la paix sociale. Malheur au dirigeant d'une entreprise publique qui, parce qu'il veut mettre de l'ordre dans sa boutique, aboutit à une grève ! Il se fait immédiatement pulvériser par sa hiérarchie qui lui dit qu'il est un maladroit et que le dialogue social et la paix sociale passent avant tout. Pour les pillages, on lui dit de se débrouiller autrement, car la troisième cause des problèmes de gestion du secteur public, c'est la terreur de la grève.

La surpuissance de la grève est énorme dans le secteur public étant donné ses conséquences. L'exemple le plus flagrant est celui des transports. C'est quand on met des centaines de milliers de personnes sur les quais du fait d'un mouvement de grève à la SNCF ou à la RATP, sans commune mesure avec les revendications, qui sont parfois fantaisistes. Le dernier thème de la grève nationale à la SNCF était « *Halte à la privatisation rampante* », le pays ayant été bloqué à cause de cela pendant deux, trois ou quatre jours. Il existe une disproportion entre l'objet de la grève et ses conséquences. C'est une énorme faiblesse dans le secteur public, les dirigeants quels qu'ils soient, de gauche ou de droite, quel que soit leur rang, ayant la terreur de la grève. C'est la raison pour laquelle on n'arrive pas à faire voter la loi sur le service minimum, qui mettrait en cause le plus tabou de tous les tabous.

L'actuelle majorité est arrivée après avoir piétiné dans l'opposition pendant tout le gouvernement Jospin, se souvenant des grèves de 1995 qui avaient mis par terre le Gouvernement Juppé, et donc dans sa période d'opposition, l'actuelle majorité a produit plusieurs projets de loi sur le service minimum. Mais le nouveau Gouvernement, à peine arrivé, a immédiatement rétrogradé. Il a réussi en trois ans à faire en sorte qu'aucune loi ne paraisse sur la grève. Des accords ont été conclus, notamment le fameux accord avec la SCNF, qui a été violé quinze jours plus tard. Le fait est que la seule crainte de la grève empêche le législateur de légiférer sur celle-ci.

C'est un autre phénomène du blocage de la direction du véhicule, et, en raison de tous ces blocages, la gestion publique est extrêmement difficile. Il faut vraiment avoir beaucoup de ténacité et parfois un bon concours de circonstances pour arriver à faire quelque chose, mais on y arrive parfois.

Toujours est-il que le total de tout cela est que le grand défaut - c'est mon appréciation de la gestion publique - est qu'entre l'accélérateur bloqué et la direction bloquée, on ne s'adapte plus aux besoins de la société. Quand on voit les mutations qui ont affecté la population, nos méthodes de travail et notre histoire en trente ans, on se rend compte que l'adaptation aux problèmes est l'impératif premier du service public... Les banlieues sont pour moi un cas type. Voilà un phénomène que l'on ne connaissait pas il y a trente ans, mais que l'on a vu venir, puis que l'on a décrit vingt ans à l'avance et qui nous explose au nez parce que nos services publics fondamentaux n'ont pas su s'adapter.



Une vraie révolution culturelle

Le résultat est qu'un vrai problème de gestion publique se pose.

Je ne crois pas que le temps imparti me permette de vous annoncer que c'est bientôt fini mais je le crois sincèrement, parce qu'il s'est produit depuis trois ou quatre ans un certain nombre de phénomènes, et des décisions positives ont été prises, mais je ne rentrerai pas dans ce sujet. Dommage, car je pourrais vous faire pleurer d'attendrissement sur la « LOLF » (Loi d'Orientation relative aux Lois de Finances) qui est une vraie révolution culturelle.

Un certain nombre de réformes très importantes sont passées en silence sans que la population n'y comprenne rien, ce qui d'ailleurs est normal, et des révolutions se sont produites, par exemple en ce qui concerne les marchés publics. Des révolutions auront lieu en matière de fonction publique, progressivement, et accessoirement un certain nombre de contraintes européennes feront que l'on sera obligé de s'aligner. On voit le bout du tunnel grâce aux réformes qui ont fini par être élaborées progressivement et aux contraintes de la discipline européenne.

L'exemple le plus récent que je puisse citer est la transformation du statut de La Poste, qui devient une banque de plein exercice. Cette transformation de statut était indispensable à la réforme de La Poste, qui était un des secteurs les plus rétrogrades de France. Cette modernisation est en cours malgré les invectives et fureurs syndicales.

Je vous ai fait une description catastrophique, mais je peux vous dire que je crois sincèrement que le bon traitement arrive et que nous serons bientôt guéris !...

(Applaudissements)

M. Gérard PARMENTIER.- Nous vous proposons d'écouter nos trois premiers conférenciers et de tenir ensuite un premier débat. La nature des deux dernières interventions étant un peu différente, un débat final aura lieu après celles-ci.

Certains d'entre vous m'ont déjà posé la question : pourquoi avoir fait appel à M. Galy ? Tout le monde ne connaît pas l'histoire. Lui, oui, j'en ai bien sûr parlé avec lui. En fait, j'ai eu froid dans le dos quand j'ai lu l'article paru dans « Le Monde » sur la SNCM, car à chaque ligne, je me suis dit qu'il parlait de nous. Je l'ai fait figurer - les adhérents le savent - dans la revue de presse que nous faisons tous les lundis matin en me demandant ce qu'ils allaient dire et j'ai eu un certain nombre d'échos en retour d'adhérents qui m'ont dit que j'avais eu raison de faire figurer cet article car "il parle de nous".

Quand j'ai dit cela à M. Mousnier il m'a répondu que cela n'avait rien à voir - nous pourrions l'interroger tout à l'heure - . Jean de Kervasdoué nous expliquera peut-être ainsi que la grève est chez nous un moyen de gestion ? Pour reprendre le mot du Président ce matin, nous ne sommes pas là pour avoir un débat sur le public et le privé. Alors pourquoi M. Galy ?

Avant de l'appeler, j'ai lu son livre. Je vous engage d'ailleurs à le lire, comme tous ceux de nos prestigieux orateurs. On retrouve dans la première partie, en détail, tout ce qu'il vient de nous dire ainsi que de nombreuses explications de responsables du service public, qui disent pourquoi cela coince.

C'est un peu « on rase gratis » dans la deuxième partie du livre. La réforme arrive, avec des arguments tout à fait convaincants, y compris techniques, sur la nouvelle loi sur le financement, etc...., et je me suis demandé quand il allait parler de nous, mais il ne le fait pas...

M. Galy m'a dit très vite, quand je l'ai appelé, qu'il ne connaissait rien à la santé et, de façon tout à fait impolie, du tac au tac, je lui ai répondu que je le savais car j'avais lu son livre. Il m'a dit « Et alors ? ». Je lui ai répondu : « Je sais que vous ne connaissez rien à la santé puisque vous décrivez des réformes très importantes de services publics qui ont su se renouveler et qui ont fait un travail remarquable - et il en donne des exemples indubitables - mais que vous n'avez trouvé aucun exemple dans le domaine de la santé. Sachant que nous avons au contraire l'impression de faire l'histoire en marche arrière, vous auriez sans doute signalé notre "exception" ». Mais il nous fallait l'expérience du responsable que vous avez été. La question est "comment ça marche ?" pour comprendre, agir sans perdre notre âme.

Le but ici est clair, pour reprendre ce qu'a indiqué Bernard Couderc ce matin. Il est non pas de faire un débat sur le public et le privé mais de mieux comprendre les lois qui régissent nos concurrents - parce qu'après tout il vaut mieux les comprendre que les ignorer - et les logiques qui nous sont imposées, puisque l'Etat nous connaît mal et que nous voyons tous les jours, qu'en fait, il nous gère comme si nous étions comme eux, qu'il nous impose la même logique.

Les illustrations sont multiples. Cela conduit parfois à un débat stratégique entre nous. Je vais vous donner trois illustrations parmi d'autres - dont je suis té-

moins - par rapport au Conseil des Présidents à la FHP. La logique dominante des Directeurs de clinique n'est-elle pas de plus en plus externe, puisqu'il faut récupérer la prime qui passe, l'effet d'aubaine, pour boucler ses comptes au lieu de s'occuper du bon fonctionnement de la Clinique ? Cela donne lieu à un vaste et difficile débat au sein du Conseil des Présidents.

L'Etat nous a proposé une prime pour améliorer les relations sociales, mais la moitié de la salle a réagi de la façon suivante : « Nous sommes en plein qui-proquo. Nous sommes patrons et responsables de la qualité de nos relations sociales, l'Etat n'a pas à nous subventionner pour que nous les améliorions ! » Nous n'aurions pas eu la prime si nous avions refusé en disant que l'on se trompait et que ce n'était pas le sujet, et finalement, à une petite majorité, nous avons décidé de la solliciter.

Un autre exemple est l'emploi. Comment justifier une augmentation de nos tarifs cette année ? La seule question pour le Gouvernement est de développer l'emploi. Il faut donc que nous trouvions des raisons, bonnes ou mauvaises, en termes d'argumentation, pour dire que si on nous augmente nos tarifs nous allons développer l'emploi, ce qui n'a plus guère de relations avec la qualité des soins et du service rendu, ni avec l'efficacité que nous devons à nos concitoyens dans l'emploi des fonds qu'ils nous allouent...

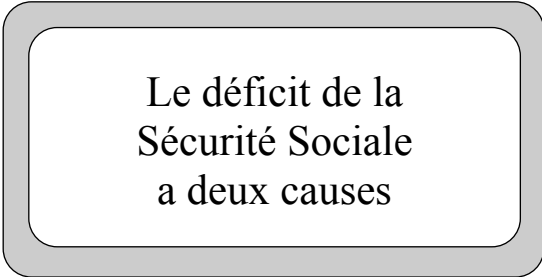
Je dis cela parce que nous avons un devoir de prudence, nous les petits. On ne dit plus que nous sommes « à but lucratif » parce que l'on a vu que cela ne nous faisait pas plaisir, et l'on nous appelle maintenant les « petits établissements ». Je vous rappelle, Monsieur Galy, que nous ne traitons "que" la moitié des patients atteints du cancer et plus de 75 % de la chirurgie. Ce n'est donc pas une question de taille. Le but est de comprendre la logique qui vient à nous. Vous nous dites qu'elle se réforme et qu'elle n'a pas d'avenir. Certes, mais aujourd'hui nous avons à la comprendre, à la maîtriser et à développer des bonnes pratiques en nous appuyant sur ce qui fonctionne, malgré l'accélérateur bloqué.

Merci de nous avoir si brillamment expliqué ces règles de fonctionnement qu'en fait nous découvrons. Il nous fallait l'expérience d'un praticien. Merci de l'avoir partagée avec nous.

M. Crozier nous fait l'honneur magnifique d'être parmi nous. Je m'excuse une fois de plus auprès de lui, car lui donner la parole pour vingt minutes est un gâchis. Il a néanmoins accepté ; grand merci à lui. Son expérience est considérable sur tous ces sujets. Je ne raccourcirai donc pas votre temps de parole, Monsieur Crozier, et si vous parlez un peu plus longtemps ce sera avec grand plaisir.

↳ M. Michel CROZIER

Je vous remercie. M. Galy a présenté un contraste formidable, en concluant un peu vite, à cause du temps imparti, que l'on est sur la bonne voie et que l'on va réussir à s'en sortir. Je vais non pas entrer dans ce débat mais essayer de vous présenter ce qui peut se passer de bien et quel problème cela pose.



**Le déficit de la
Sécurité Sociale
a deux causes**

Nous avons fait des études dans le monde hospitalier, même si ce n'était pas le centre de mes activités, sur des services hospitaliers. Ma vision d'ensemble est que le déficit de la Sécurité Sociale a deux causes : le développement de la médecine libérale, avec des problèmes comme celui de l'accélérateur bloqué, et l'organisation interne de l'hôpital public et un peu du privé, qui se trouve entraîné par la comparaison avec le public.

Ce déficit est dû à un système d'organisation archaïque qui est la caractéristique de l'économie administrée qui tend vers le système bureaucratique, c'est-à-dire que l'on ne se corrige pas en fonction de ses erreurs et que l'on est habitué à ne pas voir la réalité parce que l'on ne peut pas se corriger. Donc plus cela va mal, plus on refait ce qui entraîne au mal ; on recommence et on a beaucoup de mal à apprendre. Vous me direz que cela fonctionne tout de même et bien sûr ce n'est pas aussi mauvais que cela, mais on ne peut pas sortir d'un système stagnant.

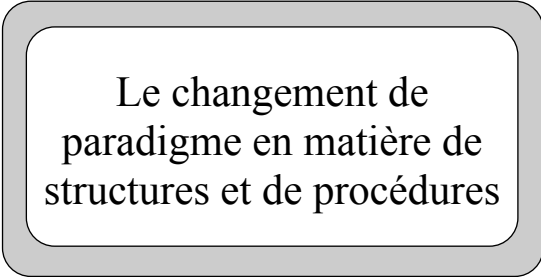
Deux problèmes me sont apparus centraux : celui de l'innovation et celui de l'intégration des différentes activités nécessaires pour un même but. Il n'y a plus un but dans un système hospitalier qui puisse être assumé par une seule spécialité et par un seul type de travail. Il faut que les personnes collaborent. Or ce sont des personnes différentes et il n'est pas facile de les faire collaborer.

Je voudrais faire une comparaison forte avec la transformation des entreprises privées internationales. Il faut se rappeler, par rapport à la façon dont le monde auquel on doit s'adapter évolue et change, que nous avons vécu long-

temps dans des systèmes tayloriens. On prévoyait d'avance et on appliquait dans le détail à partir de connaissances spécialisées.

Ce système s'adaptait par ce que j'ai appelé des pouvoirs parallèles, c'est-à-dire que les personnes, à leur niveau moyen ou subalterne, trouvaient des façons de s'adapter. Ce n'était pas dans les règles mais on s'arrangeait plus ou moins. La France était spécialisée en la matière. On se débrouillait, et si vous n'étiez pas capable de vous débrouiller vous n'étiez pas un bon professionnel. Les professionnels savent se débrouiller.

Il s'est produit dans les années 1980 un changement assez fondamental dans la théorie du fonctionnement des entreprises. C'est la découverte difficile qui est venue de la comparaison avec le Japon, qui gagnait à tout coup sur les points sensibles de compétition, et finalement les Américains se sont réveillés et ont mis en question le système sur lequel ils fonctionnaient. Donc, l'idée fondamentale est que nous sommes dans un monde de plus en plus complexe, qui demande la coopération de plus en plus de spécialités différentes et qui, par ailleurs, doit innover sans cesse. On y répond classiquement par la spécialisation des structures, qui sont de plus en plus complexes, avec des procédures, elles aussi, de plus en plus complexes.



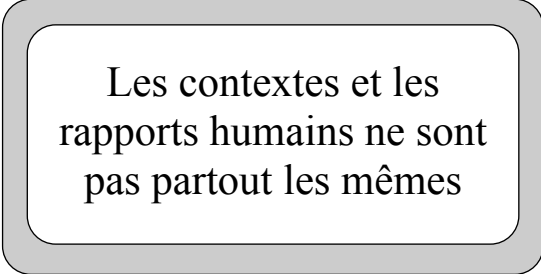
**Le changement de
paradigme en matière de
structures et de procédures**

On a découvert à ce moment-là, au début des années 1980, que les structures et procédures sont bêtes par définition et que seuls les êtres humains peuvent réaliser des changements, parce que le cerveau humain est capable de faire des choses différentes et éventuellement contradictoires et en tout cas de trouver des moyens d'adaptation. Les structures ne le peuvent pas, et les procédures empêchent les personnes de travailler plutôt qu'elles ne les aident. J'exagère bien sûr, mais c'est un renversement capital qui a abouti à un type de développement qui a sauvé les Etats-Unis, car dans les années 1980 ils étaient en récession. Helmut Schmidt était capable de faire la leçon aux Américains en leur disant qu'ils ne géraient pas bien leurs affaires. Les Européens le disaient aux Américains à ce moment-là, mais c'est maintenant complètement différent, comme vous le savez.

On a découvert que la meilleure solution aux problèmes de complexité est la simplicité des structures et des procédures. Cela vous paraît aberrant, et c'est

extraordinairement difficile, mais il faut travailler. C'est parce que l'on ne travaille pas que l'on ne réussit pas à trouver des structures et des procédures simples. On n'y parvient que très partiellement, mais le moteur s'est mis à tourner en sens inverse, et les changements sont considérables.

Mettre la LOLF en place n'est pas du tout simple. Il n'est même pas certain que l'on y parvienne, mais il faut espérer que ce sera un peu le cas. C'est extraordinairement difficile parce que les personnes concernées en France n'y travaillent pas. Elles ne sentent pas qu'il est possible de faire simple. Elles sont habituées, chacune dans leur spécialité, à faire compliqué.



Les contextes et les
rapports humains ne sont
pas partout les mêmes

Je vais vous donner trois exemples :

- Le premier est très vague et très général et correspond un peu à ce que M. Galy a dit. Un très grand nombre de métiers et d'activités très différents sont concernés par les problèmes hospitaliers. Le premier travail que nous avons fait était à la demande de l'Assistance Publique de Paris : il a consisté à choisir quatre services très différents les uns des autres pour y étudier **les rapports entre les personnes**.

Il est apparu de façon absolument extraordinaire qu'il ne s'agissait pas du tout de la même chose. Or, le système de l'Assistance Publique prétend diriger tout cela sans connaître ces différences. D'ailleurs, elle avait désigné des services parce qu'elle se doutait que des problèmes se posaient, mais appliquer la même règle, le même statut et les mêmes types de relations entre les personnes dans des secteurs aussi différents que la chirurgie cardiaque et la gérontologie est aberrant, or c'est ce que nous faisons, et nous ne sommes pas capables de préciser quel est le problème.

Il est plus facile
de bien faire en
choisissant les cas faciles

- Deuxième point : **comment réussit-on une innovation dans un système hospitalier ?** Le cas que je vais évoquer est très ancien et va vous sembler antédiluvien : il s'agit de celui de la dialyse rénale et de la greffe, qui se sont développés dans les années 1970 et qu'il a été difficile de mettre en œuvre.

Un de mes étudiants belges a fait une comparaison entre quatre services, deux belges et deux français, et il a vu que, contrairement à l'idée que l'on s'en faisait au départ, il n'existait pas de différence entre les Belges et les Français. La différence se trouvait entre deux services complètement bureaucratiques et deux services orientés vers une médecine « humaniste » ; c'est un mot un peu gênant mais je n'en trouve pas d'autre. De jeunes praticiens s'étaient précipités sur cette nouvelle invention, importante et intéressante pour mieux soigner, et en même temps c'était lié à l'esprit de 1968, très indirectement, à travers l'idée d'avoir de meilleurs rapports humains.

Un service belge et un service français étaient ainsi orientés, et l'on constatait une différence très remarquable, à savoir que, dans les services bureaucratiques, les malades dans les salles étaient, quand ils venaient se faire dialyser, tournés du côté du mur, avec le moins de rapports possibles entre les infirmières et les patients et entre les infirmières et les médecins.

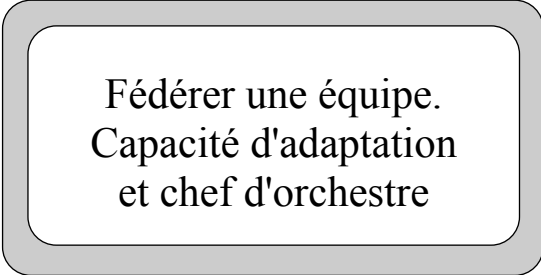
En revanche, les rapports étaient très nombreux dans les services humanistes, avec pour conséquence directe la rareté des accidents psychosomatiques. Ils étaient orientés vers le malade, tout le monde parlait à tout le monde et l'on préparait à la greffe, qui n'apparaissait pas comme extraordinairement dangereuse ; c'était tout au début. Cette supériorité était marquée par l'obtention de résultats d'ensemble et sur le plan financier.

Il est important de voir, qu'avec la même technique, les résultats pouvaient être extrêmement différents. Comment était-ce possible ?

Il y avait d'une part la volonté des praticiens, mais les praticiens « bureaucratiques » ne l'étaient pas à cause de leur qualité personnelle. Ils n'en étaient pas contents du tout. Ils auraient aimé faire autre chose mais ils étaient pris par le système égalitaire qui était le point de départ. On traitait

les malades par ordre d'arrivée alors que de l'autre côté on les choisissait pour avoir la chance d'une bonne greffe, et c'était effectivement le résultat obtenu. De plus, les patients espéraient, et l'on n'avait pas à se prémunir contre la rumeur et l'anxiété générée par des rapports humains trop forts. Les médecins bureaucratiques avaient raison, dans une telle situation, de préférer ne pas avoir de rapports humains.

On en est arrivé à considérer que l'innovation ne pouvait se faire qu'en choisissant les personnes. Il vaut mieux, pour qu'un médecin réussisse quelque chose de difficile, avoir de bons que de mauvais malades. De la même façon, les éducateurs réussissent avec de bons étudiants. Pourquoi les grandes écoles réussissent-elles mieux que les facultés ? C'est très simple : parce que choisissant leurs élèves elles en ont de meilleurs, donc de meilleurs résultats. Cela ne veut bien sûr pas dire que l'être humain ne joue pas un rôle dans ceci, mais tel est le problème.



Fédérer une équipe.
Capacité d'adaptation
et chef d'orchestre

- Troisième point : **comment réussir l'intégration ?** Une de mes étudiantes, Marianne Binst³, que vous connaissez peut-être parce que par la suite elle a joué un rôle important, a comparé cinq services de chirurgie cardiovasculaire en France, en Suisse et aux Etats-Unis.

Deux services avaient, aux Etats-Unis, des rapports avec l'Université d'Harvard, parce que cela se passait à Boston, et nous avons fait une découverte tout à fait extraordinaire, plus encore que dans le cas belge car la

³ Elève de Michel Crozier, qui fut son directeur de thèse, Marianne Binst a été attachée parlementaire de Jacques Barrot lorsque celui-ci était président de la Commission des Affaires sociales, familiales et culturelles de l'Assemblée Nationale. Elle a ensuite fait partie du cabinet Bossard Consultants. Elle rejoint les AGF en 1997 pour traiter de l'innovation en santé. En janvier 2003, elle est nommée directrice générale de Santéclair, plateforme de gestion du risque santé, organisme d'information sur la qualité des soins couverts par une assurance-santé complémentaire. Elle est l'auteur de *"Du Mandarin au manager hospitalier"*, co-auteur avec François-Xavier Schwyer de *"La santé otage de son système : sept études de cas"* et, avec Filippo Bolla d'*"Une démarche participative de réduction des coûts hospitaliers : hospices cantonaux vaudois"*.

Belgique est trop proche de la France. Nous avons vu que la différence entre les deux services américains était plus forte que les différences nationales. Un des deux services américains était au sommet - il était de loin le meilleur des cinq - alors que l'autre était de loin le plus mauvais.

La raison de cela est apparue clairement à travers l'analyse, avec là aussi une étude du résultat : le service américain qui réussissait de très loin le mieux était orienté vers l'optimisation des contributions humaines, alors que le plus mauvais l'était vers l'optimisation technique. C'était extrêmement fort, alors que les services parisiens et suisses étaient quant à eux dans une situation moyenne en termes de mauvaise organisation. L'extrême était d'une part un modèle libéral mal compris et d'autre part un modèle libéral bien compris.

Il est dans le modèle libéral bien compris - vous avez dans votre dossier une présentation de ce dernier - tenu compte, dans le cadre de la chirurgie cardio-vasculaire, de l'anxiété du patient, et donc on a réfléchi au processus d'organisation des soins, car c'est un parcours du combattant pour le malade entre la préparation, la sortie de l'opération et les soins par la suite. En se focalisant sur ce problème, cela conduit à une diminution drastique de tous les incidents psychosomatiques, avec une chance de succès bien meilleure de l'opération. En revanche, si le système vise seulement à maximiser l'utilisation du plateau technique et des autres aspects techniques, le patient n'est plus suivi et devient un élément du processus ballotté d'un sous-service à l'autre. Le résultat est très clair, y compris sur le plan financier : une capacité à traiter des malades même plus difficiles du fait d'une intégration réussie. C'est la différence par rapport au premier cas.

Comment est-on parvenu à ce système ? Du fait d'un patron incontestable et incontesté. Il est appuyé par la corporation d'Harvard, ce qui est très classique et va de soi. On ne se rend pas compte que c'est ce qui s'est toujours fait. La référence est toujours la même. La corporation de la Medical School et celle d'Harvard choisissent quelqu'un qui reste longtemps, qui fera sa carrière dans le même établissement et qui - croit-on - sera le meilleur ou en tout cas l'un des meilleurs.

Cette personne réussit à fédérer autour d'elle l'équipe technique. Elle s'appuie sur le radiologue et les référents et n'intègre pas beaucoup l'anesthésiste, pour des raisons très pratiques et qui correspondent au fait que ce dernier ne reste pas longtemps. Il apprend son métier au plus haut niveau puisqu'il est sûr qu'après être passé par Harvard il sera bien considéré. Il ne reste donc pas plus de deux ans et il est content ainsi parce qu'il est en apprentissage, le cardio et l'équipe de chirurgiens étant extraordinairement soudés.

Les infirmières restent très longtemps dans le service et sont mieux payées que la moyenne. C'est la liberté qui est donnée, sachant que dans l'autre

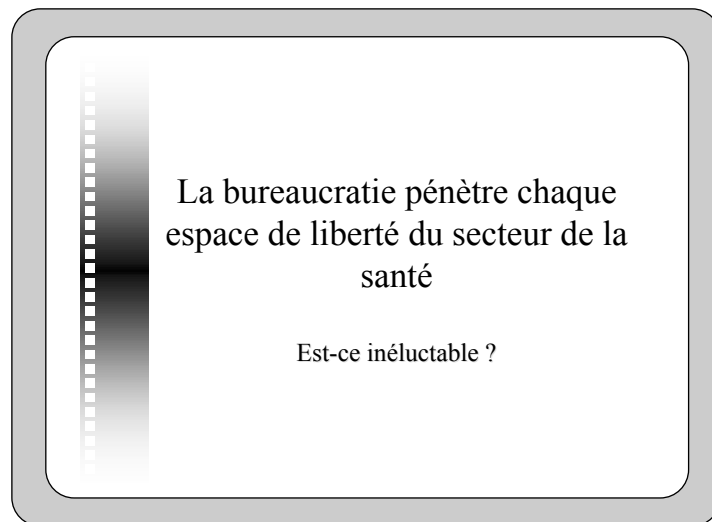
cas, très proche, à Boston, les dépenses ne sont pas du tout les mêmes. On n'a pas la même considération pour les infirmières et elles ne sont pas payées autant, le résultat étant que le service excellent est plus profitable que celui qui ne s'occupe pas de son personnel. Ceci pour dire qu'il y a des possibilités, à condition de tirer parti des éléments qui sont à la disposition des responsables. En tout cas, cela justifie parfaitement dans le domaine médical le renversement dont j'ai parlé, sachant qu'une structure ou une procédure, la meilleure qui soit, ne remplace pas la capacité d'adaptation des êtres humains, et cette capacité demande des chefs d'orchestre, une des difficultés françaises, à travers le système bureaucratique qui est le nôtre pour la politique et l'administration, étant que ces chefs d'orchestre n'existent pas.

J'ai eu pendant un moment la responsabilité du Comité scientifique de l'Ecole de la Santé de Rennes : l'idée que le problème d'un Directeur d'hôpital puisse être d'être un chef d'orchestre et que cela demandait une réflexion, l'acquisition de connaissances et un apprentissage choquait et n'était pas comprise. Or c'est cela l'avenir. Nous avons absolument besoin d'individus qui savent beaucoup moins de choses mais qui ont appris à faire travailler des personnes ensemble.

(Applaudissements)

↳ M. Jean de KERVASDOUE

Je suis heureux et très honoré d'être parmi vous et de parler après Philippe Galy, qui est un de mes vieux amis, et Michel Crozier, qui fut un de mes maîtres intellectuels, même s'il n'a jamais été mon « patron ». J'ai écrit une thèse de doctorat américain en sociologie des organisations pour étudier le lien entre les innovations dans les hôpitaux de ce pays et la structure de pouvoir, sachant que, selon les personnes qui étaient au pouvoir dans les hôpitaux américains de l'époque, on pouvait assez bien prédire le type d'innovation qui allait être mis en place. J'ai donc toujours gardé une fibre pour cette branche des sciences sociales.

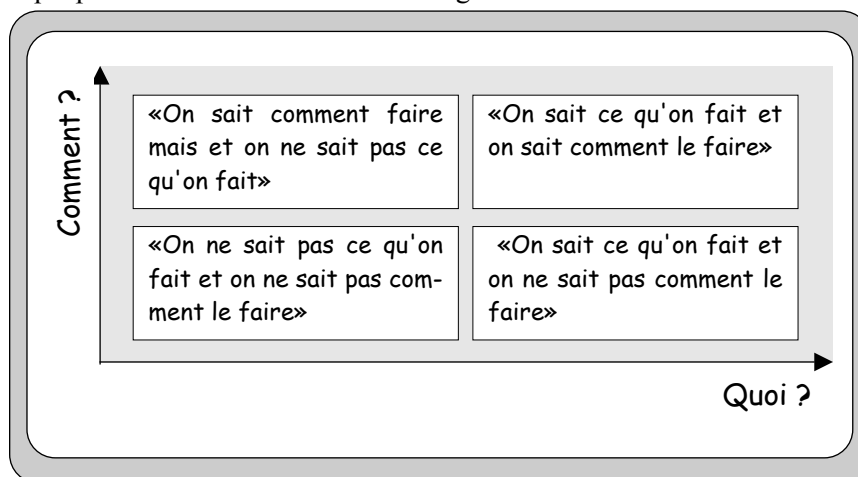


Je voudrais avant de commencer et illustrer les propos de Philippe Galy et Michel Crozier sur la situation actuelle, revenir à un article que Gérard Parmentier pourra vous transmettre. Je l'ai écrit en 1981 et il s'intitule « *Pour une évaluation des politiques publiques* »⁴.

Michel Crozier a écrit « *Le phénomène bureaucratique* » en 1964. Comme vous le savez, pour ceux d'entre vous qui ont fait de la sociologie, le terme bureaucratie vient de Max Weber, étant entendu que, s'il revenait sur terre aujourd'hui, les organisations bureaucratiques seraient, pour lui, non pas le Mi-

⁴ Cf. le document reproduit ci après en "Document 5.2" : Jean de KERVASDOUE - Pour une évaluation des politiques publiques - Réflexion à partir de la sociologie des organisations - Centre de recherche en gestion de l'Ecole polytechnique - Annales des Mines - Juillet-Août 1981, pp. 133 à 144

nistère des Affaires Sociales mais L'Oréal et les grandes entreprises modernes, puisque pour Max Weber bureaucratie signifiait rationalité.



Je me suis demandé pourquoi ce mot (bureaucratie) avait eu aussi mauvaise fortune. Pour y parvenir, je me suis amusé à classer les activités humaines dans un tableau comportant quatre cases : « On sait ce qu'on fait et on sait comment le faire », « On sait ce qu'on fait et on ne sait pas comment le faire », « On ne sait pas ce qu'on fait et on ne sait pas comment le faire » et « On sait comment faire mais on ne sait pas ce qu'on fait », ce qui est absurde. (*Rires*) Vous allez voir ce que cela a à voir avec la bureaucratie.

Ce mot a eu aussi mauvaise fortune parce qu'il n'y a pas d'organisation sans contrôle. Le sujet, en toile de fond de ce que disait Philippe Galy, est, bien entendu, le contrôle, sachant que l'on peut contrôler soit les résultats - mais en général ils n'arrivent qu'à terme -, soit les procédures, ce qui est beaucoup plus facile. Ce type de contrôle est adapté quand existe un lien entre les procédures et les résultats, mais sinon il est non seulement inadapté mais a de lourdes conséquences. Le paradoxe de la bureaucratie provient du fait que l'on a plaqué des procédures qui n'avaient que très peu de liens avec les résultats, et, faute de réels indicateurs de performances, il est très difficile de changer ce type d'organisation car elles ne savent pas ce que « mieux » veut dire.

On apprend dans les écoles de gestion à gérer la première catégorie d'organisation. En médecine, comme dans la fabrication de films, c'est plus difficile car si on mesure assez bien les résultats d'un chirurgien, on ne sait pas très bien comment il fait pour les obtenir. Vous savez tous, comme moi, que des chirurgiens font la même chose que d'autres en trois fois moins de temps et que les plus rapides ne sont pas nécessairement les plus mauvais. On sait que quand M. Spielberg fait un film il marche, en général, il dépense beaucoup d'argent, beaucoup plus que M. Bergman mais personne ne peut définir précé-

sément les raisons de leur succès. On sait qu'ils ont besoin d'acteurs, de caméras, de décors, de lumière, etc..., mais cela ne suffit pas à définir le film, pas plus qu'un bloc, des instruments et des panseuses ne définissent une intervention chirurgicale.

Depuis que l'église existe - j'ai été élevé chez les curés ; je suis donc un anticlérical militant -, il n'y a pas de manière d'indiquer si une âme est sauvée, même s'il en a longuement été discuté au cours de l'histoire de l'église. Le danger pour ces organisations est de définir des indicateurs qui sont à côté de l'objectif même ; ils sont le plus souvent des indicateurs de moyens : l'église a compté, par exemple, le nombre de personnes baptisées, de vocations, etc... mais pas le nombre d'âmes sauvées. Elle a défini les règles, les procédures et ses résultats. C'est cela le « paradoxe de la bureaucratie », et vous allez voir qu'il s'applique tout à fait à notre secteur, car notre époque est celle de l'incontinence bureaucratique.

Vous avez vu que mon ancienne Direction (la DHOS) a publié - vous le trouverez sur son site ou dans les documents que vous envoie Gérard Parmentier et qui mangent déjà deux ordinateurs entiers - (*Rires*) une liste des familles de règlements de sécurité, qui sont au nombre de 44 dans les hôpitaux. Et ce ne sont pas de petits éléments !. L'un d'entre eux concerne la réglementation incendie. Personne dans ce pays ne critique les pompiers, qui ont complètement « pété les plombs ». Ils vous obligent à investir des millions d'euros pour une vie sauvée, sachant que dans les hôpitaux 50 % des personnes ne se lavent pas les mains. Il existe une distorsion entre la réglementation en matière de sécurité incendie - je ne suis pas contre celle-ci -, et d'autres investissements qui seraient tout aussi efficaces en matière de qualité des soins.

Un de mes amis marseillais a eu le malheur de déclarer, dans l'établissement qu'il dirige, un problème de matériovigilance ; un lit chauffant avait un peu brûlé les fesses du malade, qui s'était réveillé et a pu en sortir tranquillement, seulement un peu échaudé. Le directeur a, en bon citoyen, rapporté cet incident. Deux mois après des inspecteurs sont venus avec des gégènes pour l'interroger : plus aucun problème de matériovigilance ne s'est jamais reposé dans cet établissement !. (*Rires*)

Pour illustrer ce qu'a indiqué Michel Crozier, un phénomène inéluctable - je le rappelle à chaque fois mais c'est tout à fait essentiel, notamment dans votre spécialité - du fait de l'évolution des connaissances. Le phénomène inéluctable c'est la division du travail. On assiste au sein du secteur de la santé à une double division du travail : à l'intérieur de la profession médicale et aussi des autres professions qui travaillent dans le secteur. Vous savez qu'en 1945 il existait 9 spécialités médico-chirurgicales, alors qu'aujourd'hui les facultés en reconnaissent 57, sachant qu'elles sont en fait plus d'une centaine et que, dans une publication de la DHOS, 183 métiers sont référencés pour les hôpitaux publics.

Du fait de la division du travail - et, une fois encore, c'est ce qu'a dit Michel Crozier -, le problème essentiel est celui de l'intégration. Comment fait-on pour travailler ensemble ? Il n'y a pas 50 000 manières « d'intégrer » les membres d'une organisation : les valeurs, la culture, la hiérarchie, les procédures et les systèmes d'information. La question est de savoir comment et par qui ces différentes méthodes sont utilisées, adaptées. La question essentielle de toutes nos organisations moderne est la coordination de la prise en charge, surtout dans votre spécialité, en cancérologie, puisque radiothérapeutes, chimiothérapeutes, chirurgiens et équipes soignantes travaillent ensemble.

Des conflits potentiels de légitimité

- La légitimité de l'institution et de ses propriétaires,
- Les médecins et la légitimité du savoir,
- La légitimité des autres corporations,
- La légitimité syndicale,
- La légitimité de « l'utilisateur »,
- La légitimité du financeur.
- Qui domine ?

UNHPC - Paris le 13 janvier 2006 -
J de K. Cnam

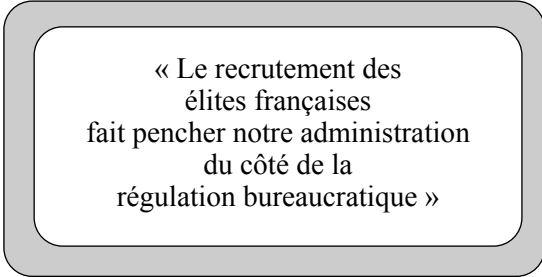
3

Par ailleurs - c'est une des questions s'agissant de la gestion des établissements de soins -, il existe plusieurs sources de légitimités. Il y a la légitimité du savoir, celle des propriétaires de l'institution, la légitimité syndicale, celle de l'utilisateur - depuis la loi Kouchner - et celle de l'Assurance Maladie, avec donc des conflits de légitimité potentiels dans nos institutions entre celle qui domine, qui est celle de son propriétaire, et celle du savoir.

Il y a également, en toile de fond, l'évolution des valeurs. La France se caractérise par deux ou trois phénomènes, l'un d'entre eux étant la disparition du fait religieux, à l'inverse de ce qui se passe quasiment dans tous les pays au monde. La France, la Belgique, l'Italie, l'Espagne et le Québec sont exceptionnels au sens où, aux Etats-Unis, on constate un renforcement du phénomène religieux. C'est également le cas au Japon et en Inde, sans parler du Moyen-Orient.

Mais sans religion, au nom de quoi soigner ? La réponse était évidente il y a cinquante ans : on soignait parce que l'on croyait en Dieu et parce que les religieuses qui étaient dans nos hôpitaux pensaient gagner leur salut par ce biais.

La réponse donnée - dans ma génération et celle de Michel Crozier - a été aussi une croyance républicaine dans le progrès et social et technique, mais aujourd'hui, la question « Au nom de quoi soigner ? » demeure d'actualité pour l'ensemble des services de santé.



« Le recrutement des
élites françaises
fait pencher notre administration
du côté de la
régulation bureaucratique »

Par ailleurs, vous êtes en train de constater ce que l'économiste que je suis devenu voit, à savoir que, contrairement à ce qu'ont dit tous les ministres actuels et passés, la démographie a un très faible impact sur la croissance des dépenses de santé (de 0,3 à 0,4 % par an) alors qu'elle en a un énorme sur les retraites.

En revanche, apparaît ce que l'on appelle « l'effet génération ». Les personnes qui ont 40 ans considèrent la médecine différemment de celles qui avaient 40 ans il y a dix et vingt ans. On voit apparaître une conception consumériste de la médecine : « Ronaldo a eu une IRM du genou : puisque mon fils est dans l'équipe de football des cadets, pourquoi n'y aurait-il pas également droit ? », etc. Je vous conseille le livre de Didier Sicard, qui est remarquable : « *La médecine sans le corps* »⁵. Il montre comment nos concitoyens se réapproprient le cholestérol, le poids et la tension artérielle pour renvoyer aux médecins un discours médical et donc évacuer le corps de la relation médicale.

⁵ Note UNHPC : *La Médecine sans le corps : une nouvelle réflexion éthique* de Didier Sicard ; Plon (10 octobre 202), 280 pages ; ISBN : 2259195377.

Table : Médicalisation de la société ; Les nouvelles approches face aux risques ; L'éducation ; L'art dans son rapport au corps médicalisé et au sujet ; Qu'est-ce qu'une bioéthique contemporaine ?

Président du Comité consultatif national d'éthique (CCNE), le Professeur Didier Sicard est également chef du service de médecine interne à l'hôpital Cochin.

L'évolution des valeurs

- La disparition en France (c'est loin d'être la règle à l'étranger) du fait religieux
- L'effritement des valeurs républicaines
- Une croyance en la médecine qui favorise le consumérisme (l'effet « Génération ») et « une médecine sans le corps » (Didier Sicard)
- Une classe politique qui nous fait croire que tout travail est aliénant (les 35 heures)
- Des signes de rupture de la solidarité

UNHPC - Paris le 13 janvier 2006 -
J de K. Cnam

4

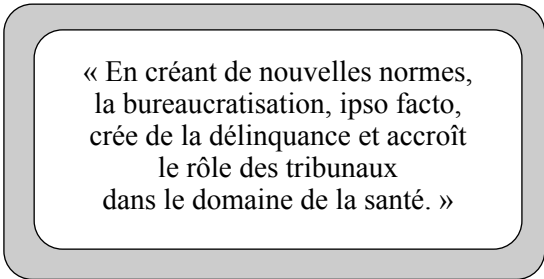
Par ailleurs, une des difficultés du système de santé est que nous avons reçu un message collectif et néanmoins subliminal, que tout le monde a compris, selon lequel le travail est aliénant puisque l'on ne se réalise qu'en travaillant moins. Cela veut dire que le personnel hospitalier n'est heureux que quand il ne travaille pas et renvoie à la question « Au nom de quoi soigner ? ».

Enfin, un phénomène encore marginal m'inquiète. Ceci va me faire passer pour un affreux réactionnaire, mais apparaissent en France les signes de rupture de la solidarité. Au-delà d'un certain taux d'imposition les personnes s'en vont, le système fiscal français faisant la fortune de quelques étrangers car il contraint certaines familles à vendre leur entreprise. La famille Taittinger - ce n'est un secret pour personne - a vendu ses actions pour ces raisons. Un certain nombre de personnes, dont certains d'entre nous font partie, payent 60 à 70 % de leur revenu en impôts. Combien de temps encore ? Jusqu'à 50 % cela peut aller, mais après le sens de l'humour commence à diminuer.

Ensuite, n'oubliez pas que le secteur des établissements de soins est dans un système de prix administrés. Le secteur des cliniques privées est très particulier. Il pratique non pas les prix du marché mais des tarifs, qui sont fabriqués par quelqu'un. Je vous informe, si vous ne le savez pas, que la méthode utilisée pour établir les prix des GHM des cliniques privées ne pourra pas être réutilisée. De même, la T2A du public et celle du privé s'appuient sur les mêmes concepts mais elles sont très différentes. Les prix sont dans le public établis à partir des coûts analytiques d'un échantillon d'hôpitaux, dont un centre de lutte contre le cancer, et dans le privé à partir des facturations envoyées par tous les malades hospitalisés dans des cliniques privées. Or, dans la mesure où ces facturations n'existent plus on n'est pas capable de revoir le système de

prix. On va pouvoir le faire avec une méthode que j'ai proposée aux cliniques privées, celle de prix reconstitués, mais on a, pour l'instant, pris comme référence la moyenne des pratiques cliniques en France. Vous êtes donc dans un système de prix administrés, l'essentiel étant bien sûr la manière dont ils sont élaborés...

Je suis rawlsien, faisant référence en cela à un philosophe qui s'appelle John Rawls⁶. Il n'existe malheureusement pas de procédures contradictoires entre vos représentants et la puissance publique au moment de l'élaboration des tarifs.



« En créant de nouvelles normes, la bureaucratisation, ipso facto, crée de la délinquance et accroît le rôle des tribunaux dans le domaine de la santé. »

On constate une évolution très importante de la juridiciarisation de la médecine et des décisions des cours de justice. J'ai écrit un papier en disant que la grande découverte de l'année 1999 avait été faite par la Cour de Cassation puisqu'elle a inventé "l'homme stérile non porteur de germes". Elle a en effet condamné une clinique pour des infections nosocomiales, faisant ainsi l'hypothèse qu'il pourrait en exister sans infections nosocomiales. Le problème réel est le taux d'infections, non le fait qu'il existe ou non des infections nosoco-

⁶ Note UNHPC : John Rawls (Baltimore, 21 février 1921 - Lewiston, 24 novembre 2002) est un philosophe américain.

Il fut professeur à Princeton, Oxford, Cornell et Harvard jusqu'en 1995. Son livre paru sous le titre *A Theory of Justice* (Théorie de la justice) en 1971 et auquel il travaillait depuis les années 1960 le révéla.

Sa "théorie" est souvent considérée comme le plus important texte de philosophie politique du XXe siècle.

L'œuvre de Rawls porte surtout sur les notions d'éthique, de justice et de libéralisme.

Théorie de la justice (1971) (Seuil Poche - 2 Nov 1997 ; 666 pages ; ISBN : 2020299763)

Individu et Justice sociale (1988).

Libéralisme politique (1993 - PUF, 1997)

Justice et démocratie (Seuil Poche 3 mai 2000 ; 385 pages ; ISBN : 2020410958)

Leçons sur l'histoire de la philosophie morale (La Découverte 14 fév 2002 ; 372 pages ; ISBN : 2707135224)

Le droit des gens (1996)

miales, et si l'on est condamné, qu'il y ait ou non infection, cela conduit à mon avis à des conséquences tout à fait graves.

Un des éléments qui m'étonne chez vous, et que j'admire, est votre attachement à la République ; pourtant la liberté d'entreprendre est en train de totalement disparaître. J'ai pris l'exemple de la planification. Grosso modo, vous pouviez, avant 1970, ouvrir un établissement à peu près comme vous le vouliez. Il suffisait de faire une déclaration à la DDAS et de se mettre en conformité avec les normes.

La perte progressive de la liberté
d'entreprendre : l'exemple des autorisations

- Avant 1971 toute création d'établissement était autorisée sous réserve de respecter certaines normes
- Loi du 31/12/70 : tout ce qui n'est pas interdit est autorisé
- Depuis 1991 et surtout 1996 : tout est interdit, sauf quand c'est autorisé.
- Il existe très peu de recours possibles. L'existence des entrepreneurs est niée...

UNHPC - Paris le 13 janvier 2006 -
J de K. Cnam

7

La conception de la grande loi hospitalière de 1970 (17 ou 18 fois revue depuis) de la carte sanitaire est la même que pour les permis de construire : tout ce qui n'est pas interdit est autorisé, mais maintenant c'est devenu l'inverse : tout est interdit sauf ce qui est autorisé. Je me fais fort, avec le SROS de troisième génération, de fermer n'importe quel service en utilisant de « bons » arguments de santé publique, bien entendu cette fermeture serait arbitraire mais le propriétaire aurait bien peu de recours réels...

Quand j'étais encore Directeur des hôpitaux, au début des années 1980, vous aviez des voies de recours, et dans l'administration nous étions obligés de vous répondre dans les six mois et de vous donner une autorisation si l'indice était inférieur à tel taux, etc., mais tout cela a disparu. Très peu de recours sont possibles. Comme le disait Michel Crozier, on ne parle jamais, dans ce pays, des "entrepreneurs".

Une idéologie politique qui transcende les clivages politiques : la main « visible » est toujours préférée au marché.

- La réforme de 1996 est une réforme encore plus soviétique que les autres !
- La Droite Française est corporatiste, elle n'est pas libérale. Par exemple, toujours dans le domaine de la planification, elle parle de « complémentarité public-privé » ce qui pour un économiste se traduit par l'instauration de monopoles locaux.
- La question des entreprises et des entrepreneurs n'est jamais évoquée...

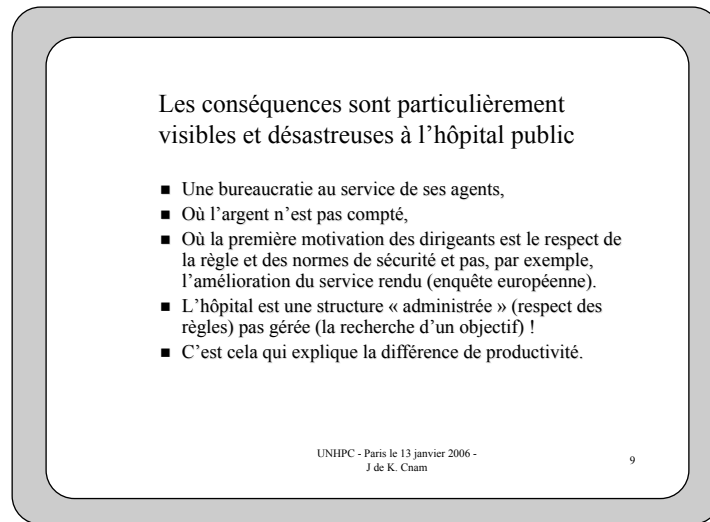
UNHPC - Paris le 13 janvier 2006 -
J de K. Cnam

8

Une idéologie politique transcende le clivage. Vous savez que les économistes font référence à Adam SMITH, qui a dit que l'on n'avait pas besoin de faire l'hypothèse d'un excès de vertu et que chacun, en étant égoïste, conduisait avec une main invisible l'équilibre de la société. On préfère, en France, la main visible, c'est-à-dire celle de l'Etat, et la réforme Juppé de 1996 est, de ce point de vue, "soviétique". Il est très intéressant de constater que, dans ce pays, la droite française est corporatiste mais non libérale. M. Raffarin l'était un peu plus, mais pas du tout dans le secteur de la santé, et MM. Mattéi et Douste-Blazy sont d'abord des corporatistes. Les libéraux s'intéressent à la concurrence, et vous pouvez voir que tous les SROS, sauf à Paris, Lyon et Marseille, s'intéressent en fait au partage du marché entre le public et le privé. Vous vous intéressez à la concurrence quand vous êtes libéral, alors que quand vous êtes corporatiste vous vous intéressez à la complémentarité, c'est-à-dire au partage du marché, et donc à la création *defacto* de monopoles locaux.

L'hôpital est devenu une bureaucratie au service de ses agents, comme je l'explique notamment dans un livre sérieux et dans un autre, tout aussi sérieux mais plus drôle et plus facile à lire, intitulé « *L'hôpital vu du lit* », où je raconte comment cela se passe à l'hôpital public, où l'organisation du travail est fonction des corporations. Cela signifie que vous êtes réveillé parce qu'il y a un changement d'équipes, non parce que vous avez bien dormi, etc. L'argent ne compte pas à l'hôpital. Il est une variable discontinue. Soit on en a et on le dépense, soit on n'en a pas. Or, pour vous comme pour moi, il est une variable continue. Je montre que, par exemple, 12 personnes pendant une demi-heure ont cherché une radio alors qu'elles étaient juste au-dessus du service de radio.

La première motivation des dirigeants est le respect de la règle et des normes de sécurité, non l'amélioration du service rendu.



Je suis en train d'écrire un livre sur l'informatique hospitalière⁷. J'ai dit et je confirme, avec encore beaucoup plus d'arguments, que je ne développerai pas aujourd'hui, que le DMP n'arrivera jamais à tenir ses promesses, que c'est une bêtise collective, que c'est de la folie, etc. Je suis plongé depuis un an et demi dans des questions d'informatique.

Dans une enquête européenne, quand il est demandé aux Directeurs d'établissement pourquoi ils s'informent, les Français sont les seuls à répondre que c'est pour être en conformité avec la réglementation. Vous verrez les chiffres ; c'est très intéressant.

L'hôpital est une structure administrée et non gérée, et on est en train de vous faire le même coup. On vous oblige, par des textes de loi, à définir des procédures qui devraient ne concerner que vous. C'est bien entendu la différence entre l'administration et la gestion, qui explique également la différence de coûts, contrairement à ce que disent ceux du public.

⁷ Note UNHPC : Livre paru depuis : Carnet de santé de la France 2006 ; sous la direction de Jean de Kervasdoué et Rémi Pellet ; Dunod (8 juin 2006) ; 276 pages ; ISBN : 2100500589
Table : Premier bilan des réformes des années 2004 à 2006 ; D'autres règles du jeu ; Nouveaux regards sur de vieilles questions ; L'informatique et la santé.

« Cet envahissement bureaucratique nous a conduit à souligner que les hôpitaux étaient plus administrés (le respect des règles) que gérés (la recherche d'un objectif). »

La politique hospitalière n'est compréhensible que si l'on fait l'hypothèse que la classe politique veut épargner l'hôpital public sans toutefois lui donner la liberté de s'organiser, piégée par sa philosophie corporatiste.

La T2A, sans réforme de gestion, est dramatique pour le service public. Pour faire une analogie mécanique, si vous assouplissez l'un des coins d'une structure rigide en général elle se brise. J'ai dit à tous les Ministres de la Santé, y compris au cours des trois ou quatre dernières années, que s'ils font la réforme de la T2A sans redonner de la liberté à l'hôpital public ils vont au drame. Pour l'instant on instaure des distorsions. On est en train d'inventer des coefficients correcteurs pour la région parisienne, l'AP de Paris, etc.

Je suis néanmoins assez optimiste pour vous, car, en oubliant la fermeture des sanatoriums, on voit que sur une période de cinquante ans c'est vous qui conquérez les parts de marché. Vous les augmentez tranquillement dans le domaine de la cancérologie, de la chirurgie, etc.

« La bureaucratie prospère et affecte un champ de plus en plus large. Chaque jour sont publiés de nouveaux décrets, de nouvelles lois au nom de la sécurité des patients, du "principe de précaution" et de la qualité des soins. Ces textes, parfois justifiés, sont toujours coûteux pour un bénéfice souvent hors de proportion avec l'investissement requis. Si beaucoup de ces règles allègent la responsabilité des politiques et des bureaucrates, elles accroissent la fragilité juridique des responsables opérationnels qui, de plus, disposent rarement des moyens de les mettre en œuvre. Plus insidieusement, l'État s'évertue à organiser chaque instant, chaque procédure de la vie des acteurs du système de santé. »

Si j'avais un conseil à vous donner - pardon de cette impudence -, ce serait de vous battre toujours à chaque fois que les bureaucrates essaient de rentrer dans la boîte noire, qui est dans le jargon de la gestion l'organisation interne. A chaque fois que l'on vous donne une prime pour quelque chose, il faut surtout dire : « Non. Ce n'est pas à vous de m'expliquer comment je dois être géré ; c'est mon problème. Vérifiez ma qualité et mes prix, mais pas la manière dont je suis géré ». C'est très important, car c'est toujours à l'origine de rentes, ou cela induit un rationnement à terme. Il ne faut pas associer un tarif à une subvention, et il faut avoir un débat public sur les tarifs.

Je pense, comme Philippe Galy, que nous sommes à la fin d'une période, parce que le déficit de l'Assurance Maladie est abyssal et que la réforme Douste-Blazy a servi uniquement à transférer le déficit aux générations futures. On leur a en effet transféré en 2004 et en 2005 50 MD€, soit une année d'impôts sur le revenu, et aujourd'hui le déficit de l'Assurance Maladie est supérieur au budget de l'enseignement supérieur. On est fou, sachant qu'après les élections présidentielles, quelle que soit la majorité au pouvoir, pour des raisons européennes notamment mais pas uniquement, cela va à mon avis s'arrêter.

Conséquences vraisemblables

- La situation va perdurer jusqu'à la nécessaire prise en compte du déficit de la sécurité sociale (Entre 2007 et 2010)
- Dans tous les cas de figure le secteur privé en sera le bénéficiaire
- On peut craindre un désengagement de l'assurance maladie dont on sait qu'il ne produira que de l'inflation et des inégalités.

UNHPC - Paris le 13 janvier 2006 -
J de K. Cnam

12

Dans tous les cas de figure, je pense que le secteur privé en sera bénéficiaire, car l'offre de soins est importante en France, et le temps que le secteur public fasse la mutation qu'il n'a pas commencée... Les "pôles" sont en effet une couche de plus. Nous nous sommes brouillés pour cela avec Claude EVIN provisoirement en 1991. Je lui ai dit que s'il voulait réformer l'hôpital il lui suffisait d'écrire la ligne et demie suivante : « *Chaque hôpital est maître de sa structure ; elle est définie par son règlement intérieur* ».

Enfin, bien entendu, on peut craindre le désengagement de l'Assurance Maladie, puisque si, malheureusement on dérembourse, donc si les personnes payent plus, on produit des prix et non de la qualité.

Merci. Pardon d'avoir été un peu long.

(Applaudissements)

↳ Débat

M. Gérard PARMENTIER.- Merci Jean. Tu nous dis de nous méfier quand les Tutelles rentrent dans la gestion. En cancérologie, nous avons franchi une étape encore plus importante et significative puisque nos Tutelles éditent maintenant des procédures touchant aux colloques singuliers. Elles nous disent comment il faut annoncer la maladie aux malades, étant entendu que si nous l'annonçons comme elles le veulent, selon une procédure type, nous aurons une prime. A un moment on a même osé évoquer un bonus pour l'ARH en cas d'atteinte des "objectifs" en termes d'annonce ! Aucune évaluation en termes de résultats bien sûr, malgré nos nombreuses demandes. On est dans la caricature ou la phase finale de ce sur quoi tu nous mets en garde. On est dans le commerce des apparences. Et nos positions sont difficiles à comprendre pour nos interlocuteurs : la méfiance vis-à-vis de la procédure est assimilée à une hostilité au progrès, nos demandes d'évaluation en termes de résultats à de la "provocation" ! Nous en sommes là, hélas, et cela va donc encore plus loin que ta diapositive.

J'ouvre le débat.

Docteur Henri VIGNER.- Ma question est économique. 48 % du budget social de la Sécurité Sociale sert à financer l'hôpital public, contre 14 % environ pour les cliniques privées. On nous a parlé tout à l'heure des soins cardiovasculaires de pointe - rares car à la limite de la recherche -, toute cette chirurgie d'exception ou de recours étant faite dans les hôpitaux publics et peut-être dans les centres anti-cancéreux. Il est des activités qui relèvent effectivement du service public et cela doit rester le cas. En revanche, tous les autres hôpitaux font exactement la même médecine que celle qui est faite dans nos cliniques, et je pense que pour réduire les dépenses de la Sécurité Sociale il faudrait **privatiser** ces hôpitaux. Je pense à l'hôpital Foch, qui a fait l'objet d'un grand scandale : la Générale de Santé voulait le racheter mais l'Assistance Publique a dit qu'un tel exemple n'était pas nécessaire.

J'avais exposé ce problème en 1986 au Sénat, et j'avais dit à l'époque que France 1 serait un jour privatisée. Eh bien, allons de l'avant et privatisons les hôpitaux qui ont la même activité que la nôtre, sauf bien sûr ceux qui font de la médecine de pointe, réellement de l'enseignement et de la recherche.

M. Jean de KERVASDOUE.- Faites attention aux chiffres, ceux qui viennent d'être cités n'étant pas tout à fait exacts, entre les dépenses de soins, de santé et d'Assurance Maladie. Les dépenses hospitalières s'élèvent grosso modo à 45 % des dépenses de santé, et à 57 % des dépenses d'Assurance Maladie. Les hôpitaux publics et PSPH représentent 80 % des dépenses hospitalières par ailleurs sous-estimées car on ne compte pas les honoraires des médecins spécialistes dans les dépenses des cliniques, mais je ne veux pas rentrer

dans la « cuisine » statistique ; ce n'est pas le sujet. Le sujet est que je ne crois pas, dans un avenir raisonnable, à la privatisation des hôpitaux. En revanche, je crois néanmoins, dans un avenir raisonnable, à leur autonomie. On peut tout à fait faire ce qu'ont fait les Anglais, c'est-à-dire des trusts, à travers l'équivalent d'institutions à but non lucratif relativement autonomes avec une responsabilité civile et pénale du Président du Conseil d'Administration. En effet, le paradoxe du Conseil d'Administration est qu'il n'a aucun pouvoir sauf celui de changer le nom de l'hôpital, l'essentiel étant fait par l'extérieur. C'est en donnant plus de pouvoir localement et en donnant de l'indépendance que l'on arrivera, je pense, à aller vers une évolution.

Un intervenant.- Je voudrais que vous nous parliez de l'exemple anglais, qui est plus adapté que l'exemple américain.

M. Jean de KERVASDOUE.- On oublie souvent l'essentiel quand on fait des comparaisons internationales. Il réside dans les accords profonds entre la société allemande et les médecins allemands et entre la société anglaise et les médecins anglais, et malheureusement pas, à mon avis, entre la société française et les médecins français.

Il faut avant de parler de l'Angleterre rappeler une chose sur l'**Allemagne** : on oublie que le système est cogéré par les médecins allemands. Une très grande grève a eu lieu en 1902, puis une autre en 1931, sachant que quand un de vos confrères allemands reçoit des honoraires ce n'est pas lui qui est payé mais sa caisse, et c'est elle qui contrôle ses confrères si jamais ils agissent déraisonnablement.

Le système allemand est tripartite, avec les caisses de médecins, les caisses d'Assurance Maladie et les Länder, le problème de relations avec la société allemande ne se posant pas. Il en va de même en Angleterre. En 1948, quand le système a été créé, vos confrères britanniques ont dit aux hommes politiques : « *Donnez-nous l'argent que vous pouvez mais ne mettez pas votre nez dans la médecine* ». Les Français oublient qu'en Angleterre ce sont les médecins qui rationnent et organisent la file d'attente, personne d'autre. Ils ont donc une très grande autonomie dans l'organisation de la médecine.

Le vrai problème est que nous n'avons parlé, nous les Français, avec les médecins, qu'une fois au cours du XXème siècle, entre 1925 et 1930, parce que tout était réglé en 1930, et que nous refaisons en 2005 les discussions que nous avons eues en 1928. Nous sommes, par exemple, le seul pays à ne pas avoir dit au généraliste ce que nous attendons de lui, et la réforme récente du médecin traitant ne règle pas ce problème.

En **Angleterre**, pour répondre à votre question, il existe une assez grande autonomie locale de l'organisation, sous tutelle publique. C'est la très grande différence entre les systèmes anglais et français, avec en Angleterre une justice procédurale alors qu'en France elle est beaucoup plus liée à des critères.

Quand on est pauvre en Angleterre et que l'on n'a pas assez d'argent pour vivre, ou qu'on le croit, on a droit à une procédure. En France, selon certains critères, comme l'âge de votre grand-mère, etc., vous êtes ou non dans la bonne case pour bénéficier de la CMU ou du RMI, mais on refuse le face à face, alors qu'en Grande-Bretagne ce sont les comtés, ou l'équivalent, qui décident. Tout le monde a droit à une procédure, mais une fois qu'elle a eu lieu personne ne revient dire que quelqu'un a été malhonnête ou influencé. C'est une forme d'organisation sociale assez différente de la nôtre. Nous sommes en fait beaucoup plus proches des Américains.

Pr Alain LAUGIER.- Vous traitez la France comme un ensemble, mais les différences régionale sont considérables en médecine, et personne n'en parle.

Dr Jean VACANT.- Je suis chirurgien urologue de formation parisienne, et PDG d'une clinique depuis une dizaine d'années. J'ai croisé M. de Kervasdoué il y a longtemps - c'est historique - et j'étais un des six sages de la Commission Peigné⁸, quand j'étais rocardien, entre 1988 et 1990. Nous avons donc porté sur les fonds baptismaux les CME pour les cliniques et le PMSI, qui a accouché par la suite de la T2A.

Concernant l'innovation, il n'y a plus d'innovateurs actuellement en médecine, car les Américains nous ont appris l'argent, et les meilleurs d'entre nous, que ce soit en chirurgie ou en médecine, ont écouté ces sirènes plutôt que de s'occuper d'organiser et de fédérer les équipes, d'où un vrai manque de leaders en France.

Concernant les équipes, je ferai appel à vos connaissances philosophiques. Deux travaux sont menés dans les cercles philosophiques : un travail sur soi-même, qui est fondamental, puis un travail collectif, la bureaucratie étant un travail collectif sans jamais aucun travail personnel. C'est son grand problème.

M. Michel CROZIER.- Le travail personnel est aussi et avant tout un travail d'écoute. Les personnes ne sont pas formées à l'écoute, de soi peut-être mais d'abord à celle d'autrui. Vous ne serez pas capables de vous écouter vous-mêmes si vous n'écoutez pas autrui. Or l'écoute d'autrui s'apprend très bien, les Français étant excellents en la matière. L'éducation sur ce point, surtout dans les grandes écoles - en tout cas celle des Directeurs d'hôpitaux - est complètement nulle ! (*Rires*)

Dr Christian ESPAGNO.- Je voudrais poser une question concernant le problème de la **concurrence** entre les secteurs public et privé ou même au sein d'un même secteur entre différentes structures hospitalières. Si j'ai bien

⁸ Note UNHPC : le Dr Francis Peigné a été l'auteur d'un rapport important paru début 1991 sous le titre : "Notre système hospitalier et son cousin" - Rapport à M. le Ministre de la Solidarité et de la Protection Sociale (Claude Evin) - Editions de l'ENSP ; 290 pages, ISBN : 2-85952-591-2

compris, la plupart des orateurs ont souligné les vertus potentielles de la concurrence. Je me pose des questions dans le domaine de la santé, car je ne crois pas que nous soyons exactement dans la même situation que celle décrite par M. Galy quand il a évoqué la SNCM.

Je vois trois raisons essentielles à cette distorsion et à la difficulté d'appliquer ce type de règle. La première raison concerne les tarifs. Sans rentrer dans les querelles d'échelles de coûts ou de détermination des coûts dans les secteurs privé et public, nous sommes clairement dans une situation où il n'existe pas de liberté tarifaire et où les Français n'en veulent pas dans ce domaine. Je n'en veux que pour preuve la polémique actuelle sur le problème des dépassements d'honoraires. Si un certain nombre de praticiens ou de chirurgiens peuvent en pratiquer, c'est bien parce que, pour une raison valable ou non, ils ont des malades qui acceptent de les payer.

La deuxième raison est le problème de la planification et des autorisations. Comme l'a très bien dit Jean de Kervasdoué, nous sommes toujours dans un système qui est régulé non pas du tout par une demande concurrentielle mais bien par la réponse aux besoins d'un bassin de population, avec le grand ordonnateur actuel qu'est l'ARH, et il existe certainement de nombreuses raisons tout à fait valables de déterminer des objectifs quantifiés pour chaque structure, mais le raisonnement n'est absolument pas le même que pour la concurrence.

La troisième raison, qui me paraît essentielle, est que le marché est potentiellement inflationniste, jusqu'à des niveaux absolument inacceptables. Si vous mettez aux Français la bride sur le cou en matière de consommation de soins, ils seront éternellement demandeurs, alors qu'ils ne le sont pas forcément toujours de croisières entre la Corse et le continent. Il y a là un marché potentiel qui ne peut être pris en charge ni par la collectivité ni par les individus.

M. Philippe GALY.- Pour rectifier, on fait non pas des "croisières" à la SNCM, mais des "passages". (*Rires*) Cela mérite d'être précisé. En effet, cela fait un peu rêver, mais quand le sigle SNCM a été créé il y a trente ans c'était une déclinaison de SNCF, pour montrer une continuité territoriale et le fait que l'on pouvait relier les deux parties du territoire, bien que ce soit maritime, dans les mêmes conditions. On m'a raconté - je n'ai jamais vérifié - que les premiers navires de la SNCM de l'époque étaient organisés en compartiments de chemin de fer pour rappeler la continuité territoriale.

Passons, mais toujours est-il que le besoin de transport vers la Corse devrait être exponentiel dans la mesure où elle est sous-développée à cause de la crise de ses transports. Cependant, j'espère qu'un jour on pourra paisiblement développer le tourisme comme il le mérite en Corse et accessoirement installer dans ce pays des usines. En attendant, on peut comprendre qu'il puisse paraître déraisonnable de faire des investissements dans un endroit où l'on n'est jamais sûr de la traversée.

Je ne suis pas non plus tout à fait d'accord avec vous sur les tarifs, et je prendrai un exemple que j'ai vécu : le cas du logement social. On travaille dans les secteurs public et privé rigoureusement dans les mêmes conditions tarifaires, le loyer au mètre carré étant fixé par l'Etat. La répartition des charges et ce que doit faire le bailleur sont indiqués dans les textes. Cela ressemble d'ailleurs beaucoup à ce que j'ai entendu aujourd'hui à votre propos, et pourtant ce n'est pas la même façon de gérer et même pas de traiter le locataire.

Enfin, je vous ai dit que j'avais de grandes raisons d'espérer parce que beaucoup de choses se passent, mais cela ne m'a pas dispensé d'en proposer d'autres. J'ai inventé - j'espère que cela fonctionnera - **l'offre publique de marché**. Un intervenant a dit qu'il faudrait peut-être privatiser : je propose à travers l'offre publique de marché, qu'à son initiative, le privé présente un cahier des charges et propose un prix auquel prendre en charge un hôpital, une école, une voirie ou tel service. Bien entendu, cela ne pourra pas se faire de façon sauvage, mais cela reviendrait à dire que le reste de la France a le pouvoir d'initiative sur la chose collective et que le marché public n'est plus seulement à l'initiative de la puissance publique et que le secteur économique privé qui fait partie de la nation a, lui aussi, le droit de dire qu'il se charge de telle structure, à telles conditions.

L'Offre Publique de Marché

Extrait de Philippe GALY ; Pourquoi ça coince ? Chapitre 8 "Courage, encore quelques efforts !" ; Eyrolles - Editions d'Organisations, Juin 2005, ISBN : 2-7081-3314-4 ; pp 131 & 132

«Et si l'on rendait possible des « OPM » sur les services publics ?

Depuis toujours, la puissance publique peut confier à des entreprises privées des missions de service public. Par exemple, dès l'Ancien Régime, les services techniques de Paris ont été confiés à des entreprises privées : approvisionnement en eau, enlèvement des ordures ménagères et autres missions. Au XIX^e siècle, le système de la concession¹ a permis de confier au privé la réalisation et l'exploitation de réseaux d'eau, de gaz, d'électricité, de transports, etc.

En dehors de ces délégations, le secteur public achète des prestations de services dans de nombreux domaines d'activité : transports, entretien, restauration scolaire, nettoyage, enlèvement des déchets, etc. La régie publique et l'entreprise privée assurent simultanément ou en alternance des missions de service public : rien de plus habituel.

Mais la décision de confier une mission publique au privé est traditionnellement unilatérale : la puissance publique en décide le principe, définit un cahier des charges, lance un appel d'offres, attribue le marché à l'entreprise moins et si possible mieux disante, et le contrat s'applique pour la durée et au prix convenus.

Une grande innovation consisterait à ouvrir cette initiative au secteur privé, selon des règles et des procédures à définir. Sous un contrôle particulier à cette nouvelle procédure, une entreprise lancerait une sorte « d'Offre Publique de Marché » (OPM), réciproque symétrique de l'appel d'offres, par laquelle elle proposerait de prendre la responsabilité d'une mission publique exercée en régie, à des conditions de prix et de qualité qu'elle définirait dans un cahier des charges rédigé à son initiative.

Rien n'empêche des entreprises de faire des offres de services aux collectivités publiques, mais celles-ci ont seules le droit souverain de mettre ou non aux enchères des missions qu'elles ont exercé jusque-là en régie. De surcroît, elles ne sont en rien tenues de s'en justifier. C'est là que l'Offre Publique de Marché (OPM) innoverait également.

La nouveauté serait que, sous réserve de règles à définir, la collectivité publique serait obligée d'étudier l'offre et de l'accepter ou de la rejeter avec des justifications éventuellement contrôlables par une autorité indépendante ad hoc.

Par exemple, une entreprise privée pourrait lancer une OPM pour assurer la collecte des ordures ménagères d'une commune, la gestion de son parc de véhicules, la restauration scolaire ou toute autre mission.

L'avantage serait de partager l'initiative des marchés publics avec le secteur privé, de mettre les services en régie en demeure de répondre et de démontrer leurs performances et leurs coûts. Cette innovation s'inscrirait dans le prolongement d'une précédente innovation : la procédure des appels d'offres de performance, devenus «*dialogues compétitifs*». Il est d'intérêt public de rapprocher le privé et le public : cette procédure d'OPM en serait un moyen supplémentaire puissant.»

¹ Ou de la ferme, et autres variantes de la délégation de services publics.

M. Jean de KERVASDOUE.- La France n'a pas de **file d'attente** du fait du secteur privé. Nous sommes le seul pays d'Europe à ne pas en avoir pour la plupart de nos interventions chirurgicales parce qu'il existe.

Bien entendu, ce que l'on appelle, en économie, la demande induite n'existe que s'il n'y a pas de contrôle, la question étant de savoir qui contrôle, et notamment quel est le rôle des médecins contrôleurs des caisses d'Assurance Maladie. Or, comme vous le savez, la corporation médicale réussit avec succès depuis 70 ans à ne pas être contrôlée, en utilisant pour cela différents concepts comme par exemple celui de « *sécurité de l'information* », etc.

Mme Edith PESQUET.- Vous dites que nous allons a priori tirer notre épingle du jeu, mais ce qui m'inquiète le plus est la **démographie médicale**. Beaucoup de praticiens vont, paraît-il, partir à la retraite d'ici cinq ans, et le nombre de médecins va chuter de 50 %, ce qui est inquiétant parce que même dans le privé nous le ressentons ; nous avons du mal à recruter. De plus, les jeunes médecins, aujourd'hui formés dans les hôpitaux, ne vont pas forcément travailler 70 heures par semaine, et vous dites que l'on paie 70 % d'impôts quand on gagne trop, tout le monde ayant tendance à essayer de freiner. Je connais des chirurgiens qui partent en vacances à partir d'octobre-novembre pour avoir un peu moins d'impôts à payer.

On parle de **dépassement d'honoraires**, et je suis d'accord sur le fait que les patients les acceptent, mais pas par choix. Il est obligatoire d'en payer sinon ils ne peuvent pas se faire traiter, sachant que ce ne sera bientôt plus simplement un problème d'argent pour se faire soigner. Il faudra rentrer dans une filière bien précise.

M. Jean de KERVASDOUE.- Le discours sur la démographie médicale est du « baratin » pur. Les médecins n'ont jamais été aussi nombreux qu'aujourd'hui ; ils sont 205 000 contre 60 000 en 1968. Même dans l'hypothèse basse, les recrutements de médecins seraient plus nombreux en 2020 qu'aujourd'hui au Canada, qui est un pays un peu moins peuplé et un peu plus grand que la France. Les Canadiens ont moitié moins de spécialistes et de généralistes par tête, et on ne parle pas dans ce pays d'une pénurie de médecins.

Néanmoins, des problèmes se posent à certains endroits, et notamment dans votre région. Cependant, quand vous regardez la carte des médecins en 1900 - ils étaient 15 000 et on disait qu'ils étaient trop nombreux -, en 1968 et en 2005, la carte est la même. On ne l'a pas modifiée en multipliant par 3,5 le nombre de médecins !. Ce n'est donc pas en augmentant le nombre de médecins que l'on va régler le problème de la Normandie ou d'un certain nombre de régions, comme la Picardie, qui ont toujours été déficitaires.

Néanmoins, des problèmes se posent dans certaines spécialités, comme l'anesthésie, mais une partie de la pénurie d'anesthésistes est bureaucratique. Ce

n'est pas parce que l'on a obligé à avoir un anesthésiste derrière chaque malade en cas de problème qu'une demande existe. Il suffit que le règlement évolue ainsi que le rôle relatif des anesthésistes et infirmières pour que du jour au lendemain la pénurie disparaisse.

C'est une illustration de ce que disait Michel Crozier : si vous ne changez rien, vous ne vous adaptez pas, et il y a forcément des problèmes d'organisation. Il est vrai que nous avons connu une démographie très particulière du fait de la réforme de 1968 des universités. Je vous rappelle que les médecins étaient alors au nombre de 60 000 et que 100 000 médecins ont été formés entre 1968 et 1978. Les hôpitaux ont eu, pendant ces années-là, une main-d'œuvre très bon marché, avec les CES pour les anesthésistes, mais aujourd'hui ces personnes partent à la retraite. Cependant, le problème n'est pas le nombre. Je pourrais vous en parler longuement, mais j'ai écrit un livre sur ce sujet⁹... (*Rires*)

Dr Guy BAZIN.- Je suis tout à fait d'accord avec Jean de Kervasdoué, et j'évoquerai volontiers la disparité des répartitions d'anesthésistes, étant entendu qu'en France ils sont en effet largement suffisamment nombreux, mais il faut reconnaître qu'ils le sont très peu dans le privé par rapport à ceux que comptent le public pour faire deux fois moins de prises en charge. Je lui donne entièrement raison sur ce point.

Je voulais poser une question à Philippe Galy, en particulier sur **la LOLF**, qui me passionne beaucoup. Vous savez maintenant un peu ce qui se passe en termes de santé puisque vous nous entendez depuis ce matin. Je voudrais savoir si la LOLF pourrait avoir une importance considérable sur l'évolution de l'organisation et de la prise en charge des patients dans le système de santé français et en particulier à l'hôpital.

Pour aller dans ce sens, je voudrais également m'adresser à M. Crozier, qui a une vision tout à fait sidérissante, je dirais "romantique", de la gestion de nos systèmes, qui sont complexes. Si j'ai bien compris, il s'agit en fait de mettre l'homme avant la procédure et je partage tout à fait son point de vue sur le nécessaire rééquilibrage, même si en médecine nous ne sommes pas encore les champions de la procédure !. En fait, je voudrais savoir dans quelle mesure la

⁹ Note UNHPC : Jean de Kervasdoué, Collectif ; La crise des professions de santé ; paru le : 12/06/2003 ; Editeur : Dunod ; ISBN : 2-10-007887-9 / EAN 13 : 9782100078875 ; 320 pages.

Table : 1 - Symptômes et origines de la crise (Kervasdoué) ; 2 - Origine économique de la crise des professions de santé (Ullmann) ; 3 - L'assurance maladie : crise de la représentation et crise de régulation (Hassenteufel) ; 4 - Les médecins libéraux (Pellet) ; 5 - Indépendance des médecins : paradoxe du droit (Pellet) ; 6 - La grande désillusion des médecins libéraux (Robelet) ; 7 - La médecine hospitalière (Schweyer) ; 8 - Les infirmières : une profession à la recherche d'autonomie (Ack-er) ; Conclusion : les leçons de la crise (Kervasdoué).

Cf aussi les "Carnets de santé de la France" en particulier les éditions 2003 et 2004.

LOLF pourrait éventuellement nous « tomber dessus » de manière générale, en rendant caduques toutes nos élucubrations et toutes les manipulations en termes d'organisation de la santé.

M. Gérard PARMENTIER.- Une partie de la salle ne connaît peut-être pas encore ce que ce sigle recouvre, mais M. Galy peut sans doute nous dire deux mots de la LOLF pour nous mettre en appétit.

M. Philippe GALY.- La LOLF est pour résumer - en vous épargnant 98 % de la description - la liberté de gestion. Imaginons que vous soyez le chef d'un établissement public ou d'une organisation administrative et que vous décidiez d'acheter du matériel ou de le louer, ainsi qu'un immeuble, et de recourir à une prestation sous-traitée : vous en aurez la liberté, sachant que depuis plus de deux siècles chaque crédit était limité à trois dimensions : son montant, l'année budgétaire et sa nature. On vous dit maintenant que vous avez le droit de les gérer globalement, mais vous n'avez pas celui d'embaucher du personnel.

LOLF signifie « *Loi Organique relative aux Lois de Finances* », ce qui signifie qu'elle décrit la façon dont on prépare et vote le budget de la République. Ce que je viens de décrire est la « *fongibilité asymétrique* », qui est une révolution : vous n'êtes plus limités par la nature de vos crédits et vous pouvez décider librement de la réaffecter, comme vous le faites dans le privé. En revanche, c'est "asymétrique". Le but étant d'éviter la montée perpétuelle des effectifs, vous ne pouvez pas utiliser vos crédits pour embaucher des personnes.

M. Michel CROZIER.- Concernant le romantisme des aspects humains, je crois que c'est on ne peut plus pratique. Il n'est pas romantique du tout de penser que les choses sont faites par des femmes et des hommes et qu'il faut s'en occuper. M. Galy en a un peu parlé : si l'on s'en occupe de façon procédurale et structurale, ce que l'on fait maintenant, il n'y a aucune possibilité d'avancer. L'**innovation** est faite non par des structures mais par des bonshommes, et il faut leur donner de la liberté. Je ne suis pas persuadé que la LOLF y parviendra, mais il faut le faire et aller plus loin, en trouvant le moyen de la rendre possible. Vous ne pourrez pas vous attendre à ce que des personnes agissent efficacement si elles n'ont pas une liberté suffisante.

↳ **M. Jean-Philippe MOUSNIER**

M. Gérard PARMENTIER.- Maintenant, la parole est à M. Jean-Philippe Mousnier, que je remercie, en votre nom, comme tous nos autres orateurs, pour sa présence parmi nous. Mais il existe aussi des motifs de remerciements spécifiques pour chacun, M. Mousnier nous honore d'une contribution originale que vous avez dans votre dossier. Nous lui devons un merci tout spécial pour cette contribution écrite car il y a beaucoup travaillé.

M. Jean-Philippe MOUSNIER.- Il est de plus en plus difficile de prendre la parole tout au long de cette journée et principalement cet après-midi, beaucoup de sujets ayant commencé à être abordés, mais j'ose pourtant essayer.

Je tiens tout d'abord à remercier un certain nombre d'artistes qui m'ont prêté leur concours. Un beau dessin vaut parfois mieux que de longs discours et vous verrez tout au long de ma présentation un argumentaire double, pictural d'une part et philosophique ou sociologique d'autre part.


Je ne vais pas du tout entrer dans le débat public-privé parce que c'est une chimère et le mythe de la société française néo-avancée ou néo-consommée ; il ne correspond plus à rien sur le plan économique aujourd'hui. Où est le public et où est le privé ? On voit aujourd'hui le public dans le privé et le privé dans le public et, dans des secteurs d'activité très différents comme l'insertion économique et sociale, le tourisme, l'urgence, les grands projets. A Bahreïn, Monaco et Marrakech, le maître mot est le partenariat public-privé. Plus aucun projet ne se fait sans co-financement ou co-responsabilité, plus ou moins maladroite, équilibrée ou expérimentale, avec côte à côte le public et le privé.

Il a été question de la LOLF. Je fais partie des rares personnes qui l'accompagnent dans des Ministères complets. Elle portera peut-être ses fruits un jour. Toujours est-il que la façon dont on la répand aujourd'hui dans le Ministère ressemble à ce que l'on a fait pour toutes les réformes. Comme pour le PMSI, on a de belles intentions au départ, avec un beau cadre méthodologique qui amène une rigueur qui va permettre de comparer des torchons et des serviettes pour définir une unité de compte commune entre les deux, mais ce qui manque est la base zéro. Sur quoi la LOLF est-elle calculée ? Sur le budget 2005, qui a été rentré dans la grille de lecture des sept catégories de la LOLF, et c'est le budget 2005 qui prépare les budgets 2006 et 2007, plus ou moins 3 %. Mais ce n'est pas l'enjeu. Des sommes colossales sont en dehors des finalités auxquelles elles sont affectées, sans initialisation économique. C'est une photographie des budgets actuels, que l'on va replacer dans une dynamique, avec la négociation sociale que vous connaissez tous. Pour bouger, il faudra trois personnes, ou 30 000 €, ou un investissement dans un établissement, des arbitrages à tous les niveaux.

En même temps, c'est une dynamique importante de clarification des coûts, car on va savoir où ils sont et à quoi est utilisé grosso modo l'argent du public et du privé, car si on regarde bien la LOLF on se rend compte qu'une partie de l'argent public rentre dans celle-ci, mais n'attendons pas de la LOLF des miracles en matière de gestion ! Je prends l'engagement devant vous qu'il faudra dix ans avant que la LOLF serve à clarifier et à améliorer considérablement et efficacement la gestion de l'Etat. En revanche, ce sera un outil de clarification et peut-être des institutions comme la Cour des comptes pourront-elles s'en servir pour redonner des directives et orientations ?

Le projet de l'Institut d'architecture du patrimoine au Palais de Chaillot va finalement aller jusqu'au bout, malgré Jean-Jacques Aillagon et un certain nombre de personnes, parce que le financement a été mutualisé. Toute la partie électrique est prise en charge par E.D.F., Veolia ayant pris en charge la rénovation de la galerie de l'actualité. De plus, un certain nombre de grands groupes ont financé une partie des investissements sur dix ans, l'ensemble du projet s'inscrivant dans une économie mixte partagée, avec un retour d'image et une récupération qui crée une économie nouvelle. Il sera amorti sur sept ans et non sur dix-sept, les ventes indirectes étant dans un musée trois fois plus importantes que les ventes directes. Il pourra donc s'agir quasiment d'un musée gratuit en termes de billetterie, qui rapportera trois fois plus que les musées payants en l'amortissant en sept ans et en y associant toute une dynamique populaire, au sens sociétal du terme, qui mobilisera différentes couches de la population et créera un phénomène d'une ampleur internationale. On est en même temps dans le public et dans le privé.

Comprendre la modernité



- Les mutations
- Les crises
- Les ruptures prévisibles
- Les changements de rationalité
- Les innovations
- Les nouveaux acteurs
- Les règles du jeu

Je ne connais pas bien la santé mais je ne suis pas complètement ignorant, ne serait-ce que de par ma participation à la Haute Autorité de Santé et un certain nombre de travaux antérieurs. Mon rôle est d'être un passeur. Je regarde la société bouger et j'essaie de dégager un certain nombre de phénomènes, de mutations et de crises pour anticiper des ruptures et étudier dans une optique très « croiziérienne » la sociologie des organisations. Mon cœur de métier consiste à regarder comment de nouveaux acteurs, que l'on ne voit pas venir, apparaissent. Mon maître et professeur, Michel Crozier, m'a formé avec un terme qui m'a toujours marqué : l'acteur oublié, celui qui est tellement visible et présent qu'on l'oublie dans l'analyse et la stratégie.

En tout cas, une chose est certaine : on est à la fin d'un système de santé. Cela ne fonctionne plus et tous les replâtrages que l'on fait coûtent de plus en plus cher pour une efficacité résiduelle de moins en moins présente, visible, durable, etc. On voit en même temps émerger différents modèles et un nouveau système se mettre en place, mais attention : ne demandons pas à un gouvernement ou une autorité mythique ou à un deus ex machina d'inventer du premier coup le bon système.

Comment va-t-il être inventé ? Je me suis amusé à mettre dans votre dossier trois ou quatre pages sur la prospective, c'est-à-dire la façon dont on voit le monde dans dix ans, car c'est ce qui est important aujourd'hui par rapport à l'invention du système de santé. Il ne s'agit pas de regarder comment il fonctionnait hier et de quelle façon nous allons résoudre nos petits débats corporatistes. La question est de savoir comment répondre globalement, demain, aux besoins d'une société qui nous financera, peut-être autrement qu'aujourd'hui. Cela implique d'accepter de passer par un jeu d'essais et d'erreurs. Nous allons essayer un certain nombre de dispositifs et ce qui comptera sera la capacité à les évaluer de façon neutre et impartiale, afin de créer un débat contradictoire. C'est le fait d'introduire le débat dans l'évaluation qui va permettre de dégager ce qui est innovant dans les différents modèles qui apparaissent côte à côte.

Les modèles européens ne sont plus l'Allemagne et l'Angleterre aujourd'hui. On les garde en référence car nous sommes tous habitués à faire des copiés-collés dans nos bibliographies, mais les vrais modèles européens sont l'Espagne et l'Italie. C'est là où il y a de l'innovation. On arrive en deux ou trois mois à Barcelone, qui est une ville que j'admire particulièrement, à faire des choses là où il faut six ans en France.

Je travaille à Monaco et Bahreïn : il faut un an à Bahreïn pour construire et lancer une clinique, y compris pour recruter les 30 ou 40 chirurgiens, médecins, etc. qui vont venir la mettre en place et l'occuper, et je ne parle pas d'une clinique où le matériel reste emballé. Je parle d'une clinique qui fonctionne et qui remplit son usage et donne satisfaction.

C'est plus délicat à Monaco - il faut un an et demi à deux ans -, mais à Bahreïn il n'y a pas d'Etat : ce ne sont que valises et bakchichs, et cela fonctionne bien. Il n'y a pas de privé à Monaco : tout appartient au Prince et tout se fait autour de la famille royale et d'un certain nombre de capitaux. C'est très « étatique » et tout s'organise. Ce sont deux cas complètement différents mais cela fonctionne de la même façon. Nous allons voir pourquoi.

Je voudrais partager rapidement avec vous un certain nombre de points qui me paraissent un peu en retrait - et je m'en excuse en avance par rapport à toute la discussion que vous avez engagée - mais représenter des grilles de lecture importantes pour mettre en perspective cette discussion et essayer de la projeter dans deux, trois ou cinq ans pour voir ce qui est important ou non dans les rapports et échanges que nous avons.



La tête carrée de Sacha Sosno, à Nice, nous montre qu'une tête bien faite doit aussi rentrer dans le moule dans lequel on veut la faire rentrer. Où sont notre identité, notre métier et notre profession par rapport à toutes les exigences et contraintes qui existent à l'extérieur ?

Tout le cœur de la compréhension de cette modernité est de prendre la bonne distance, c'est-à-dire de savoir monter au balcon pour se regarder défiler dans la rue, savoir prendre du recul par rapport à soi-même tout en restant un acteur engagé, car c'est ce que vous faites aujourd'hui qui va modifier la ligne de force de ce qui pourra être pensé demain. Il faut à la fois avoir du recul et s'engager dans l'action mise en place.

Le premier des points sur lequel je voudrais prendre un peu de temps avec vous pour introduire les premiers éléments de la grille est l'intelligence économique, avec le rapport Martre¹⁰ d'abord, le rapport Carayon¹¹ ensuite, et la nomination d'Alain Juillet¹² comme haut responsable de l'intelligence économique auprès du Premier Ministre. Tout ceci est un peu compliqué et ne concerne que les spécialistes, mais l'intelligence économique redéfinit la notion de stratégie, trois points étant comme par hasard au cœur des réflexions que nous avons depuis ce matin.

Le premier est la notion de réseau.

¹⁰ Note UNHPC : Commissariat général du Plan ; Rapport dit "Martre" Intelligence économique et stratégie des entreprises ; Publication à la Documentation Française, 1994 ; Président : Henri Martre ; Conseiller : Jean-Louis Levet ; Rapporteur : Philippe Clerc

Le rapport Martre définit l'intelligence économique comme "l'ensemble des actions coordonnées de recherche, de traitement, de distribution et de protection de l'information utile aux acteurs économiques obtenue légalement."

Pour le comité pour la Compétitivité et la Sécurité économique : "Le concept d'intelligence économique recouvre les champs suivants :

- Au service de la cohésion sociale, l'instauration de relations entre l'Etat et les acteurs économiques et sociaux adaptées aux enjeux mondiaux de compétitivité participent, par le développement économique, au maintien du tissu social.

- Au service des entreprises, la mise à disposition de l'information utile et notamment économique et financière, commerciale, juridique et réglementaire, scientifique et technique ; la sensibilisation/formation des entreprises à l'utilisation de l'information ; le soutien des entreprises dans la conquête de marchés extérieurs, dans la veille technologique et concurrentielle, à l'acquisition de nouveaux savoir-faire...

- Au service de l'Etat, la définition de politiques, de stratégies, la mise en cohérence, le développement d'outils, de modes d'organisation et de travail au sein du gouvernement et de l'administration visant à augmenter la performance économique de la France notamment par une meilleure circulation de l'information et une collaboration interministérielle plus fréquente. En ce sens, l'intelligence économique est un levier de réforme de l'Etat."

¹¹ Note UNHPC : En janvier 2003, le Premier Ministre Jean-Pierre Raffarin a confié à Bernard Carayon, député du Tarn, le soin de dresser "l'état des lieux de la façon dont notre pays intègre la fonction d'intelligence économique dans son système éducatif et de formation, dans son action publique et au sein du monde des entreprises". Il l'a aussi chargé de lui proposer des recommandations destinées à valoriser cette fonction. Le rapport a été remis le 30 juin 2003 sous le titre "Intelligence économique, compétitivité et cohésion sociale". il est téléchargeable (176 pages) à l'adresse suivante : http://www.bcarayon-ie-com/pages_rapportpm/rapport_mission.html, ou à la Documentation Française : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000484/index.shtml>

¹² En Décembre 2003, Alain Juillet, directeur du renseignement de la Direction générale de la sécurité extérieure (DGSE) a été nommé haut responsable en charge de l'intelligence économique auprès du Premier ministre Jean-Pierre Raffarin

Je dois dire que j'ai été impressionné. Je suis allé en Région Rhône-Alpes et j'ai vu 4 réseaux de soins de suite. Je m'étais occupé il y a dix ans de la mise en place de l'HAD dans les hôpitaux ainsi que de services de suite et de soins para-hospitaliers, du social et du mélange entre le social, le médical et le politique dans certains départements. Or le réseau modifie complètement les conditions d'exercice. Les réseaux les plus en pointe vont jusqu'à choisir les protocoles, former les praticiens, définir les systèmes d'information, mutualiser les ressources, contribuer aux choix de rémunération et gérer les systèmes d'assurances.



Le réseau est un acteur nouveau qui arrive et qui est certainement une des voies d'avenir. Il ne m'appartient pas de dire jusqu'où et quel est son périmètre, mais c'est une des voies d'avenir dans lesquelles investir, parce que l'on a, à l'intérieur du réseau, dépassé le conflit public-privé qui existe sur le plan national. La solution est dans le réseau, entre les acteurs locaux - c'est ce que les sociologues aiment appeler « le système d'actions locales » -, car il y a là des décisions à prendre et des actions concrètes à mettre en œuvre. Des solutions existent à l'intérieur des réseaux territoriaux qui n'existent pas ou que très difficilement sur le plan national.

Un des exemples de la modernité de la réflexion dans les réseaux est que celui que j'ai rencontré s'interroge même sur son statut juridique et envisage de se transformer en GIP (groupement d'intérêts professionnels). Cela peut paraître une simple anecdote sur le plan du label mais c'est une vraie révolution culturelle, à travers la place et la reconnaissance du réseau.

Je parlerai peu de l'accès à la connaissance et au savoir car presque tous les conférenciers avant moi ont insisté sur ce sujet, Michel Crozier ayant en parti-

culier évoqué la notion d'intégration du savoir. Avec l'intelligence économique, les travaux de Jean-Louis Levet au Commissariat général au plan et un certain nombre de personnes, on peut dire que ce qui caractérise les années que nous vivons actuellement est que nous sommes passés de la société d'information - où l'enjeu était d'aller chercher les bonnes informations - à l'économie du savoir, l'enjeu étant de trier, parmi les trois milliards d'informations qui nous arrivent, les quatre ou cinq dont nous avons besoin et qui sont vitales pour nous permettre de continuer à exercer notre métier, notre profession, notre réseau de relations, notre réseau fraternel, etc.

Cela veut dire que le modèle n'est pas forcément uniquement celui de l'intégration. Le modèle est davantage - et l'intelligence économique le promeut - celui des sites de renseignements et écoutes téléphoniques. Vous avez besoin de capter à travers trois millions d'informations les nouvelles, les flux, les stocks et les sources qui sont en place et qui conditionnent ce que vous faites, et votre bonne volonté ne suffit pas. Vous avez besoin d'outils, de techniques et d'intégrateurs qui soient des logiciels et des systèmes d'information. Il vous faut des systèmes lourds et fiables paramétrés en fonction de vos besoins. Cela veut dire qu'une médiation technique est forcément nécessaire dans le cadre du rapport au savoir, ce qui est complètement nouveau, et je pense que vous pouvez mesurer l'importance que cela a. Le problème de la médiation technique est que ceux qui n'y ont pas accès s'isolent beaucoup plus vite et que très vite on casse les savoirs ou l'évolution des connaissances par des accès plus ou moins proches ou éloignés aux sources de savoir et de connaissances.

Enfin, il faut, s'agissant de l'intelligence économique, mentionner l'importance des stratégies territoriales. Réseau et territoire sont deux mots qui raisonnent de la même façon, mais la stratégie territoriale est un élément nouveau.

Je dirai, pour être bref et vous laisser le temps de poser quelques questions si vous le souhaitez, que Paris se contourne non seulement par Bruxelles mais aussi par Toulouse, Bordeaux et Caen. On fait avancer un dossier par des systèmes de réseaux, d'influences, de lobbying, etc. N'ayons pas peur des mots. C'est ainsi qu'aujourd'hui le pouvoir se gère, se met en place et se concerte, ces systèmes d'influences étant entre nos mains et à notre disposition, mais en France on a mauvaise conscience. On ressent une culpabilité un peu judéo-chrétienne : l'influence, le pouvoir et le lobbying, ce n'est pas bien. Regardez ce qui se passe à Bruxelles, chez les Anglo-Saxons et dans un certain nombre d'autres pays à travers le monde : il ne sert à rien de parler de patriotisme économique et de faire la une de la presse pour pleurer ensuite à chaque fois que « l'on se fait avoir » par rapport à un certain nombre d'actions qui auraient pu permettre de gagner.

Cela veut dire également qu'il faut repérer les leviers et acteurs d'un territoire, l'un d'entre eux devenant de plus en plus important - nous allons le voir tout à l'heure avec le développement durable - : la presse et les médias. On l'a vu à propos de fermetures et de réouvertures de certains établissements perdus dans des endroits dans lesquels on n'avait plus envie de continuer à financer : une bonne campagne d'opinion fondée et argumentée, mobilisant à la fois les élus et les ressorts économiques, a parfois raison des décisions politiques les plus farouches, qui montent quasiment jusqu'au Premier Ministre.



La cancérologie bénéficie d'un atout privilégié. Votre réputation, la qualité du travail que vous faites et son importance, ainsi que celle de la présence de la rémission, dont il a été question ce matin, font que vous êtes beaucoup moins soumis que les autres professions médicales aux critiques et attaques de ce que l'on appelle « *la responsabilité sociale élargie* ».

Je m'en rends compte par exemple dans les cliniques de luxe, à Bahreïn ou Marrakech : on me demande toujours des cancérologues français. Les chirurgiens sont américains et d'autres pratiques sont européennes ou internationales, mais pour la cancérologie, domaine qui était encore réservé jusqu'à présent mais commence à s'ouvrir, on veut absolument l'étiquette française. Votre réputation est forte. Cela vous donne trois ou quatre ans de répit et d'avance par rapport à tout ce que je vais dire maintenant, justement pour que ces années ne soit pas perdues, mais je pense qu'à l'arrivée on ne pourra pas échapper au fait que tout le monde devra répondre à un certain nombre d'exigences ou d'attentes.

Qu'est-ce que l'élargissement de la responsabilité sociale ? On peut en penser le pire. Le principe de précaution empêche de faire n'importe quoi, mais toute action est un risque. Le principe de précaution est non pas le risque zéro mais le principe de vigilance, qui consiste à être conscient des risques que nous faisons subir aux personnes qui sont autour de nous, qu'il s'agisse de nos salariés, de nos patients, de nos clients ou des acteurs de la famille de nos clients, et à dire quelles précautions nous prenons en connaissant les risques.

Il faut arrêter de pleurer sur le principe de précaution et la responsabilité sociale élargie, tout d'abord parce que c'est irréversible. On voit se développer la sensibilité de la société civile et de l'opinion publique dans tous les sens, et c'est aujourd'hui une des données qui rentrent dans les négociations. Nous pourrions en parler tout à l'heure, mais ce n'est peut-être pas par hasard que les premiers groupes internationaux et français qui ont investi dans le développement durable et l'ont financé sont Total, Framatome, etc. Ils avaient tout à perdre de l'opinion publique et d'une attaque contre leur image, leur marque, etc., et ce sont eux qui les premiers ont engagé l'action en matière de développement durable.

Je veux dire en évoquant la responsabilité sociale élargie qu'un certain nombre d'éléments modifient la règle du jeu. Elle est modifiée à partir de trois données, la première étant l'obligation de la preuve. Etre bon ne suffit plus ; il faut pouvoir le montrer. Je suis très humble en disant cela, car ce ne sont pas les preuves les mieux faites qui sont la garantie de la qualité la plus fine.

La confiance est dans le regard et dans la caresse, et c'est parfois avec le premier mot que l'on dit qu'on la gagne ou qu'on la perd. La preuve est toute la démarche qualité et accréditation. Les certifications de services, les protocoles et les pratiques signifient que l'on doit pouvoir donner ce que l'on appelle la preuve opposable de la conformité aux bonnes pratiques s'agissant des protocoles et actes que l'on met en place. C'est autre chose que d'être bon. Il faut être capable de montrer que l'on a respecté un certain nombre d'éléments.

C'était jusqu'à aujourd'hui à la personne victime de faire la preuve qu'elle l'avait été et que le « coupable » était bien tel médecin, telle association, telle maison ou telle entreprise. Aujourd'hui, à partir d'une simple main levée, c'est à l'entreprise d'apporter la preuve qu'elle a pris toutes les précautions pour qu'il n'y ait pas de victime. Cela renverse complètement la légitimité du droit.

Beaucoup d'avocats n'ont pas encore complètement intégré cette dimension dans le droit de la consommation, qui est le seul droit opposable de la preuve. Cela implique simplement de mettre en place au milieu des protocoles un système de précaution. Vous allez voir que l'on n'est pas démuni par rapport à cela, à condition de se tenir informé. Plutôt que de se dire, comme dans un petit village gaulois, que cela concerne les autres mais pas nous, il faut commencer maintenant à se préparer au cas où un jour nous serions concernés.

Un troisième point fondamental est le fait que l'éthique était, jusqu'à présent, un domaine réservé. Elle ne se discutait pas ; elle était notre cœur de métier. Attention à l'appellation « propriétaire » que j'ai entendue en fin de matinée. Elle est très intéressante dans la mesure où cela nous place au cœur du système de pouvoir vis-à-vis de ce que nous faisons, mais elle est parfois une forteresse qui nous empêche d'évoluer par rapport aux autres systèmes. Toutes les applications propriétaires ont donné lieu à des révolutions informatiques parce qu'elles n'ont pas pu migrer et intégrer les évolutions des autres systèmes.

On ne peut penser « propriétaire » que dans une architecture globale ouverte. N'importe quel informaticien conscient vous le rappellera. Attention aux problèmes de déontologie, de pratiques et de protocoles. Ce n'est pas mon métier, et je ne me permettrai pas de dire quoi que ce soit à ce sujet, mais attention à ne pas rentrer dans des systèmes où tout à coup des réseaux redéfinissent sur le plan régional des protocoles chacun dans leur coin en même temps que la Haute Autorité redéfinit des règles de certification aux bonnes pratiques et qu'une évaluation des pratiques professionnelles se met en place. Il existera, au bout d'un moment, tellement de protocoles, chacun légitime à sa façon sur un petit territoire, que l'on ne pourra plus fonctionner. Ne croyez pas que je plaisante. En matière d'ISO 9 000 ou 14 000, on sait que l'on aura tellement de procédures à arbitrer que l'on commence par créer celle qui permettra d'arbitrer les autres, et trois ans après cela donne les milliers de procédures que vous connaissez.

L'évaluation des pratiques professionnelles



- Réponse volontaire aux défis de la RSE
- Preuve opposable
- Maîtrise des risques
- Harmonisation des pratiques et des protocoles
- Reprendre l'initiative sur les assurances

On peut à partir de ces six points mettre en place trois axes de travail et de recherche qui permettent de regarder comment faire. Le premier consiste à investir complètement le territoire de l'évaluation des pratiques professionnelles de l'EPP, parce que c'est une réponse volontaire à toutes les attaques éventuelles ou modifications des règles du jeu de la responsabilité sociale élargie. En effet, l'évaluation des pratiques professionnelles vaut en soi preuve opposable en justice. Cela signifie que l'on peut économiser énormément de travaux et de risques ou de soucis en cas de problème en montrant que l'on est conforme à un dispositif d'EPP. C'est un détail tout à fait significatif, et je ne crois pas qu'il ait été mis beaucoup en avant jusqu'à présent. Il correspond en fait à une maîtrise des risques qui est notre honneur et notre réputation professionnelle.

Nous n'avons pas besoin de la menace d'aller en justice pour nous intéresser aux risques que nous prenons nous-mêmes et que nous faisons prendre aux patients par rapport au choix des protocoles et pratiques que nous mettons en place ; c'est le cœur même de notre métier. Nous avons un moyen d'harmoniser et de coordonner l'évaluation des pratiques professionnelles avec la mise en place de la pratique.

Enfin, il faut reprendre l'initiative sur les assurances. J'ai parlé à deux reprises des assureurs : il se trouve que je suis un expert de l'assurance et d'un certain nombre de mutuelles dans le cadre de l'évolution prospective et stratégique. Dans la limite de ce que peux indiquer - je suis lié par une certaine obligation de réserve -, je me permets de vous dire de faire très attention.


Que se passe-t-il aujourd'hui ? Les premiers assureurs commencent à sortir leurs référentiels s'agissant de la responsabilité professionnelle. Ils se moquent de savoir si vous êtes accrédités ou non, certifiés ou non, etc. Ils vous envoient leurs 120 questions et, si vous répondez, vous êtes placés en taux 3, 4 ou 5 et ils vous renvoient le dossier en vous disant qu'ils sont désolés. Cela peut vous paraître anodin, mais c'est très grave. Cela veut dire que ce n'est plus vous qui évaluez la maîtrise de votre risque professionnel. Vous rentrez dans une économie de marché et dans une concurrence entre assureurs, qui vont dire s'ils veulent vous prendre et, à quel taux, sur la base de leurs propres référentiels, et non plus sur la base des vôtres.

A force d'empiler les référentiels ils perdent toute légitimité. Il a été question ce matin - et je suis assez d'accord - de la profusion des institutions, mais l'une d'entre elles a engagé un dialogue intéressant avec l'ensemble des professionnels, des associations, etc. : la Haute Autorité de Santé.

Ceux qui, parmi vous, ont accès à la V2, regardez le progrès par rapport à la V1 : cela n'a rien à voir, le progrès allant dans le sens du dialogue, du contrôle et de la discussion. Etant membre du Comité de certification, je vois vraiment le progrès entre la V1 et la V2. Peut-être la V3 sera-t-elle encore mieux, mais il existe un lieu de confrontation et de débats dans lequel doit, à mon avis, au minimum, se croiser tout ce qui se passe en matière d'évaluation, afin qu'il

existe quelque part en France une vision globale des dispositifs français. Et encore ! : nous nous inscrivons tous dans des dispositifs internationaux et européens.

L'importance des médiations



- Remise en perspective du face à face « patient -praticien »
- Force des réseaux comme lieu de médiation
- Renforcement des unions professionnelles
- Urgence de dispositifs de veille stratégique, juridique et sociétale

Le deuxième point est l'importance des médiations. Il est évident, par rapport à tout ce que je vous dis - et je vous remercie de me supporter ; vous auriez pu vous lever et partir en courant - que vous n'avez pas le temps. Et l'on vient vous parler de passer encore deux fois plus de temps à faire autre chose que votre métier, dont le cœur est la relation et le face à face avec votre patient ! Vous sentez pourtant bien que c'est l'avenir, à savoir investir 10 à 20 % de son temps dans la gestion des relations et des réseaux ou leur initialisation. Il faut créer les réseaux dont on a besoin, les configurer et y participer, mais pas passivement. Il faut être acteur des réseaux, sans oublier les soignants. Des progrès énormes ont été faits, et les protocoles sont presque les mêmes au niveau soignant que médical, en particulier s'agissant de l'obligation de consentement éclairé.

Sans les réseaux, vous serez de plus en plus démunis par rapport à l'ensemble de ce que l'on appelle le patrimoine immatériel. Il s'agit non pas de contraintes immédiates, mais de points sur lesquels on saura vous attendre au coin de la route en cas de problème, la réponse ne se situant pas à votre niveau. Ce n'est pas à vous de faire la tournée des radios, des journalistes, etc. pour expliquer qui vous êtes, ce que vous faites, etc. De nouveaux acteurs et de nouvelles médiations se mettent en place dans la dynamique actuelle, en particulier les Conseils de l'ordre et unions professionnelles, qui deviennent des tiers extérieurs opposables qui sont d'ailleurs appelables en justice à vos côtés, à leur initiative, à la vôtre ou à celle du plaignant. Ils peuvent jouer un rôle extrême-

ment important en matière de vigilance et de montage de cellules de veille stratégique, sociétale, etc. pour vous aider à anticiper et à vous inscrire dans l'évolution naturelle de la société.

On voit, à travers tous ces dispositifs, que les nouveaux partenariats public-privé prennent de plus en plus d'importance, ces réseaux concernant non seulement le financement mais aussi l'indemnisation, le choix des protocoles, les relations avec les laboratoires et l'ensemble des services qui accompagnent, qui peuvent être aussi bien publics que privés. Il s'agit aussi de l'accompagnement des familles, des personnes et de l'ensemble de la gestion des effets indirects.

Prenons l'exemple du Ministère de la Culture et des pôles de compétitivité en cours de création. La santé est partie prenante dans 7 pôles, ce qui va conduire à une redistribution des ressources de la recherche et du développement. Ce sont des mannes de financements pour les projets que vous pouvez avoir dès qu'ils sont un peu ambitieux. Les pôles de compétitivité participent au financement des projets transversaux.

Permettez-moi de revenir un instant sur un sujet qui me tient à cœur : le secteur 2 - dont nous parlons de façon un peu diffuse depuis tout à l'heure - et ce que je permets d'appeler le piège du secteur 2. Je ne comprends pas que vous ne voyiez pas venir ce qui se passe. Cela ne vous étonne-t-il pas que subitement on vous laisse faire et que plus personne ne s'intéresse à la façon dont vous fixez vous-mêmes vos honoraires, sachant que la personne paye mais qu'elle est remboursée ensuite, un peu plus ou un peu moins selon les cas ? L'Etat se retire et regarde, discret, de même que les personnes directement concernées (les assureurs et les mutuelles). C'est clair : on passe dans un système de déréglementation qui va produire un système de nouvelle régulation, tout le monde jouant aujourd'hui la catastrophe, qui est dans les cartons des assureurs.

Les assureurs vont faire pour le secteur 2 exactement ce qu'ils ont fait pour la responsabilité civile. Ils vont créer leur réseau et dans celui-ci agréer 30 ou 40 % d'entre vous, qui vont accepter de ne pas aller au-delà de tel dépassement d'honoraires, mais on semble oublier que l'assureur du praticien est également celui du patient. Par conséquent, le même assureur va recommander certains médecins aux patients dont il s'occupe, ce qui existe déjà pour les assurances automobiles et l'électroménager. Vous avez tout à perdre à cela. Cela veut dire que ce sont des compagnies privées, françaises ou internationales - des holdings se mettent en place -, qui vont définir les conditions de rémunération et d'ajustement du marché. L'Etat a intérêt à ce que ce soient d'autres que lui qui fassent les frais du premier choc, qui sera forcément violent.

Certains sont très contents parmi vous, parce qu'ils auront le bon label, mais vous sentez déjà comment cela va se passer. Regardez la chimie : le droit de polluer peut tout à coup s'acheter, s'échanger, etc., comme d'autres devront

acheter un ticket pour entrer dans le bon label. Mon rôle est simplement de dire : « attention ». Je ne suis pas sûr que cela se passe de la sorte mais c'est un risque. Nous en voyons en tout cas les prémisses et tout le monde sait que les plans sont prêts. Ce qui m'inquiète est que l'on ne les sorte pas tout de suite et que l'on attende que la situation se dégrade encore un peu plus. A ce moment-là, l'opinion sera renversée du côté de l'assureur, justement pour arrêter le chaos qui existe en matière de comparaisons de prestations.

Il faut dire que c'est folklorique ! Actuellement, pour une même prestation, les prix varient pour des praticiens qui ont la même expérience de 70 à 180 € dans la même ville de province, où tout se sait. Ce n'est ni sérieux, ni raisonnable. Demandons-nous simplement pourquoi tout à coup tout le monde nous laisse faire, et que la sagesse de Kandinsky nous éclaire dans les réflexions que nous pouvons avoir.

Excusez-moi si je suis caricatural, car quand on est bref on grossit forcément le trait. Tout ce que j'ai dit demanderait beaucoup plus de nuances, mais je puis profondément convaincu que la santé n'est pas un monde à part par rapport à l'évolution actuelle de la société civile. La santé participe à l'évolution de la société civile et inversement. Cela veut dire un certain nombre de choses fortes.

Il s'agit d'une évolution qui a un caractère irréversible. Je veux dire par là non pas que c'est une fatalité, mais que la sensibilité par rapport à l'éthique, le travail des enfants, l'écologie, l'anti-gaspillage, l'énergie propre, les énergies non renouvelables, la partie environnementale de développement durable et la transparence financière...

Attention aux règles de transparence financière : elles ont jusqu'à présent été détournées, et par grands corps interposés on ne s'intéresse qu'à la gouvernance des entreprises, c'est-à-dire aux relations entre elles, les Conseils d'Administration et les actionnaires. Ce n'est pas cela la transparence financière ! Je ne vous dirai pas jusqu'où cela va mais vous êtes directement concernés par une application rigoureuse des règles et principes en matière de transparence financière.

Il faut également tenir compte de tout ce qui concerne l'éthique, avec le risque que nous courons tous d'avoir parmi nos fournisseurs ou nos sous-traitants quelqu'un qui fait fabriquer des flacons ou des produits dans des conditions illégales. Quelqu'un qui aurait trop rapidement accrédité tel protocole ou telle pratique pourrait subir les conséquences de la dénonciation publique de tel ou tel réseau. Vous voyez très bien de quoi je parle. Je ne peux pas donner de noms mais vous les avez en tête.

Tout ce que je veux dire est que vous pouvez à tout moment être engagés, et il faut en prendre l'initiative. Si ce sont les autres qui vous engagent, quels qu'ils

soient et quelles que soient les conditions, cela se passe dans le bruit et dans le scandale, la presse étant là pour en faire ses choux gras.

Reprendre l'initiative



- Le droit appartient au premier qui l'occupe
- Les valeurs se discutent et se défendent
- Les difficultés et les doutes peuvent être partagés
- La confiance se travaille
- Les médias s'entretiennent
- Les scénarios de crise se préparent dans le calme
- La solidarité s'organise

Si vous avez la possibilité, avec les réseaux et unions professionnelles, entre pairs, de préparer une réflexion qui ose mettre en avant un certain nombre de points qui touchent à l'éthique, aux bonnes pratiques, aux réseaux, aux droits du patient et de la personne et au fait de vivre et mourir dans la dignité, quand un incident ou une crise se produira, ce qui est malheureusement inévitable, vous pourrez vous appuyer sur tout le travail qui aura été fait et publié, qui aura mobilisé les chercheurs, les enseignants et grand patrons que vous êtes, de façon à montrer que vous avez anticipé et mis en place le système de vigilance qui accompagne votre profession. Mon métier est d'accompagner les « personnes à risque » dans les dix années qui viennent, et je peux vous dire que cela changera complètement les conditions de recours, le but étant de faire exactement la même proposition que le MEDEF : plus un chef d'entreprise en pénal, tout le reste se discutant.

Vous êtes des professionnels qui exercent leur métier, avec des risques réels et en plus une opinion qui est parfois malintentionnée, malveillante, etc., mais la préparation et l'anticipation feront que plus aucun d'entre vous ne pourra se retrouver malgré lui traîné devant des tribunaux pour un incident qui s'est produit. Ne croyez pas que ce soit utopique ou impossible. C'est en train de se mettre en place.

Il s'agit en gros de reprendre l'initiative. Je ne dis pas que vous ne l'avez pas, mais je pense que pour les questions de développement durable et d'intelligence économique c'est moins perçu que le travail important que vous avez

déjà fait sur l'évaluation des pratiques professionnelles et les bonnes pratiques. Le droit appartient aux premiers qui l'occupent. Cela veut dire que ce sont les premières actions en justice qui définissent la jurisprudence, et je peux vous dire que dans d'autres domaines les plus grands cabinets d'avocats sont en train de les préparer à l'avance pour qu'au moment où un incident se produira ce ne soient pas les avocats des consommateurs ou des O.N.G qui aient derrière eux dix ans de travail de préparation et de recul et donc d'instructions documentées. Ils font en sorte que ce soit le cas de vos propres conseils - qui ne doivent pas être forcément des avocats, les sociologues et les historiens étant assez efficaces en la matière -, afin que dans la sérénité et la douceur les premières jurisprudences vous soient favorables, sachant que ce sont elles qui vont inciter la lecture des textes. Cela permettra de rétablir la pratique du droit positif.



Les valeurs, comme nous l'avons vu, se discutent. Le débat public et contradictoire est au cœur de la notion de développement durable et de société civile. Les difficultés et les doutes peuvent se partager, surtout dans votre métier. Votre notoriété et votre réputation touchent immédiatement quand on parle de votre profession.

Je connais à Compiègne une grande société (Colgate Palmolive, pour ne pas la citer) qui fabrique des poudres de lessive, etc. L'usine a 35 ans d'existence. Elle emploie 6 000 personnes, avec des tours de centrifugation qui font 30 mètres de haut, rouillent et claquent de toutes parts, un incident grave se produisant par mois, sans jamais de blessés physiques mais cela donne lieu à une pollution grave de l'environnement.

Une cellule de crise a été montée et tous les acteurs concernés (la presse, les riverains, les associations, etc.) ont été réunis afin de mettre les choses sur la table pour voir quoi faire et quel serait un compromis acceptable par tous afin d'essayer d'anticiper tout en faisant durer cette usine pendant trois ou quatre ans pour attirer des emplois de remplacement et ne la fermer que quand ils seront là. La conséquence est que la presse ne traite plus les incidents de la même façon et les minimise plutôt, ou tout au moins un débat est organisé, ainsi qu'un tour de l'usine avec les journalistes, etc. Cela change complètement les relations avec l'opinion et les médias. C'est l'image que je voulais laisser en conclusion.

Je vous remercie.

(Applaudissements)

M. Gérard PARMENTIER.- Merci beaucoup. Je vais maintenant introduire Patrick Viveret que je remercie, lui aussi, d'être venu. Je sais que tu as des contraintes qui font qu'il t'a été difficile de venir.

Patrick Viveret est à la Cour des comptes. Il m'a bien précisé qu'il avait un devoir de réserve par rapport à son travail au sein de la section Sécurité Sociale, et ce n'est bien sûr pas sur ce point que nous allons l'interroger. Il est l'auteur d'un rapport remarqué et remarquable - en tout cas je n'en doute pas - sur l'évaluation des politiques publiques. A l'UNHPC, nous avons beaucoup fait pour faire avancer la notion d'évaluation en particulier sur « résultats médicaux », d'EPP, d'accréditation et maintenant de certification, et nous avons un peu soif d'efficacité. Patrick Viveret évoquera également l'évolution de la richesse, avec un point de vue qui nous tire un peu vers l'avant.

Merci d'être parmi nous. Patrick, tu as la parole.

↳ M. Patrick VIVERET

Merci. Pour gagner du temps, je ne vais pas projeter mes diapositives¹³ ; vous les avez dans votre dossier.

Pour revenir sur la question de l'intelligence économique, les problèmes de santé, d'environnement et de développement durable nous amènent à nous interroger également sur *l'intelligence de l'économie*.

L'essentiel des paradigmes sur lesquels la pensée économique a été construite, en particulier dans les sociétés industrielles, est aujourd'hui fortement mise en cause par des questions posées en matière de santé et d'environnement. Pour le montrer d'une façon assez forte, je vais prendre l'exemple classique de la définition de l'utilité économique par Walras¹⁴, qui est l'un des pères du néo-marginalisme, et des théories économiques aujourd'hui dominantes. Elle est la suivante, et vous allez voir qu'elle vous concerne directement ; c'est celle du rapport entre le médicament et le poison. Voilà comment Walras définit l'utilité économique : « *Qu'une substance soit recherchée par un médecin pour guérir un malade ou par un assassin pour empoisonner sa famille, c'est une question très importante à d'autres points de vue, mais tout à fait indifférente au nôtre (c'est-à-dire de ce que Walras appelle l'économie politique pure). La substance est utile pour nous dans les deux cas et peut-être plus dans le second que dans le premier* »¹⁵.

Pourquoi dit-il « *peut-être plus dans le second que dans le premier ?* ». On voit bien que cette définition de l'utilité économique porte uniquement sur ce que l'on pourrait appeler la « *désirabilité solvable* ». En l'occurrence, si l'assassin est prêt à dépenser plus pour obtenir son poison, l'utilité économique est supérieure à celle du prix que le médecin a payé pour son médicament. C'est très important, car nous sommes dans des sociétés habitées par ce qui est

¹³ Note UNHPC : l'ensemble de ces diapositives est reproduit, ci-après, dans le chapitre "III. Documentation - Document n° 6 : Documents supports de l'exposé de M. Patrick Viveret"

¹⁴ Note UNHC : Léon Walras (1834-1910), est un économiste français.

Il est le fils d'Auguste Walras, autre économiste français.

Léon Walras a montré que l'équilibre général qui s'établit sur un marché de concurrence pure et parfaite, est le meilleure possible : il est optimal. Il veut dire par là que l'équilibre de concurrence pure et parfaite permet le plein emploi spontané de tous les facteurs de production : toute la population active est occupée et tous les capitaux sont utilisés. Enfin, il permet de satisfaire toutes les demandes solvables.

Avec William Jevons, Carl Menger, simultanément mais indépendamment d'eux, il crée le concept d'« utilité marginale » au sein de la théorie de la valeur, qui donnera naissance au paradigme du marginalisme.

¹⁵ Léon Walras - *Éléments d'économie politique pure* - 1926

non plus de l'économie mais une véritable « écoligion », une religion de l'économie, c'est-à-dire un système de valeurs, de croyances et de cléricatures qui organise l'ensemble de nos sociétés. La référence ultime de ce système de valeur est selon Walras la notion d'utilité, par rapport à laquelle toutes les autres utilités vont ensuite devoir être jugées implicitement.

Les deux grandes questions qui traversent simultanément le débat concernent d'une part les dérapages bureaucratiques et d'autre part ceux de ce que Karl Polanyi¹⁶, à la fois grand économiste et grand anthropologue, a appelé la « *société de marché* », en la distinguant bien de « *l'économie de marché* ». Ce qu'il appelait la « *société de marché* » est le moment où l'économie sort de son lit - pour reprendre son image - et vient marchandiser des liens d'une autre nature. Par exemple, la marchandisation du lien politique est la corruption, celle de la recherche de sens, la secte et celle de liens affectifs et sexuels, la prostitution.

Quand une société passe de « *l'économie de marché* » - qui est tout à fait légitime, remplit des fonctions éminemment positives et est évidemment préférable à une économie administrée - à la « *société de marché* », il y a, à ce moment-là, destruction de la substance même du « *vivre ensemble* » d'une société. Dans un premier temps, elle ne se voit pas parce que la société de marché a deux effets positifs : elle produit un volume d'affaires important, et donne donc le sentiment d'une prospérité croissante, ainsi qu'une certaine pacification, le monde des affaires ayant besoin de paix. Cependant, une société de marché, après avoir traversé une première phase positive, se termine très mal - nous dit Polanyi - car les éléments structurels du vivre ensemble de toute communauté humaine, qui ont été ainsi détruits (le lien politique, le lien de sens et le lien de réciprocité), aboutissent à un retour, mais sur un modèle régressif.

Par exemple, la première grande « *société de marché* » s'est terminée par le retour du politique, mais guerrier, avec deux guerres mondiales, l'hypothèse de Polanyi étant que la première grande société de marché est celle qui va des guerres napoléoniennes jusqu'à la première guerre mondiale. La guerre franco-prussienne de 1870 était régionale et n'était pas gênante pour le monde des affaires. On a donc assisté à un retour du politique, mais sous sa forme la plus

¹⁶ Note UNHPC : Karl Polanyi (1886-1964) est un économiste d'origine hongroise, socialiste, non marxiste. Professeur à Columbia, frère du célèbre épistémologue, Karl Polanyi est un représentant caractéristique du milieu d'Europe centrale qui a produit Max Weber, Schumpeter, Wittgenstein, Popper, Carnap. Il appartient à cette génération d'intellectuels européens qui se sont sentis acculés à répondre au défi que le phénomène national-socialiste lançait à leurs valeurs et à s'expliquer avec la maladie de leur temps.

Principaux ouvrages : *Trade and Market in the Early Empires* (1957), *Economies in History and Theory* ; *La Grande Transformation, (The Great Transformation)* paru en 1944, n'est traduit que quarante ans plus tard en français (Gallimard 1983 ; ISBN : 2070213323)

régressive (le politique guerrier), et du sens, mais là aussi sous sa forme la plus régressive, à l'époque des grands faits totalitaires, qui sont aujourd'hui les faits fondamentalistes, intégristes, etc.

En tenant compte de ces deux dangers simultanément, nous courons aujourd'hui le risque de ce que l'on pourrait appeler une « *société bureaucratique de marché* ». Là où l'on trouvait un équilibre dynamique entre la dynamisation produite par une logique libérale et la régulation produite par une certaine qualité de l'intervention publique, on passerait à une situation où l'on cumulerait simultanément les inconvénients de la bureaucratisation et de l'économie administrée - dont vous avez à juste titre longuement parlé - et ceux de l'aggravation du processus de marchandisation. C'est d'ailleurs pour cette raison que je rejoints Jean-Philippe Mousnier quand il dit que le problème est moins le rapport public-privé, comme si la réponse à apporter à un excès de bureaucratisation du côté public était une progression du côté du marché. Il faut traiter simultanément les deux excès qui aujourd'hui nous menacent.

Vous connaissez l'histoire que racontait Bernard Shaw, prix Nobel bien connu, qui était d'une intelligence aiguë mais non d'une beauté extraordinaire. Une de ses admiratrices lui disait dans sa lettre : « *Ah, Monsieur Shaw, je voudrais vous épouser. Imaginez avec votre intelligence et ma beauté les enfants que nous pourrions avoir !* ». Bernard Shaw lui avait répondu gentiment : « *Sans doute, mais imaginez que ce soit le contraire !* ». C'est effectivement le problème que nous risquons de rencontrer, à savoir le cumul des deux dangers simultanément : une bureaucratisation des formes d'économies administrées et une marchandisation croissante dans un secteur où l'excès de marchandisation détruit la substance même du rapport inter-humain.

Dans ce cadre général, je me suis intéressé, au cours de ces dernières années, à une question particulière : la façon dont nos systèmes comptables et singulièrement ceux de la comptabilité nationale et en particulier le fameux produit intérieur brut sont devenus en grande partie contre-productifs pour nous permettre de produire une évaluation et un débat public sur les questions posées dans cette assemblée sur les problèmes de santé mais que l'on retrouve dans d'autres grands défis que les collectivités humaines sont conduites à aborder.

Nous sommes confrontés ici au fait que les cas de représentation et de chiffrage de la richesse qui nous viennent des sociétés industrielles sont en train de devenir gravement contre-productifs. Pour utiliser une métaphore médicale, j'avais, dans mon rapport au gouvernement, utilisé cette expression provocatrice : « *Nous avons des thermomètres mais qui nous rendent malades* ».

Du point de vue de la comptabilité nationale et de l'agrégat fétiche de la comptabilité nationale qu'est le produit intérieur brut, qui est au cœur de la définition de la fameuse croissance, la caractéristique de ce dernier est qu'il va d'autant plus augmenter qu'un certain nombre de flux monétaires vont être liés à des pathologies, à des accidents et à des catastrophes. J'avais pris l'exemple

de l'écologie au moment du naufrage de l'Erika, mais on peut prendre des exemples de même nature dans le domaine de la santé.

Dans le domaine écologique, c'est l'Erika, qui a fait naufrage, qui en matière de taux de croissance est le bon élève, parce que les flux monétaires générés par le remplacement du pétrolier, les indemnités des assurances - dont on vient de parler - et les entreprises de dépollution sont autant de valeurs ajoutées comptabilisées positivement dans la comptabilité nationale.

Lorsque le cyclone Katrina s'est produit, peu de temps après, une étude de Meryll Linch a indiqué qu'il était une excellente chose pour la croissance américaine. Il a eu dans un premier temps un effet destructeur mais, dans la mesure où il va bien falloir réparer, remplacer, reconstruire, etc., tout cela va produire un supplément de taux de croissance.

Si je transpose le même exemple dans l'univers de la santé, avec ce mode de représentation de la richesse, la première victime est la prévention sanitaire. Toutes les pathologies lourdes vont générer des flux monétaires, des valeurs ajoutées dans le secteur privé et ce que l'on appelle les coûts des facteurs dans le secteur public, qui vont être agrégés positivement. Une prévention réussie limite par nature, ou retarde, ces flux monétaires. Si par hypothèse vous aviez une véritable politique de prévention sanitaire réussie dans tous les domaines, cela conduirait à une chute du produit intérieur brut.

Tout ceci ne serait pas grave si on utilisait des agrégats comme le PIB d'une façon extrêmement précise, en rappelant le champ de pertinence et, de la même façon qu'un sondeur est normalement obligé de rappeler - ce qu'il fait rarement - qu'il s'agit d'une photographie qui n'a de sens que dans des conditions méthodologiques données, on devrait procéder de la sorte pour les agrégats de la comptabilité nationale. En réalité, non seulement ce n'est pas le cas mais des éléments comme le PIB sont devenus de véritables indicateurs sociaux et culturels, au point que si par malheur il baisse, cela déclenche immédiatement - comme c'est régulièrement le cas dans notre pays - une grande alerte sur le déclin de la société. Un indicateur qui pourrait avoir sa pertinence dans un champ bien particulier finit, transféré dans un autre univers, par produire des effets rigoureusement contradictoires.

Quand le Président de la République dit, au Sommet de la terre de Johannesburg : « *La maison brûle mais nous regardons ailleurs* », il a hélas raison. On peut d'ailleurs regretter qu'à bien des égards le gouvernement français ait continué à regarder ailleurs, mais l'une des raisons majeures pour lesquelles c'est le cas est que la nature de nos indicateurs macro-économiques incite en permanence l'ensemble des acteurs, aussi bien privés que publics, non seulement à le faire mais même à mettre de l'huile sur le feu de la maison qui brûle.

Quels que soient le degré de conviction et les bonnes intentions que les différents acteurs peuvent avoir, par exemple, par rapport aux problèmes liés au

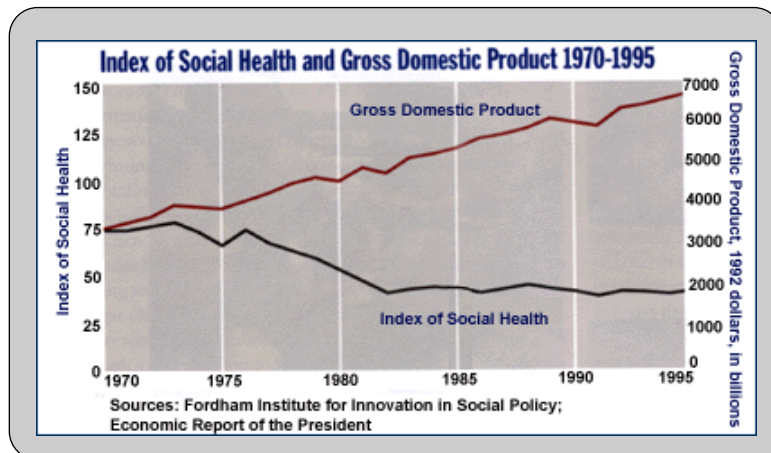
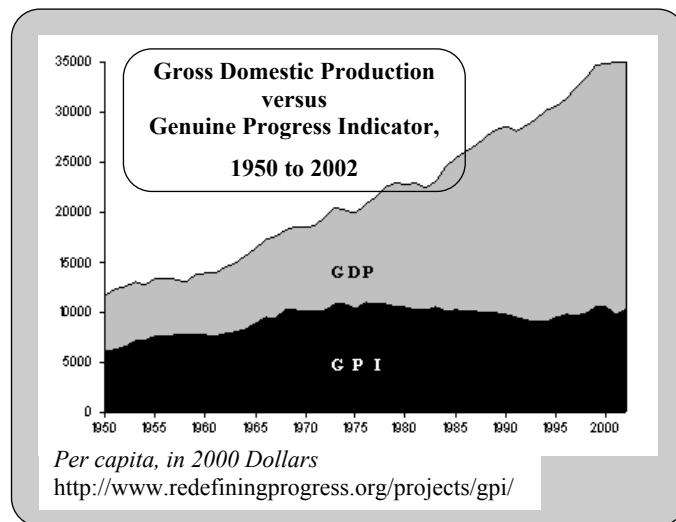
développement durable, tant qu'ils continueront à être jugés au quotidien sur des modes de représentation et de calcul de la richesse qui étaient valables dans des sociétés industrielles mais qui sont devenus contre-productifs pour l'essentiel dans des sociétés de services, il existera évidemment une distorsion totale entre leurs intentions, aussi pures soient-elles, et la réalité des systèmes de motivation. Cela se retrouve non seulement pour des indicateurs macro-économiques comme le PIB mais aussi pour d'autres thermomètres comme par exemple la productivité.

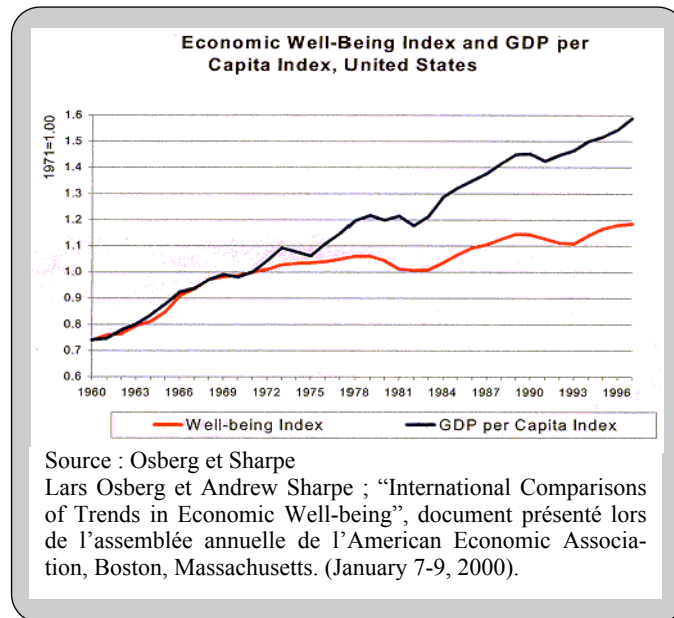
La productivité est un outil utile dans un univers de rapport aux objets et aux machines - savoir qu'avec un tracteur on va pouvoir produire dix fois plus de biens agroalimentaires dans un temps réduit est une information utile -, mais si le thermomètre de la productivité est transféré dans des métiers relationnels on marche sur la tête. Être plus productif signifierait pour un médecin généraliste prendre 10 personnes à la fois ou consacrer moins de temps à la visite d'un malade, ou pour un instituteur de donner ses cours dans des amphithéâtres de 300 élèves plutôt que dans des classes qui en accueillent 30 ou 25.

Nous avons besoin de travailler sur d'autres indicateurs et d'autres représentations de la richesse. Ce qui est important et utile pour produire un débat public et une évaluation, y compris dans un sens démocratique, est de disposer de batteries d'indicateurs permettant d'avoir des éléments de comparaison. Il ne s'agit pas de remplacer un fétiche par un autre et le produit intérieur brut par un tout autre indicateur qui serait par exemple un indicateur de bien-être ou de développement durable qui résoudrait tous les problèmes à la fois ; ce serait la même erreur. En revanche, nous avons besoin d'une vision pluraliste permettant de repérer les écarts.

L'indice de santé sociale est un indicateur très intéressant dans votre secteur. Il a été élaboré aux Etats-Unis puis repris au Canada et il l'est maintenant dans un certain nombre de grands pays. Il permet de repérer à partir de 16 variables fondamentales (le suicide des adolescents, la mortalité par accident de la route, etc.) comment une évolution se produit dans le temps par rapport au produit intérieur brut. On s'aperçoit, quand on regarde les deux courbes, que le PIB continue à progresser, et l'on comprend pourquoi puisque toute une partie des catastrophes, des accidents, etc. provoquent des flux monétaires positifs intégrés dans ce dernier.

L'indicateur de "progrès véritable"





L'indice de santé sociale, à partir du milieu des années 1970 et en particulier du début des années 1980, c'est-à-dire lors de l'entrée dans ce que l'on pourrait appeler la seconde grande tentative de société de marché (celle qui a été initiée par la révolution conservatrice anglo-saxonne), décroche complètement par rapport au PIB. Cela donne un effet de ciseaux absolument spectaculaire et très différent selon les pays. On le constate par exemple aux Etats-Unis et pas du tout en Suède ou en Norvège.

C'est très important, pour produire non seulement un débat public mais aussi à certains moments des alertes et une capacité d'anticipation des crises. Si par exemple l'écart est trop important entre les informations qui nous sont données par des indicateurs macro-économiques et celles qui nous sont données par des indicateurs de santé ou de développement durable, une procédure permet de mener une enquête complémentaire plus fine pour savoir si effectivement un problème se pose, et si elle confirme que c'est le cas, une cellule de crise peut anticiper la catastrophe, l'accident, la crise ou par exemple l'épidémie grave. Cela permet de réunir l'ensemble des partenaires concernés et d'éviter d'attendre par exemple l'incendie du Tunnel du Mont Blanc. Les indicateurs macro-économiques montraient tous que, sur le plan de la rentabilité économique, le transport routier avait tous ses clignotants au vert alors que dans le même temps tous les clignotants sociaux et écologiques étaient au rouge. Cela aurait permis, si l'on avait fait ce travail préalable, de mettre en place des cellules d'anticipation des crises plutôt que de gestion des crises a posteriori.

Je n'en dis pas plus parce que nous avons peu de temps, mais cela veut dire que le débat sur l'intelligence économique doit porter aussi sur l'intelligence de l'économie et que le paradigme économique tel qu'il a été reconstruit à partir de l'ère industrielle doit être repensé pour l'essentiel à la lumière de questions dans le cadre desquelles l'ampleur des enjeux informationnels, d'une société de services et de métiers relationnels, au premier rang desquels les métiers éducatifs et de santé, sont un élément déterminant qui doit venir réinterroger la nature même de la posture économique pour que la phrase de Walras que j'évoquais puisse être renversée et que, à l'instar de ce que dit Amartya Sen¹⁷, prix Nobel récent d'économie, on reconnaisse que l'économie est inséparable des questions de finalités et d'éthique.

Merci.

(Applaudissements)

¹⁷ Note UNHPC : Amartya SEN est un économiste indien né en 1933 à Santiniketan dans la province actuelle du Bengale. Il a reçu le Prix Nobel en 1998.

Rationalité et liberté en économie, Odile Jacob, 2005 ; La démocratie des autres : pourquoi la liberté n'est pas une invention de l'Occident, Payot, 2005 ; L'économie est une science morale, La Découverte, 2004 (Poche, Essais) ; Ethique et économie (PUF 2003) ; Un nouveau modèle économique, développement, justice, liberté. O. Jacob, 2000.

Il enseigna l'économie à la Delhi School of Economics en 1963 en Inde, puis à la London School of Economics de 1971 à 1977 en Angleterre. Professeur d'économie politique de 1980 à 1988 à Oxford, puis enseignant d'économie et de philosophie à Harvard, aux Etats-Unis, de 1988 à 1997.

Amartya Sen a notamment imaginé différents indicateurs de pauvreté, tel l'indice de pauvreté humaine (IPH), ou de développement économique, tel l'indice de développement humain (IDH), qui sont désormais présentés chaque année dans le rapport mondial du PNUD. L'apport majeur de Sen en économie est qu'il a permis de repenser la pauvreté dans des termes non plus seulement monétaires mais également en termes de libertés d'être et de faire à travers les notions de "capabilités" et de "fonctionnements".

↳ Débat

M. Gérard PARMENTIER.- Merci Patrick. Je dois dire que tu m'as un peu cassé le moral. En t'écoutant, j'illustrais tes propos en repensant au fameux et terrible film de Peter Watkins, *The War Game* - "La bombe" - , qui a tant marqué notre génération, dans les années 60, en formalisant justement un scénario que personne ne voulait formaliser, celui d'une attaque nucléaire sur la Grande Bretagne. J'y ai repensé souvent quelques années plus tard lorsque j'étais responsable de silos de céréales en Beauce : j'avais une idée de ce qui nous attendait en termes de réactions de la population en cas de conflit ! Officiellement les silos sont "réquisitionnés et gardés par les forces de l'ordre". Pourtant seul ce film me donnait une idée de ce que cela voulait dire ! On a avancé depuis et on ne compte plus les "plans", mais tes alertes sont hélas très probablement justifiées.

Mais surtout, pour revenir à notre cœur de métier, tu m'as permis de conceptualiser et donc de mettre en perspective, de donner du sens à une de nos inquiétudes d'oncologues. Je veux parler de ton approche en termes de "*société de marché*" au début de ton intervention. Cette approche ne devrait-elle pas nous aider à mieux comprendre ce qui se passe lorsque nous constatons que, de fait, même avec le Plan cancer, nous continuons collectivement, souvent avec de bonnes raisons, à donner la priorité aux médicaments, à la production de médicaments ? Cela rejoint les intuitions de beaucoup d'oncologues, chirurgiens et radiothérapeutes en particulier, mais pas pas seulement. Tu nous as donc fourni quelques outils nouveaux qui nous donnent à penser.

Heureusement, tu m'as aussi remonté le moral en confirmant l'utilité du très gros travail que nous faisons en cancérologie libérale, avec d'autres, sur les indicateurs ciblés sur ce que nous appelons les "résultats médicaux". Hélas, nous manquons cruellement de relais institutionnels pour déboucher sur des outils type tableaux de bord et sur des outils prédictifs. C'est pour ça, entre autres, que nous diffusons très régulièrement auprès de nos adhérents les rapports et tableaux de bord australiens de l'ACHS¹⁸. Mais et je ne peux pas résister au plaisir d'évoquer aussi l'énorme et indispensable travail que font Gilles Bontemps, ici présent, et son équipe à la CNAM. Grâce à lui, l'AFCA a trouvé le relais institutionnel de ses travaux d'il y a dix ans sur l'approche "*résultats médicaux*" et "*actes marqueurs d'une chirurgie ambulatoire qualifiée et subs-*

¹⁸ The Australian Council on Healthcare Standards. Outre le manuel d'accréditation sur résultats médicaux de la chirurgie ambulatoire traduit par l'AFCA en 1996, cf. en particulier la publication, chaque année durant le mois de Novembre, du "*Clinical indicator report for Australia and New-Zeland : Determining the potential to improve the quality of care*". Téléchargeable sur le site de l'ACHS : www.achs.org.au

titutive". Je veux parler de l'Observatoire de la chirurgie. Avec ses indicateurs et son tableau de bord nous avons maintenant un merveilleux outil prédictif de l'évolution à venir de la chirurgie dans les Etablissements comme sur une Région. Bref, nous ne sommes pas seuls à travailler sur le sujet, et il faut poursuivre. Je remarque, et c'est pour moi un des enseignements de cette journée, que tous nos orateurs ont justifié la grande nécessité d'un travail sur des indicateurs bien fondés, qui aient un sens par rapport à notre conception de la médecine et le rôle que nous jouons dans la société, entre l'empoisonneur et le médecin pour reprendre ta métaphore walrasienne !

Dr Guy BAZIN.- Gérard Parmentier a parlé des indicateurs, et le travail de l'Observatoire de la Chirurgie est en effet fondamental. Vous avez parlé de l'Erika : existe-t-il aujourd'hui une démarche de simulations concernant ce genre d'accidents, et avez-vous mené une étude plus précise et plus importante à ce sujet ? Il est à mon sens évident que les indicateurs de l'Observatoire de la Chirurgie permettent des simulations par rapport à ce qui pourrait se passer dès lors que nous sommes en dehors du problème épidémiologique : est-ce un raisonnement correct ou faut-il continuer à attendre l'événement ?

M. Patrick VIVERET.- Hélas, sous réserve que mon information soit tout à fait insuffisante, j'ai vu peu de vraies simulations. On pourrait dire qu'il existe une programmation bureaucratique. Par exemple, les mesures proposées en cas de pandémie aviaire font l'objet d'une programmation extrêmement détaillée, qui est d'ailleurs quasiment une organisation d'état de guerre, mais je n'appelle pas cela une simulation car les questions de base relatives au tissu humain qui devrait intervenir n'ont pas été posées.

Il est dit par exemple qu'il faut que l'essentiel de la population reste chez elle, qu'il faut cesser les rassemblements et limiter au maximum les transports en commun pour éviter les risques de contamination. Par ailleurs, deux catégories de la population vont être mobilisées, d'une part celle qui intervient directement sur la santé et d'autre part celle qui intervient sur le terrain de l'ordre public et du fonctionnement de l'Etat. Cependant, des questions aussi simples que « *quoi faire pour les enfants des professionnels de la santé ?* » n'ont pas été posées dans le cadre de cette programmation. Ce n'est donc pas ce que j'appelle une simulation. Une simulation consiste à travailler sur des scénarios vraisemblables et nécessairement pluralistes, car dans de tels cas une simulation seule ne permet pas de voir comment le corps vivant d'une société est effectivement capable de se préparer et de faire face à une crise. C'est possible en faisant en même temps un travail de rétrospective. Il faut analyser la gestion de crises réelles antérieurement, pour en tirer des leçons et faire des simulations.

Un outil est intéressant en termes d'indicateurs, qui irait dans votre sens et qui est également utile dans le débat démocratique : ce que l'on appelle le tableau de bord du développement « *dessous de table* ». Cela vaut pour les trois

grands piliers du développement durable (le pilier social, le pilier écologique et le pilier économique), et l'intérêt de ce tableau de bord est qu'il est modifiable et paramétrable. Si par exemple une collectivité décide d'attribuer à un facteur une importance différente de celle qui a été établie par les concepteurs du logiciel, non seulement c'est possible, mais de plus cela va permettre de reparamétrer l'ensemble de vos données y compris des représentations graphiques, qui sont très pédagogiques. J'en ai donné un certain nombre d'exemples dans les diapositives que vous avez dans votre dossier. Cela permet un changement dans les simulations. De tels outils commencent à apparaître, mais il s'agit encore d'une phase d'émergence.

Dr Guy BAZIN.- Allez-vous dans le sens de Jean-Philippe Mousnier concernant l'organisation de la connaissance ?

M. Patrick VIVERET.- Oui, produire de l'intelligence économique et de l'intelligence de l'économie passe aussi par ce que l'on pourrait appeler des outils d'intelligence collective, les indicateurs ne représentant évidemment qu'une partie de cet outillage.

M. Jean-Philippe MOUSNIER.- Paradoxalement, la santé n'est pas du tout en France le secteur le plus en pointe en matière de simulations. Je travaille avec des groupes de prospectivistes français, suisses et américains : les Préfets de région ont déroulé des plans d'alerte qui peuvent concerner des risques naturels, avec des organismes de recherche, et à partir de l'étude du déroulement de l'exercice réel, il est possible de tester chaque variable, qu'elle soit géologique, climatique, etc. On mobilise des experts à travers le monde qui peuvent dire si les variables sont pertinentes et si par là-même les conditions de réalisation du plan rouge d'intervention le sont par rapport à leur amplitude et s'il faut réécrire les plans d'urgence. On raisonne dans certains domaines sur la notion de scénario et de rétrospective, et je suis naturellement en total accord avec ce qu'a dit M. Viveret sur les batteries d'indicateurs, qui sont les seules à permettre de raisonner à partir de variables.

M. Gérard PARMENTIER.- Hélas il faut s'arrêter. M. Galy ou M. Crozier pourraient-ils nous dire un mot pour terminer ?

M. Michel CROZIER.- J'ai beaucoup appris. Nous n'avons fait qu'effleurer le sujet, avec le regret que l'on n'ait pas travaillé suffisamment sur une série de domaines. Votre problème est pour moi l'organisation interne de votre métier et du système. Nous sommes très limités, et la simulation est très difficile, les conjectures qui sont faites en la matière ne dispensant pas du travail que l'on doit faire sur l'organisation interne dont on est responsable et sur laquelle on peut agir.

Ce qui manque le plus dans la conjoncture française est, ce qui explique le pessimisme, un travail sur l'intelligence de notre organisation, toutes les ré-

flexions sur les systèmes se bloquant et nous donnant l'impression que plus l'on fait, plus cela va mal. On en sort beaucoup plus difficilement, sauf à s'illusionner, mais une série d'illusions se sont effondrées et il est difficile d'en développer de nouvelles.

Dr Bernard COUDERC.- Grand merci aux intervenants de cet après-midi pour ce débat, qui pour ma part m'a rendu certainement plus intelligent !

Je regrette, moi aussi, que nous n'ayons pas plus de temps. Cette année, comme les années précédentes, nous publierons les Actes de ces Rencontres. Cela suppléera un peu et chacun pourra reprendre le détail de ces interventions et mieux méditer sur leurs richesses ! Je ne doute pas que chacun y trouve de quoi nourrir ses réflexions tant sur son action individuelle de professionnel de santé que sur la nécessaire action collective à laquelle nous devons contribuer. Même si le temps est trop court, je crois que nous avons, cette année encore, bien rempli le cahier des charges de nos Rencontres ! Grand merci donc à tous.

J'ai vu aussi que beaucoup de travail était fait, sur des éléments extrêmement complexes. J'ai heureusement Gérard Parmentier à ma gauche, qui a lui aussi beaucoup travaillé et va donc pouvoir continuer.

Je rejoins pour ma part le clan de M. Crozier et pense qu'il faut débaptiser l'UNHPC et peut-être l'appeler « L'union nationale des chefs d'orchestre complémentaires et romantiques » !. (*Rires*) Merci à tous, bon retour et à l'année prochaine !

(Applaudissements)

La séance est levée à 17 h 30.

- III -

DOCUMENTATION

Document n° 1 :	Mme Françoise Blanc-Légier :	
	documents supports de l'exposé :	201
	1.1 Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique (JO n° 77 du 1er avril 1999, page 4854	203
	1.2 Méthodologie générale d'élaboration des protocoles thérapeutiques « hors-GHS »	211
Document n° 2 :	M. Patrick Ferrer :	
	documents supports de l'exposé, documents actualisés et documents de l'association "Vivre avec" :	223
	2.1 Affiche de l'association "Vivre avec"	225
	2.2 La Convention AERAS : <i>s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé</i>	227
	2.3 Entretien avec Régine Goinère et Patrick Ferrer, Présidents de Vivre Avec (11/07/06)	245
	2.4 Entretien avec Mirjam Sidler, porte-parole du CMPU (Comité des Malades, de leurs Proches et des Usagers) de l'INCa	249
	2.5 Communiqué de presse de l'INCa - 7 juillet 2006	253
	2.6 Dossier de presse	255
Document n° 3 :	M. Philippe Galy	
	documents supports de l'exposé :	273
	3.1 Une courte notice biographique	275
	3.2 "Service public : pourquoi ça coince ?" Présentation du livre de Monsieur Galy (une et quatre de couverture ; table des matières)	277
	3.3 Des extraits du même livre	281
	3.4 "Qui a sabordé la Société nationale Corse-Méditerranée ?" Un article paru dans le Monde du 17.10.2005)	303

Document n° 4 :	M. Michel Crozier :	
	documents supports de l'exposé :	307
4.1	Une courte notice biographique :	309
4.2	"Le phénomène bureaucratique"	
	Extraits :	311
4.3	"L'acteur et le système :	
	Les contraintes de l'action collective"	
	Extraits :	331
4.4	Quelques autres citations :	337
Document n° 5 :	M. Jean de Kervasdoué :	
	documents supports de l'exposé :	341
5.1	Une courte notice biographique :	343
5.2	"Pour une évaluation des politiques publiques,	
	Réflexion à partir de la sociologie des organisations"	
	Article, Annales des Mines - 1981 - :	345
5.3	"L'hôpital vu d'en bas"	
	Article - Le Monde du 28 novembre 2003 :	367
5.4	"L'hôpital"	
	Extraits, "Que sais-je" (PUF) Mai 2004 :	375
5.5	"Au nom de quoi soigner ?"	
	Article, Les Cahiers Français (n° 324, 2005) :	381
5.6	"La politique de santé et l'argent en France"	
	Article, Sociétal (2005) :	393
Document n° 6 :	M. Jean-Philippe Mousnier :	
	documents supports de l'exposé :	401
6.1	Une courte notice biographique :	403
6.2	"Les nouvelles régulations" : texte original :	405
6.3	"Le management de l'intelligence collective	
	au service de l'intelligence économique ?"	
	Article Regards sur l'IE - N° 12, 2005 :	417
6.4	"Millennium project - Etat du Futur 2003	
	sommaire exécutif - version française" :	429
Document n° 7 :	M. Patrick Viveret :	
	documents supports de l'exposé :	443
7.1	Une courte notice biographique :	445
7.2	Intégralité des diapositives de M. Viveret :	
	"Des thermomètres qui nous rendent malades :	
	reconsidérer la richesse" :	447

Document n° 8 :	Déficit et dette publique : dossier de l'Expansion - décembre 2005	457
Document n° 9 :	Agences : article paru en 2005 dans la revue "Sociologie du travail" et intitulé : "Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France", par Daniel Benamouzig et Julien Besançon	471
Document n° 10 :	Hôpital : Institut Montaigne. Rapport : "L'hôpital réinventé" - Janvier 2004	503
Document n° 11 :	Innovation : Le tableau de bord du système d'innovation québécois - Edition 2005	521
Document n° 12 :	INCa : Le rapport d'audit sur l'Institut National du Cancer - 19 juin 2006	525
Document n° 13 :	Veille sanitaire : Le rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France - Jean-François Girard - Août 2006	545
Document n° 14 :	OQOS (Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins) Extraits du rapport 2006 de la Cour des Comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale	561
Document n° 15 :	Production de textes : Les statistiques sur l'évolution du volume des textes réglementaires selon le tableau de bord de Légifrance	567
Document n° 16 :	Production de textes : interview du Directeur Général de la Santé (DGS). Article paru dans le Quotidien du Médecin du 2 Octobre 2006 "Pas de vacances pour la réglementation"	573
Document n° 17 :	Politiques : Nicolas Sarkozy. Discours au Congrès de l'AFC - 2 Octobre 2006	579
Document n° 18 :	Impératif de simplicité : Donald M. Berwick et ses conseils tels qu'évoqués par le Pr Chabot, Chef du service évaluation des pratiques professionnelles de la HAS	591
Document n° 19 :	Gouvernance : Gouvernement d'entreprise et gouvernance hospitalière : extraits du livre de Patrick Mordelet paru en 2006 sous le titre "Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé"	597

Document n° 20 : Quelques schémas pour comprendre	603
20.1 Le futur dispositif d'autorisation : ce schéma situe les principaux textes publiés ou en projet et leur articulation	605
20.2 La régulation qualitative des activités de soins dans les Etablissements de santé. Schéma UNHPC voulant resituer la logique qui devrait apparaître entre les trois centres d'exigences majeures de la régulation qualitative du système de santé hospitalier	606
20.3 Agences, Instituts et Comités intervenant dans la sphère des contrôles en matière de santé. Les Agences se sont multipliées en France. L'ANAES a été remplacée par la HAS. Au même moment l'INCa a été créé. Ce schéma, non exhaustif, situe les différentes missions des principales agences intervenant sur le champ de la santé	607
20.4 Contrat de bon usage : note de synthèse Cette note UNHPC de fin 2005, visait à clarifier les débats dans les établissements sur les différentes approches possibles du CBU. Plusieurs logiques d'interprétation sont en effet possibles sans être contradictoires	615

Document n° 21 : APM : Rencontres 2006 : Dépêches de presse	621
--	-----

**- IV -
COMPLEMENTS**

- Les différents sujets des Rencontres de 1994 à 2006629
- Eléments bibliographiques631
- Schémas récapitulatifs des composantes de la “plateforme
commune” des organisations représentatives de la cancérologie
libérale et hospitalière privée633
- Coordonnées des orateurs présents aux Rencontres 2006637
- Index des intervenants aux Rencontres 2006639

Document n° 1

Documents supports de l'exposé de Mme Françoise Blanc-Légier

On trouvera ci-après les documents mis au dossier des participants par Mme Blanc-Légier en complément de son exposé :

- 1.1** Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique,
- 1.2** Méthodologie générale d'élaboration des protocoles thérapeutiques « hors-GHS »

1.1

**Arrêté du 31 mars 1999
relatif à la prescription,
à la dispensation et à l'administration
des médicaments soumis à la réglementation
des substances vénéneuses
dans les établissements de santé,
les syndicats interhospitaliers
et les établissements médico-sociaux
disposant d'une pharmacie à usage intérieur
mentionnés à l'article L. 595-1
du code de la santé publique**

J.O n° 77 du 1 avril 1999 page 4854

Textes généraux

Ministère de l'emploi et de la solidarité

NOR: MESP9921062A

Le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 356, L. 595-1, L. 605 (7o), L. 626, L. 627, L. 714-12, L. 714-27, R. 712-2-1, R. 5143-5-1 à R. 5143-5-6, et la section III du chapitre Ier du titre III du livre V (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article R. 161-45 ;

Vu la loi no 95-116 du 4 février 1995 modifiée portant diverses dispositions d'ordre social, notamment les articles 3 et 4 ;

Vu le décret no 83-785 du 2 septembre 1983 modifié fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie ;

Vu l'avis du Conseil national de l'ordre des médecins en date du 4 décembre 1998 ;

Vu l'avis du Conseil national de l'ordre des pharmaciens en date du 15 décembre 1998 ;

Vu l'avis du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé en date du 19 mars 1999,

Arrête :

Art. 1er. - Le présent arrêté fixe les modalités d'application de la section III du chapitre 1er du titre III du livre V du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article L. 595—1 du même code qui disposent d'une pharmacie à usage intérieur, sans préjudice des dispositions des articles R. 5144-23 et suivants relatifs aux médicaments dérivés du sang.

Section 1

Prescription des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses

Art. 2. - Le représentant légal de l'établissement établit la liste des personnes habilitées, en vertu de la législation et de la réglementation en vigueur, à prescrire des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses, sans préjudice des dispositions de l'article R. 5143-5-5. Il la communique au pharmacien assurant la gérance de la pharmacie à usage intérieur et en assure la mise à jour. Cette liste comporte le nom, la qualité, le cas échéant les spécialités, les qualifications ou les titres, et la signature de ces personnes ou tout autre mode d'identification et d'authentification de ces personnes avec l'intitulé précis de leurs fonctions.

Art. 3. - Pour les patients hospitalisés y compris dans les structures mentionnées à l'article R. 712-2-1 du code de la santé publique ou hébergés dans les établissements médico-sociaux, la prescription indique lisiblement, outre les mentions prévues à l'article R. 5194 du code de la santé publique à l'exception de celles figurant au 3° de cet article :

- la durée du traitement ;
- s'il y a lieu, l'identification de l'unité de soins ;
- les numéros de téléphone et, le cas échéant, de télécopie et de messagerie électronique auxquels le prescripteur peut être contacté.

L'original sur support papier de la prescription est conservé dans le dossier médical et une copie est remise à la pharmacie à usage intérieur. Toutefois, la prescription peut être rédigée, conservée et transmise de manière informatisée sous réserve qu'elle soit identifiée et authentifiée par une signature électronique et que son édition sur papier soit possible.

Les prescriptions sont conservées chronologiquement par le pharmacien durant trois ans.

Art. 4. - Toute prescription destinée à un patient non hospitalisé est rédigée sur l'ordonnance prévue au premier alinéa de l'article R. 5194 du code de la santé publique.

Elle indique lisiblement, outre les mentions prévues à l'article R. 5194 du code précité :

- le nom et l'adresse de l'établissement, s'il y a lieu, l'unité de soins ainsi que le numéro d'inscription de l'établissement, entité géographique, au fichier national des établissements sanitaires et sociaux ;
- les numéros de téléphone et, le cas échéant, de télécopie et de messagerie électronique auxquels le prescripteur peut être contacté ;
- lorsque le prescripteur agit, dans les conditions prévues par son statut, sous la responsabilité du chef de service ou de département ou du responsable de structure mentionné à l'article L. 714-25-2 du code de la santé publique, le nom et la qualité de ce chef de service ou de département ou de ce responsable ainsi que son identifiant.

Art. 5. - Toutes précautions doivent être prises pour éviter les pertes, les vols et les falsifications des documents de prescription mentionnés à l'article 3. Ces documents et les tampons d'identification doivent être rangés sous clef. En cas de perte ou de vol, déclaration en est faite sans délai aux autorités de police.

Toutes autres précautions complémentaires en fonction des caractéristiques de chaque établissement peuvent être prises.

Section 2

Dispensation et administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses

Art. 6. - La dispensation des médicaments s'effectue dans les conditions prévues à l'article R. 5015-48 du code de la santé publique.

Si la prescription du médicament est réservée à certaines catégories de prescripteurs en application du 1^o de l'article R. 5143-5-5 du même code, le pharmacien s'assure que la spécialité du service dans laquelle le prescripteur exerce, ou la spécialité, la qualification ou le titre de ce prescripteur, apparaissant sur la prescription, en application de l'article 3 du présent arrêté, est conforme à ce que prévoit l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation.

Pour accomplir cette dispensation, le pharmacien peut demander au prescripteur tous renseignements utiles.

Art. 7. - Les médicaments sont délivrés à l'unité de soins globalement ou individuellement sur prescription médicale par des pharmaciens ou sous leur responsabilité par :

- des internes en pharmacie et des étudiants de cinquième année hospitalo-universitaire ayant reçu délégation du pharmacien dont ils relèvent ;
- des préparateurs en pharmacie sous le contrôle effectif des pharmaciens.

Art. 8. - Avant toute administration des médicaments au malade, le personnel infirmier vérifie l'identité du malade et les médicaments, au regard de la prescription médicale.

Pour chaque médicament, la dose administrée et l'heure d'administration sont enregistrées sur un document conservé dans le dossier médical. Ce document peut être communiqué à tout moment au pharmacien sur sa demande.

Lorsque le médicament n'a pas été administré, le prescripteur et le pharmacien en sont informés.

Section 3

Détention et étiquetage des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses

Art. 9. - Les médicaments sont détenus dans des locaux, armoires, ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité.

Dans tous les cas, ces armoires ou dispositifs de rangement ne doivent contenir que des médicaments quelles que soient les conditions particulières de leur conservation.

Art. 10. - Le pharmacien décide en accord avec le médecin responsable de l'unité de soins ou à défaut celui désigné par l'ensemble des prescripteurs concernés, de l'organisation, dans l'unité de soins, des dispositifs de rangement des médicaments destinés à répondre aux besoins urgents.

Art. 11. - Le surveillant ou la surveillante de l'unité de soins ou un infirmier ou une infirmière désigné par écrit par le responsable de l'unité de soins fixe, en accord avec le pharmacien, les dispositions propres à éviter toute perte, vol ou emprunt des clefs de ces dispositifs de rangement lorsqu'ils existent.

Les modalités de détention, de mise à disposition et de transmission des clefs font l'objet d'une procédure écrite.

Art. 12. - Le pharmacien et le médecin responsable de l'unité de soins ou à défaut celui désigné par l'ensemble des prescripteurs concernés déterminent après consultation du surveillant ou de la surveillante de l'unité de soins ou d'un infirmier ou d'une infirmière désigné par écrit par le responsable de l'uni-

té de soins, la dotation de médicaments permettant de faire face, dans l'unité concernée, aux besoins urgents.

Ils fixent une liste qualitative et quantitative des médicaments composant cette dotation. Cette liste est établie en deux exemplaires datés et conjointement signés. Un exemplaire est conservé à la pharmacie et l'autre est affiché dans le dispositif de rangement.

Ils désignent un médecin responsable de l'utilisation des médicaments de la dotation.

La dotation est révisée au minimum une fois par an.

Art. 13. - Sans préjudice des dispositions de l'article 19, le renouvellement de la dotation pour besoins urgents ne peut être effectué que sur présentation des doubles des documents de prescription accompagnés d'un état récapitulatif établi selon le modèle ci-dessous et signé par le médecin responsable de l'unité de soins.

Etablissement de N°.....

Dotation pour besoins urgents

Unité de soins

Désignation du médicament	RÉSERVE normale	QUANTITÉ consommée du... au...	QUANTITÉ demandée
			Date...
			Signature du médecin responsable de l'unité de soins :

Art. 14. - Tout transport de médicaments entre la pharmacie et les unités de soins doit se faire dans des chariots ou conteneurs clos et de préférence fermés à clef ou disposant d'un système de fermeture assurant la même sécurité.

Art. 15. - Le pharmacien ou toute personne désignée par lui doit régulièrement vérifier que la composition de la dotation de médicaments pour besoins urgents est conforme à la liste mentionnée à l'article 12. Il doit notamment

contrôler les quantités au regard des prescriptions faites, le mode de détention et le respect des règles d'étiquetage et de conservation des médicaments.

Le procès-verbal de la visite doit être daté et cosigné par le pharmacien et le responsable de l'unité de soins.

Art. 16. - Les médicaments doivent être détenus de préférence dans leur conditionnement d'origine ou à défaut dans des récipients étiquetés selon les dispositions suivantes :

Stupéfiants : étiquette blanche avec large filet rouge ;

Liste I : étiquette blanche avec large filet rouge ;

Liste II : étiquette blanche avec large filet vert.

Ces étiquettes devront comporter :

a) Dans la partie supérieure, inscrites en lettres noires :

- la dénomination de la spécialité ;
- et le cas échéant, la dénomination commune internationale ou française du ou des principes actifs ;
- le dosage exprimé en quantité ou en concentration ;
- la forme pharmaceutique ;
- la voie d'administration.

b) Dans la partie inférieure, séparée du contexte par une ligne noire et inscrite en lettres noires, la mention bien lisible « Respecter les doses prescrites ».

L'étiquette du conditionnement doit mentionner le numéro de lot et la date de péremption du médicament qu'il contient. La notice d'information du médicament doit être jointe ou à défaut l'unité de soins doit disposer de la documentation nécessaire.

Art. 17. - Sauf accord écrit des prescripteurs mentionnés à l'article 2, il ne devra être mis ou laissé à la disposition des malades aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits et dispensés dans l'établissement. Les médicaments dont ils disposent à leur entrée leur seront retirés, sauf accord des prescripteurs précités.

Section 4

Dispositions particulières concernant les médicaments classés comme stupéfiants

Art. 18. - L'administration de tout médicament classé comme stupéfiant ou soumis à la réglementation des stupéfiants fait l'objet d'une transcription sur

un document spécial ou sur le document de prescription mentionné à l'article 3 des données suivantes :

- le nom de l'établissement ;
- la désignation de l'unité de soins ;
- la date et l'heure de l'administration ;
- les nom et prénom du malade ;
- la dénomination du médicament et sa forme pharmaceutique ;
- la dose administrée ;
- l'identification du prescripteur ;
- l'identification de la personne ayant procédé à l'administration et sa signature.

Les relevés d'administration sont datés et signés par le médecin responsable de l'unité de soins et adressés à la pharmacie qui les conserve pendant trois ans. Ils peuvent être effectués de manière informatisée sous réserve qu'ils soient identifiés et authentifiés par des signatures électroniques et que leur édition sur papier soit possible.

Art. 19. - Le renouvellement de quantités prélevées à partir de la dotation pour besoins urgents est réalisé sur présentation d'un état récapitulatif figurant sur un imprimé de couleur rose, établi selon le modèle mentionné à l'article 13.

Cet état récapitulatif est accompagné des relevés d'administration mentionnés à l'article 18 concernant les médicaments qui ont été prélevés dans cette dotation.

En outre, le pharmacien peut exiger que lui soient remis les conditionnements primaires correspondant aux quantités consommées.

Art. 20. - Les médicaments contenant des stupéfiants ne doivent être remis par le pharmacien ou les personnes définies à l'article 7 qu'au surveillant ou à la surveillante de l'unité de soins ou à un infirmier ou une infirmière conjointement désigné par le médecin responsable de l'unité de soins et le pharmacien ou le cas échéant au prescripteur lui-même.

Art. 21. - Dans les locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement prévus à l'article 9, les stupéfiants sont détenus séparément dans une armoire ou un compartiment spécial banalisé réservé à cet usage et lui-même fermé à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité. Des mesures particulières de sécurité contre toute effraction sont prévues.

Art. 22. - L'arrêté du 9 août 1991 portant application de l'article R. 5203 du code de la santé publique dans les établissements mentionnés à l'article L. 577 du même code est abrogé.

Art. 23. - Le directeur général de la santé, le directeur des hôpitaux, le directeur de l'action sociale et le directeur général de l'Agence française de sécurité

sanitaire des produits de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 31 mars 1999.

Bernard Kouchner

1.2



Bon usage des médicaments et dispositifs médicaux en cancérologie

Dans le cadre de la tarification hospitalière, les médicaments et les dispositifs onéreux font l'objet d'une prise en charge spécifique, afin d'assurer à chaque patient, quand cela lui est nécessaire, l'accès à ces médicaments ou aux dispositifs médicaux (DM).

La méthodologie d'élaboration des référentiels de bon usage a été élaborée conjointement par la Haute Autorité en Santé (HAS), l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et l'Institut National du cancer (INCa).

Voir ce document : **Méthodologie générale d'élaboration des protocoles thérapeutiques "Hors-GHS"**¹.

La régulation des médicaments et DM inscrits sur la liste des produits financés en sus des GHS est prévue notamment par la responsabilisation des professionnels sur la base d'un contrat de bon usage. Le décret du 24 août 2005 prévoit un engagement des établissements à l'utilisation des produits de cette liste, dès le 1er janvier 2006 :

- conforme à l'AMM (médicaments) ou à la LPP (DM) ;
- ou aux protocoles thérapeutiques définis par l'AFSSAPS, l'INCa ou la HAS ;

¹ Note UNHPC : il s'agit du document ci-après

- à défaut, le prescripteur peut argumenter sa prescription en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou à la littérature internationale.

Dans le domaine de la cancérologie, cette procédure permet de répondre aux exigences du Plan cancer pour l'ensemble des Français.

Outre les recommandations de bonne pratique qui orientent en amont la décision thérapeutique, il importe donc que l'INCa définisse, en collaboration avec l'AFSSAPS et la HAS, des protocoles tels que prévus par le décret, concernant l'utilisation des produits de chimiothérapie hors GHS, en particulier hors du cadre de l'AMM. Il s'agira de « protocoles temporaires de traitement » (PTT), établis en fonction du contexte scientifique existant au moment de leur élaboration.

Le premier protocole issu de cette procédure a concerné, en octobre 2005, l'utilisation d'**Herceptin en situation adjuvante dans le cancer du sein (voir ce document)**¹.

¹ Note UNHPC : cf. les mails UNHPC 05/274 et 05/275: Herceptin, du mardi 18 octobre 2005



Méthodologie générale d'élaboration des protocoles thérapeutiques « hors-GHS »

PLAN

Contexte

Méthodologie générale

- 1) Ciblage des situations à évaluer
- 2) Analyse critique de la littérature et formulation des situations
- 3) Validation expertale et institutionnelle des conclusions et des situations
- 4) Actualisation
- 5) Format de production

Décembre 2005

Contexte

Le décret n°2005-1023 du 24 août 2005 relatif au « contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, mentionné à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale » précise que pour qu'un établissement de santé bénéficie du remboursement intégral des spécialités pharmaceutiques, des produits et des prestations financés hors groupes homogènes de séjour (GHS) leur utilisation doit être conforme :

- soit à l'AMM pour les spécialités pharmaceutiques ;
- soit aux indications retenues sur la LPP (liste des Produits et Prestations) pour les dispositifs médicaux (DM) ;
- soit aux « protocoles thérapeutiques définis par l'Afssaps, la HAS ou l'INCa ».

A défaut, et par exception, le prescripteur garde la possibilité d'argumenter sa prescription et de faire référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture.

Le présent document précise le cadre méthodologique général retenu pour l'élaboration des protocoles thérapeutiques mentionnés dans le décret n°2005-1023. La méthode a été définie en commun par l'Afssaps, la HAS et l'INCa et fait l'objet d'un consensus entre les trois institutions. Les procédures internes et les spécificités méthodologiques propres à chaque institution se-

ront précisées dans les protocoles thérapeutiques dont chacune aura la charge.

Les produits concernés seront répartis entre l'Afssaps, la HAS et l'INCa. Chacune de ces institutions deviendra pilote sur ces produits et coordonnera les travaux s'y rapportant. Les deux autres institutions, partenaires, seront informées régulièrement au cours de la procédure d'élaboration de chacun des protocoles thérapeutiques et consultées lors de la validation institutionnelle finale. A titre d'exemple, l'INCa sera l'institution pilote pour l'évaluation des indications relatives au cancer.

Méthodologie générale

La méthodologie d'élaboration des protocoles thérapeutiques comprend 4 phases successives :

- 1) phase de ciblage des situations à évaluer ;
- 2) phase d'analyse des études et de formulation des situations retenues ;
- 3) phase de validation expertale et institutionnelle ;
- 4) phase d'actualisation.

1) Ciblage des situations à évaluer

Pour chaque produit ou catégorie de produit concerné, le ciblage des situations à évaluer est réalisé par un groupe de travail comprenant des experts du thème, des représentants de l'institution pilote et le cas échéant des référents des institutions partenaires (Afssaps, HAS, et INCa selon les produits concernés).

Les conflits d'intérêts des membres du groupe doivent être identifiés.

La procédure de ciblage comprend :

- une interrogation des experts du groupe sur les indications pertinentes à évaluer (ce qui permet une réflexion par pathologie), notamment à partir des remontées de terrains et des référentiels existants ;
- une interrogation de l'Afssaps et de la HAS ;
Cette interrogation permet, en particulier, de :
 - déterminer les indications reconnues réglementairement ou en passe de l'être (en particulier, les indications en cours d'évaluation à l'EMA) ;
 - définir des situations scientifiquement non acceptables qui correspondent notamment à :
 - des contre-indications,
 - des indications qui ont été refusées par la Commission d'Autorisation de Mise

- un rapport bénéfice/risque défavorable ou non acceptable au vu des données disponibles, en prenant en compte notamment des situations qui ont pu faire l'objet de déclarations de pharmacovigilance ou de matériovigilance ;
 - répertoirer des études non publiées.
- une recherche par interrogation succincte et protocolisée des bases de données bibliographiques :
 - des essais contrôlés randomisés publiés dans la littérature ;
 - des travaux d'évaluation concernant les produits ou les situations correspondantes (*National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]*, *Health Technology Assessment [HTA]*, recommandations et protocoles thérapeutiques ALD de l'Anaes/HAS, Recommandations de bonnes pratiques de l'Afssaps, recommandations étrangères, recommandations de la FNCLCC, recommandations de sociétés savantes, etc.).

Cette recherche bibliographique permet :

- d'une part de délimiter le champ des situations hors-AMM ou hors-LPP où les professionnels ont la plus forte probabilité d'utiliser les spécialités et DM concernés en confirmant que toutes les études, notamment les études académiques, ont bien été prises en compte ;
 - d'autre part, lorsqu'il existe des recommandations, de replacer le produit au sein de la stratégie thérapeutique validée.
- une interrogation des ARH et des organismes ou groupes professionnels sur les protocoles déjà élaborés.

Lorsqu'un travail d'évaluation est identifié, celui-ci fait l'objet d'une analyse méthodologique concernant sa qualité d'élaboration. Si la qualité méthodologique est satisfaisante, le document et ses conclusions peuvent être intégrés à la réflexion, voire endossés, par l'institution pilote. Le détail des sources consultées ainsi que la stratégie de recherche doivent apparaître dans le document. Les études doivent être présentées sous une forme qui en permette la critique méthodologique. Une recherche complémentaire vérifie qu'aucune étude publiée de-

puis la date de réalisation de ce travail d'évaluation ne vient s'opposer aux conclusions établies dans le rapport.

- une interrogation des firmes sur les données scientifiques hors-AMM ou hors-LPP (rapports d'études et leurs résumés tabulés, publications) qui pourraient être intégrées à la réflexion.
- le cas échéant, une interrogation des associations de patients correspondantes.

Remarque :

Les études et indications déjà couvertes par l'AMM et la LPP ne sont pas réévaluées hormis si de nouvelles situations thérapeutiques sont disponibles ou, pour les dispositifs médicaux, si les indications LPP datent de plus de 5 ans.

Sauf exception, les variations des modalités d'utilisation (par exemple, posologie hors AMM) des spécialités pharmaceutiques ne feront pas l'objet d'un examen.

2) Analyse critique de la littérature et formulation des situations

Chaque étude sélectionnée est analysée selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthodologie employée, puis le résultat ; cette procédure conduit à affecter à chaque étude un niveau de preuve scientifique (Cf. guide Anaes).

Les situations scientifiquement acceptables sont définies en prenant en compte :

- les différents comparateurs possibles, c'est-à-dire soit un produit de référence de l'AMM ou de la LPP, soit l'option thérapeutique utilisée en pratique dans la situation évaluée (y compris lorsqu'il s'agit d'un acte médical) ;
- le rapport bénéfice/risque et le type de critères pris en compte (critères directs vs. critères intermédiaires) ;
- l'intérêt clinique des différences d'efficacité ou de tolérance mises en évidence entre les situations comparées ;
- la transposabilité des résultats expérimentaux à la pratique réelle (les conditions de l'évaluation ne correspondent pas toujours à la pratique réelle, et il peut y avoir des problèmes de « repérage » des patients, d'adhésion au traitement, etc.) ;
- l'applicabilité de l'intervention dans la pratique française (par ex. en raison de problèmes de coûts ou d'environnement, ou de procédure de diagnostic non utilisée en France).

Le tableau 1 propose les critères devant amener, pour un produit donné, à retenir ou non une situation en fonction de sa légitimité réglementaire ou scientifique.

Tableau I. Critères devant amener à retenir ou non une situation en fonction de sa légitimité scientifique		
I. Situations réglementaires	II. Situations scientifiquement acceptables	III. Situations scientifiquement non acceptables
<ul style="list-style-type: none"> - AMM et avis de la commission de la transparence - Avis de la CEPP 	<ul style="list-style-type: none"> - Preuve scientifique d'efficacité étayée par une ou plusieurs études cliniques de méthodologie rigoureuse, non contradictoires et présentées dans des conditions en permettant la critique méthodologique*. NB : la référence est l'essai contrôlé randomisé mené en double aveugle (niveau de preuve I) ; l'exigence peut néanmoins être adaptée en fonction de situations particulières envisagées (pédiatrie, situations rares ou ne permettant pas la réalisation d'une étude clinique, absence d'alternative thérapeutique, cas particulier de certains DM). - Ces études doivent avoir été présentées préférentiellement dans des journaux à comité de lecture. - Le rapport bénéfice/risque doit être acceptable. 	<p>La liste des situations scientifiquement non acceptables ne pouvant être exhaustive, il peut notamment s'agir des situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - contre-indications ; - démonstration de l'absence d'efficacité dans la littérature (non-indication démontrée) ; - absence de démonstration de l'efficacité dans la littérature (seule est légitime l'utilisation dans le cadre des études cliniques en cours) ; - produit en cours d'évaluation dans l'indication concernée (seule est légitime l'utilisation dans le cadre des études cliniques en cours) ; - situation non acceptée lors d'une précédente évaluation par l'Afssaps, l'EMA, l'INCa ou la HAS (en l'absence de données nouvelles) ; - usage dangereux démontré (risque de perte de chance) ; - rapport bénéfice/risque «non acceptable» ou «défavorable» ; - études non transposables à la pratique française.
<p>* Les études peuvent avoir fait, ou non, l'objet d'un travail d'évaluation (analyse de la littérature, recommandations de bonnes pratiques) de méthodologie rigoureuse, et le travail présenté d'une manière qui en permette l'analyse méthodologique. Il pourra, dans ce cas, être endossé par la HAS, l'Afssaps et lorsqu'il s'agit d'un produit anticancéreux par l'INCa.</p>		

Les situations évaluées sont explicitées dans le document final notamment lorsqu'elles comprennent un terme de nature qualitative, par exemple « stade évolutif » ou « sévère » ou lorsqu'une procédure diagnostique particulière est utilisée.

Dans ce cadre, il est recommandé de borner la situation en la limitant aux caractéristiques des populations incluses dans les études analysées. Les raisons qui conduisent à ne pas retenir une situation (classement en catégorie III) sont argumentées.

Pour les médicaments spécifiques de maladies rares¹ et plus généralement les situations rares (pour lesquelles la population cible est de petite taille), et pour certaines situations particulières telles que la pédiatrie, il est possible de considérer que lorsque l'utilisation n'est pas conforme à l'AMM ou à la LPP, celle-ci correspond à la possibilité d'exception mentionnée par le décret.

Dans le cadre des situations compassionnelles (extrême recours [x^{ième} ligne] et sans niveau de preuve), il est possible, dans le cas général, de recommander la prescription d'un produit financé dans le cadre d'un GHS. Les situations compassionnelles ne seront donc pas évaluées dans le cadre des protocoles thérapeutiques.

A rapports efficacité/sécurité comparables, les produits qui entrent dans le cadre d'un GHS devraient être préférés aux produits hors-GHS.

Les recommandations émises dans le cadre des protocoles thérapeutiques seront à considérer comme valides et effectives pour l'usage qui peut en être fait en dehors des établissements de santé, par exemple s'il s'agit de produits en prescription initiale hospitalière, voire de produits rétrocédables.

3) Validation expertale et institutionnelle des conclusions et des situations

■ Validation par un comité d'experts

En pratique, le comité d'experts est composé de professionnels reconnus pour leur implication dans le thème ou proposés à l'institution pilote par les différentes sociétés savantes ou associations professionnelles associées à ce travail.

¹ Dans le cadre des maladies rares et non spécifiquement au sujet de la prescription hors-GHS, il est prévu que des protocoles de soins soient élaborés par les Centres nationaux de référence et validés par la HAS.

Le comité doit, autant que possible, être pluridisciplinaire et multiprofessionnel. Parmi les critères à respecter, il faut veiller tout particulièrement à :

- réunir des professionnels :
 - intervenant aux différents échelons de la prise en charge ;
 - ayant une bonne connaissance de la pratique professionnelle des situations sur lesquelles ils doivent se prononcer ;
 - capables de juger de la pertinence des études et des situations à évaluer.
- respecter une représentation équilibrée des différents modes d'exercice (public [CHU/CHG], privé ou libéral), des différents courants d'opinion et de la diversité d'origine géographique des intervenants.

Le groupe comprendra non seulement des cliniciens, mais également des experts du diagnostic dans la situation évaluée, des thérapeutes et, le cas échéant, des méthodologistes, des pharmaco-épidémiologistes et des pharmaciens hospitaliers.

Les conflits d'intérêt des experts doivent être identifiés.

En vue de rendre compte avec transparence de l'avis du comité d'experts et de se prémunir contre l'influence prépondérante d'un expert, l'avis du comité d'experts sera, dans la mesure du possible, modélisé et formalisé à l'aide d'une méthode explicite telle que la méthode *Delphi* (en l'absence d'utilité d'une réunion) ou la version courte de la méthode du consensus formalisé HAS c'est-à-dire la « *Rand appropriateness method* » (si une réunion d'experts est nécessaire au vu des commentaires émis).

■ Validation institutionnelle finale

L'institution pilote coordonnera la validation institutionnelle finale et prendra l'avis des institutions partenaires avant libération. Il revient à chaque institution, Afssaps, HAS et INCa, de déterminer sa propre procédure interne de validation pour les produits de santé qui la concerne. Pour l'Afssaps, elle se fera par exemple par passage en Commission d'AMM.

Il est prévu une information préalable de toutes les firmes pharmaceutiques concernées par chaque protocole thérapeutique avec délai de réponse de deux semaines. Dans sa réponse, la firme devra préciser l'état d'avancement du dossier sur le point précis de l'extension d'indication, en particulier d'un point de vue réglementaire.

Au final, le document portera, après accord, le timbre de l'ensemble des institutions qui ont participé à l'élaboration du document (Afssaps, HAS, et INCa s'il s'agit d'un produit anticancéreux) ainsi que celui de(s) l'organisme(s) qui a(ont) réalisé l'analyse de littérature et/ou défini initialement les situations scientifiquement acceptables.

4) Actualisation

La durée maximale de la situation scientifiquement acceptable est fixée à 4 ans.

Au cours de ces 4 ans, une réévaluation des protocoles thérapeutiques temporaires pourra se faire sur la base des nouvelles données, notamment dans les situations suivantes :

- des nouvelles indications de l'AMM ou de la LPP ;
- des données de vigilance et plus généralement d'éléments devant conduire à considérer la situation comme « scientifiquement non acceptable » pour le produit considéré ;
- des travaux de recommandations nationales et, le cas échéant, par les Centres nationaux de référence des maladies rares ;
- des saisines du Ministère de la santé, des observatoires, des ARH ou de la CNAMTS ;
- des demandes émanant des sociétés savantes, associations ou groupes professionnels, associations de patients (sur la base de données nouvelles).

De même que pour la phase de validation, chaque actualisation fait l'objet d'une mise à jour de l'argumentaire bibliographique, d'une validation formalisée par un comité d'experts et d'une validation par les institutions concernées.

5) Format de production

La dénomination de « protocoles thérapeutiques » comprend aussi bien des protocoles *ad-hoc* que des documents déjà régulièrement produits par l'Afssaps, la HAS ou l'INCa (référentiels, recommandations, avis des différentes commissions, mises au point, protocoles temporaires de traitement, etc.).

Les documents produits *ad-hoc* comprendront :

- un tableau récapitulant les situations réglementaires, les situations scientifiquement acceptables et les situations scientifiquement non acceptables. Ce tableau sera à l'usage des établissements de santé ;

- un rappel sommaire sur la méthode utilisée (1 page) et sur la composition des groupes de travail. Le détail des sources consultées ainsi que le résumé de la stratégie de recherche et ses mises à jour doivent apparaître dans le document final (la recherche bibliographique doit être au minimum traçable) ;
- et pour les situations temporaires d'utilisation :
 - un argumentaire bibliographique comprenant les références bibliographiques ayant servi de support à leur élaboration et une analyse critique sommaire avec niveau de preuve des études correspondantes ;
 - si nécessaire, des règles de bon usage (posologie, précautions d'emploi, modalités de suivi...) notamment dans le cadre d'élaboration d'un protocole thérapeutique temporaire ;
 - si nécessaire, des indications générales sur le système de surveillance à prévoir et sur ses objectifs (pharmacovigilance, matériovigilance, suivi par les observatoires, protocole spécifique de suivi) ;
 - si nécessaire, des indications sur les études cliniques complémentaires à réaliser.

Les situations correspondant au cadre d'exception prévue par le décret sont par nature multiples et non prévisibles et ne figureront donc pas dans le document final.

Document n° 2

Documents supports de l'exposé de M. Patrick Ferrer

On trouvera ci-après des documents supports de l'intervention de M. Patrick Ferrer, en complément de son exposé, ainsi que quelques documents d'actualisation :

- 2.1** Affiche de l'association "Vivre avec"
- 2.2** La Convention AERAS : *s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé*
- 2.3** Entretien avec Régine Goinère et Patrick Ferrer, Présidents de Vivre Avec (11/07/06)
- 2.4** Entretien avec Mirjam Sidler, porte-parole du Comité des Malades, de leurs Proches et des Usagers (CMPU) de l'INCa
- 2.5** Communiqué de presse de l'INCa - 7 Juillet 2006
- 2.6** Dossier de presse regroupant plusieurs articles parus dans la presse sur le sujet

Notons qu'au début de Novembre 2006, la traduction réglementaire des engagements pris lors de la signature de la convention AERAS n'est toujours pas faite et qu'elle n'est pas à l'ordre du jour de la session parlementaire. Les échéances prévues pour le 1^{er} Janvier 2006 risquent donc de n'être pas tenues.

2.1

Les malades aussi,
ont le droit d'accéder
au crédit pour
penser à l'avenir.



L'association "Vivre avec" se mobilise aujourd'hui
pour aider les malades atteints d'un cancer
à étudier un dossier d'accès à
un prêt immobilier et à son assurance.

Pour en savoir plus, l'association "Vivre avec" met à votre disposition le :

N° Indigo 0 821 21 80 08
0,12 € TTC / MN

**Vivre
avec**
Pour une citoyenneté retrouvée

00000000 - H.RibonCom

Avec la participation de



2.2

CONVENTION AERAS

*S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AG-
GRAVE DE SANTE*

PREAMBULE

1/ Etant préalablement rappelé que :

- a) l'accès au crédit représente un enjeu important dans le monde moderne, en France notamment. La question se pose avec une acuité particulière lorsqu'elle concerne des personnes candidates à l'emprunt placées, de par les aléas de la vie, en situation de risque de santé aggravé du fait d'une maladie ou d'un handicap, puisque l'assurance est souvent une condition d'obtention des prêts.

Une convention conclue en septembre 1991 entre les Pouvoirs publics et les professionnels de l'assurance a apporté des aménagements tangibles, notamment en matière de traitement des données médicales, à l'assurance décès des prêts immobiliers aux personnes séropositives. Ce dispositif, outre son champ d'application restreint, n'a répondu que de façon partielle aux attentes qu'il avait suscitées ;

- b) début 1999, les Pouvoirs publics ont souhaité qu'une réflexion soit menée en vue de favoriser une amélioration des réponses aux personnes séropositives au VIH, et plus généralement à celles présentant un risque de santé aggravé.

Le Comité installé le 1er juin 1999, sous la présidence de Monsieur Jean-Michel BELORGEY, Conseiller d'Etat, a élargi sa composition par la représentation des établissements de crédit, d'organisations de consommateurs, d'associations d'aide aux malades, et a étendu ses travaux et ses réflexions à l'assurabilité des risques aggravés en général dans le cadre de l'assurance emprunteurs ;

- c) le Comité a clos ses travaux en préconisant la recherche d'une solution conventionnelle, impliquant les différentes parties prenantes, qui permette de répondre aux demandes légitimes des personnes désireuses d'emprunter pour les besoins de leur vie privée ou professionnelle, dans le respect de leur dignité comme de leur droit à la confidentialité, tout en étant compatible avec les contraintes inhérentes aux métiers de l'assurance et du crédit.
- d) Une convention sur l'accès à l'assurance et au crédit pour les personnes présentant un risque de santé aggravé a ainsi été signée en 2001 entre les pouvoirs publics, les professionnels, les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées.

Cette convention a permis de faire progresser l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé aggravé, ainsi que la prise de conscience des difficultés auxquelles était confrontée cette catégorie spécifique de clients. Elle s'est également traduite par l'instauration d'une commission de suivi

et de propositions, d'une section scientifique et d'une section de médiation.

- e) Pour autant, les partenaires de la convention conviennent que des progrès apparaissent encore possibles s'agissant notamment :
- du champ de la convention ;
 - de la diffusion de l'information relative au dispositif ;
 - de la couverture du risque invalidité ;
 - du fonctionnement du dispositif de médiation ;
 - de la connaissance scientifique relative à ces risques ;
 - du respect de l'obligation de confidentialité ;
 - de l'accroissement des échanges entre professionnels de la banque et de l'assurance et médecins spécialistes ;
 - de la rapidité de traitement des demandes de prêt ;
 - de la mutualisation des surprimes d'assurance ;
 - du recours aux garanties alternatives et délégations d'assurance.
- f) Les Pouvoirs publics réaffirment leur volonté de soumettre au Parlement des dispositions législatives confortant le dispositif conventionnel.
- 2/ Il est convenu ce qui suit : Les signataires souhaitent marquer leur volonté commune de mettre au point un dispositif d'ensemble tendant à élargir, dans les meilleures conditions, l'accès à l'emprunt et l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé.

Lorsque les informations demandées à la personne à assurer comportent des indications sur son état de santé, celles-ci doivent être recueillies, transmises et utilisées dans des conditions qui garantissent pleinement la confidentialité et le respect de la vie privée.

Ces considérations inspirent les dispositions qui suivent, dont l'objet est :

- I. La diffusion de l'information sur l'existence de la convention et ses dispositions
 - II. Le traitement des données personnelles nécessaires à la souscription et à l'exécution des contrats
 - III. Le processus d'instruction des demandes d'emprunt
 - IV. La couverture des risques liés aux emprunts
 - V. Les organismes de suivi de la convention
 - VI. Dispositions particulières
- 3/ Toute personne présentant un risque de santé aggravé, du fait d'une maladie ou d'un handicap, peut se prévaloir de la présente convention sans avoir en particulier à justifier de son adhésion à l'une des associations signataires ou adhérentes à cette convention.

TITRE I :
LA DIFFUSION DE L'INFORMATION SUR
L'EXISTENCE DE LA CONVENTION
ET SES DISPOSITIONS

L'efficacité de l'application de la convention repose largement sur une diffusion très en amont du processus de demande de prêt, notamment immobilier, d'une information adéquate sur la convention auprès des publics concernés.

Les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées, les pouvoirs publics, les représentants du milieu médical et les professionnels de la banque et de l'assurance ont un rôle déterminant à jouer à cet égard.

Pour améliorer la diffusion de l'information, les mesures suivantes seront mises en œuvre dans les meilleurs délais à compter de la signature de la convention :

Dénomination de la convention : afin d'accroître la lisibilité du dispositif, les signataires conviennent de la dénommer "s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé - AERAS" et de privilégier l'utilisation de cette dénomination dans tous les documents d'information et actions de communication engagées sur la convention.

En outre,

- a) Les pouvoirs publics s'engagent à :
 - associer les caisses d'assurance maladie des régimes obligatoires et les réseaux de soins à la diffusion de l'information sur l'existence et les dispositions de la convention ;
 - créer un site internet dédié à la convention ;
 - prendre des dispositions pour assurer un relais efficace de cette information auprès des professionnels (par exemple notaires, agents immobiliers) impliqués dans les opérations de prêt, au moyen de supports appropriés.

- b) Les établissements de crédit et les assureurs s'engagent à :
 - diffuser des dépliants d'information au sein de leurs réseaux et informer directement les candidats à l'emprunt. Pour ce faire, les établissements de crédit s'engagent notamment à développer un module de formation relatif à l'accueil des publics spécifiques pour les chargés de clientèle et à créer des référents au sein de chaque réseau bancaire. Le référent pourra intervenir en appui du chargé de clientèle ou répondre directement aux questions des candidats à l'emprunt ;

- mentionner la convention et diffuser une information adéquate sur ses dispositions sur leurs sites internet et introduire un lien avec le site de la convention ;
 - indiquer dans les documents de simulations de prêt, l'existence de la convention et les numéros verts ou coordonnées du référent du réseau bancaire.
- c) Les associations s'engagent à :
- mentionner la convention et diffuser une information adéquate sur ses dispositions sur leurs sites internet et introduire un lien avec le site de la convention ;
 - participer activement à la démarche d'information en diffusant à leurs membres et aux publics appropriés une information sur la convention, via notamment divers outils de communication (plaquettes d'information et affiches) et des lignes d'information téléphonique ;
 - encourager les publics concernés à faire jouer la concurrence.

TITRE II :
LE TRAITEMENT DES
DONNEES PERSONNELLES
NECESSAIRES A LA SOUSCRIPTION
ET A L'EXECUTION DES CONTRATS

- 1) La demande légitime par l'assureur des informations nécessaires à l'acceptation du risque et, lorsque le risque se réalise, au règlement de la prestation garantie, doit être conciliée avec la confidentialité qui s'impose, s'agissant d'informations qui touchent à la vie privée et à la santé des personnes.

Dans cet esprit, les professions s'engagent à respecter les principes de la présente convention et du code de bonne conduite, de portée générale, qui y est annexé.

Ce code constate les procédures de confidentialité existantes et les actualise. Il innove sur un certain nombre de points par des recommandations renforçant la protection de la confidentialité des informations touchant la personne des assurés.

- 2) S'agissant des contrats liés à un emprunt, afin de respecter la confidentialité, les établissements de crédit veillent à ce que le candidat à l'assurance, lorsqu'il est présent dans les locaux de l'agence bancaire, prenne seule connaissance des dispositions et questions figurant dans le questionnaire de santé. Afin de se conformer à l'exigence de confidentialité, il y répond seul quel que soit le support utilisé qu'il s'agisse d'un support papier ou d'une procédure informatique sécurisée ; il lui est proposé de le remplir seul soit sur place soit à son domicile. Toutefois, à sa demande, le client peut être assisté par son interlocuteur pour remplir le questionnaire. En ce cas, avant de l'assister le conseiller bancaire lui rappelle les règles de confidentialité définies dans le code de bonne conduite annexé à la présente convention.
- 3) Les questionnaires de santé respectent les principes suivants :
- a) les questions posées sont précises et portent sur les événements relatifs à l'état de santé (ex : existence d'une rente d'invalidité, intervention chirurgicale ...), les pathologies recherchées, les arrêts de travail et de situations liées à la protection sociale (ex : exonération du ticket modérateur ...) ;
 - b) les questionnaires de santé ne font aucune référence aux aspects intimes de la vie privée, et notamment à la sexualité ;

- c) dans l'hypothèse d'une question portant sur des tests de dépistage, elle ne porte que sur les sérologies virales, notamment sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine et sous la forme suivante : « Avez-vous ou non subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif ? A quelle date ? »

Il ne peut être demandé au candidat à l'assurance de se soumettre à de tels tests que si l'importance des capitaux souscrits ou les informations recueillies par le questionnaire de risques le justifient.

- 4) En fonction des réponses apportées par le candidat à l'assurance, le service médical de l'assureur a la possibilité de demander des informations complémentaires.

TITRE III : LE PROCESSUS D'INSTRUCTION DES DEMANDES D'EMPRUNT

Ce titre s'applique aux prêts professionnels et immobiliers.

- 1) La durée globale de traitement des dossiers de demande de prêts immobiliers par les établissements de crédit et les assureurs n'excède pas une durée maximum de 5 semaines à compter de la réception d'un dossier complet :
 - a) les assureurs s'engagent à ce qu'entre la réception de l'ensemble des pièces d'un dossier et la réponse formulée par l'assureur, y compris le cas échéant après intervention du 3ème niveau, le délai écoulé n'excède pas 3 semaines ;
 - b) les établissements de crédit s'engagent à prendre et à communiquer une décision au candidat à l'emprunt dans les 2 semaines suivant la transmission à l'établissement de crédit de l'acceptation par le client de la proposition de l'assureur.
- 2) L'intérêt des futurs emprunteurs est de préparer le plus en amont possible leur dossier, notamment si les risques de santé auxquels ils sont exposés nécessitent des examens qui allongent la durée d'analyse de leur dossier. Afin de répondre à ce besoin et de réduire les délais de traitement, ils peuvent soit s'adresser à un assureur de leur choix, soit demander par l'intermédiaire de leur banque une assurance emprunteur, quand bien même une telle demande ne serait pas liée à la signature d'une promesse ou d'un compromis de vente d'un bien immobilier. Les établissements de crédit s'engagent alors à transmettre à l'assureur du contrat groupe les demandes d'assurance effectuées par un candidat à l'emprunt.
- 3) Les assureurs s'engagent à étudier tout dossier de demande d'assurance effectuée directement ou via un établissement de crédit par un candidat à l'emprunt demandant à bénéficier des garanties de la présente convention quand bien même cette demande d'assurance n'est pas directement liée à la signature d'une promesse ou d'un compromis de vente d'un bien immobilier.
- 4) Lorsqu'une proposition d'assurance est transmise à un candidat à l'emprunt, cette proposition d'assurance, qu'il s'agisse d'un contrat d'assurance de groupe ou d'un contrat individuel, est, au regard de l'état de santé du demandeur, valable pendant une durée de 4 mois. S'agissant des emprunts contractés dans le cadre de l'acquisition d'un bien immobilier, cette durée est valable y compris pour l'acquisition d'un bien immobilier diffé-

rent de celui pour lequel la proposition d'assurance initiale a été réalisée pour autant que la demande d'emprunt porte sur un montant et une durée inférieurs ou égaux à la précédente demande.

5) Motivation

- a) Les établissements de crédit s'engagent à motiver par écrit les refus de prêt autour du seul critère d'assurabilité.
- b) L'assureur porte par courrier à la connaissance de l'intéressé de façon claire et explicite les décisions de l'assureur relatives au refus d'assurance, aux ajournements, aux exclusions de garantie et aux surprimes. Il est indiqué à l'intéressé dans le même courrier la possibilité de prendre contact par courrier avec le médecin de l'assureur, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine des décisions de l'assurance. Il est mentionné l'existence et les coordonnées de la commission de médiation.

TITRE IV : LA COUVERTURE DES RISQUES LIES AUX EMPRUNTS

Le présent titre concerne la couverture du risque décès et invalidité des personnes présentant un risque de santé aggravé, liée aux emprunts suivants :

- à caractère professionnel : prêts pour l'acquisition de locaux et de matériels ;
- à caractère personnel : prêts immobiliers et crédits à la consommation ; dans les conditions précisées ci-dessous.

1) L'assurance des prêts au logement et des prêts professionnels

Les professions, directement ou par délégation, déclarent que, dès lors que l'analyse d'un questionnaire de risque de santé conduit à refuser à un candidat à l'emprunt le bénéfice de l'assurance de groupe associé à cet emprunt, le traitement de son dossier sera automatiquement transféré vers un dispositif d'assurance "de deuxième niveau" qui permette un réexamen individualisé de sa demande.

En outre, un pool des risques très aggravés est mis en place par les assureurs pour permettre le réexamen des cas de refus par le "deuxième niveau". Ce pool traite les demandes relatives à un encours cumulé de prêts d'au plus 300 000 euros et pour des prêts d'une durée telle que l'âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excède pas 70 ans.

Une description de ce mécanisme de "deuxième niveau" et du pool des risques très aggravés figure en annexe à la présente convention. Ce dispositif ne fait pas obstacle à la mise en jeu des garanties alternatives mentionnées au 5) ci-dessous.

2) L'assurance décès des prêts à la consommation affectés ou dédiés.

Les professions s'accordent sur la suppression des questionnaires de risques médicaux pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés, sous réserve des conditions suivantes :

- leur montant ne dépasse pas 15 000 euros,
- leur durée de remboursement est inférieure ou égale à 4 ans,
- le candidat à l'assurance a 50 ans au plus,
- le candidat à l'assurance dépose une déclaration sur l'honneur de non cumul de prêts au-delà du plafond susmentionné.

3) Délégations d'assurance

Les établissements de crédit s'engagent à accepter des contrats individuels d'assurance décès et invalidité dès lors que ces derniers présentent un ni-

veau de garantie équivalent au contrat groupe. Ils s'engagent également à ne pas imposer leur contrat groupe au candidat emprunteur dans les cas où le contrat groupe ne permet pas d'apporter une réponse satisfaisante à un candidat. Ils s'engagent enfin à assurer des conditions d'emprunt identiques quelle que soit la solution assurantielle retenue.

4) Garantie des prêts immobiliers et professionnels en cas de risque d'invalidité

Un emprunteur présentant un risque de santé aggravé peut se trouver dans l'incapacité de rembourser tout ou partie des échéances de son emprunt si son état de santé se dégrade et le met ainsi dans l'impossibilité de maintenir le niveau de revenu qu'il avait au moment de l'octroi du prêt. Dans leur intérêt comme dans celui de l'emprunteur, les établissements de crédit, soumis en outre à des obligations juridiques et notamment au devoir d'alerte des prêteurs, sont donc conduits à rechercher les garanties nécessaires à la couverture de ce risque.

Afin de mettre pleinement en oeuvre l'objectif de la présente convention de rechercher les moyens propres à assurer le meilleur accès possible au crédit des personnes concernées, il est prévu un dispositif tendant à rechercher systématiquement la ou les solutions adaptées à chaque cas en matière de risque invalidité.

- a) Le risque invalidité entre dans le champ de la présente convention au même titre que le risque décès et permet donc aux personnes concernées de bénéficier des dispositions de la convention, notamment en matière de médiation, de motivation et de mutualisation.
- b) Lorsque l'assurance est possible, les assureurs s'engagent à proposer une assurance invalidité, dans le cas où celle-ci s'avérerait nécessaire à l'aboutissement de la demande de prêt, assurant au minimum la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie ainsi qu'une couverture additionnelle d'invalidité dans des cas déterminés prévus au contrat.

Cette couverture conduira l'assureur, lors de la survenance d'un sinistre, à verser des prestations à ses assurés relevant alors de la 3ème catégorie d'invalidité définie à l'article L341-4 du code de la sécurité sociale ainsi qu'à environ un tiers de ses assurés relevant alors de la 2ème catégorie d'invalidité.

Les signataires s'engagent à définir en commun d'ici la fin de l'année 2006 un processus et des indicateurs pour suivre la réalisation de cet objectif et à examiner les résultats obtenus dans un délai de 18 mois suivant l'entrée en application de la présente convention.

Les établissements de crédit s'engagent à fonder leur décision de prêt sur le seul critère de la solvabilité du candidat à l'emprunt, et à ce que l'apparition d'un problème lié à l'obtention d'une assurance invalidité n'entraîne pas de conséquence systématique sur l'octroi d'un prêt. Lorsque les couvertures mentionnées au premier paragraphe du b) sont proposées par les assureurs et acceptées par le candidat à l'emprunt, les établissements de crédit s'engagent à n'exiger aucune autre garantie s'agissant de la couverture du risque santé, sauf si l'examen particulier du dossier du candidat à l'emprunt ne leur permet pas de disposer d'une garantie raisonnable sur sa capacité à s'acquitter des annuités d'emprunt.

Les établissements de crédit mettront en place un mécanisme de suivi effectif de cet engagement dont les modalités techniques seront définies dans le cadre de la Commission de suivi et de propositions.

5) Garanties alternatives à l'assurance

Les établissements de crédit, directement ou par délégation, s'engagent à accepter, notamment en cas de refus d'assurance en garantie des prêts, quel que soit leur montant, les alternatives à l'assurance de groupe qui peuvent apporter des garanties dont la valeur et la mise en jeu offrent la même sécurité pour le prêteur et l'emprunteur. Il peut s'agir, selon les cas, notamment de biens immobiliers, d'un portefeuille de valeurs mobilières, de contrats d'assurance vie ou de prévoyance individuelle ou de cautions.

6) Mécanisme de mutualisation

Un mécanisme de mutualisation des risques d'assurance à l'initiative des assureurs et des établissements de crédit est mis en place pour les prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale et pour les prêts professionnels, pour permettre de consentir un écrêtement des primes en faveur de personnes disposant de revenus modestes.

Le seuil d'éligibilité retenu dans ce mécanisme dépend du revenu et du nombre de parts accordées au foyer fiscal du candidat à l'emprunt au terme de la législation fiscale en vigueur :

- revenu inférieur ou égal à 1 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 1 ou 2 ;
- revenu inférieur ou égal à 1,25 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 2,5 ;
- revenu inférieur ou égal à 1,5 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 3 et plus.

Dans les conditions d'éligibilité définies ci-dessus, la prime d'assurance ne peut représenter plus de 1,5 point dans le taux effectif global de l'emprunt.

Il est régulièrement rendu compte du fonctionnement de ce mécanisme de mutualisation au sein de la Commission de suivi et de propositions.

TITRE V : LES ORGANISMES DE SUIVI DE LA CONVENTION

I. Commission de suivi et de propositions de la convention

1) Composition

La Commission de suivi et de propositions de la convention est composée comme suit :

- six membres désignés par les professions, à raison de trois par les établissements de crédit et trois par les assureurs ;
- six membres désignés par les associations représentant les malades ou les personnes handicapées et les associations de consommateurs ;
- quatre représentants de l'Etat nommés par les ministres chargés de l'économie et de la santé ;
- sept membres qualifiés dont au moins deux médecins, désignés par les ministres chargés de l'économie et de la santé, un représentant de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles et un représentant de la Commission Bancaire.

La Commission de suivi et de propositions de la convention est présidée par un membre qualifié, désigné par les ministres chargés de l'économie et de la santé.

Elle se réunit en formation plénière, sur convocation de son président, au moins quatre fois par an.

En plus des commissions spécialisées prévues au 3) ci-après, la Commission de suivi et de propositions de la convention peut prendre toute décision tendant à l'instauration de groupes de travail consacrés à l'étude d'une question particulière de sa compétence.

2) Compétences

La Commission de suivi et de propositions de la convention veille à la bonne application des dispositions de la présente convention et au respect des engagements des parties. Elle peut s'appuyer pour cela sur les enseignements des travaux sur les dispositifs de contrôle interne mis en place par les professionnels pour vérifier l'application des normes professionnelles. Elle formule toute recommandation aux signataires qu'elle juge utile.

La Commission de suivi et de propositions de la convention étudie tout sujet en rapport avec l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé, qui susciterait des difficultés non résolues par la convention. Elle

débat de toutes mesures susceptibles d'améliorer les dispositions conventionnelles.

Elle rassemble les données statistiques transmises par les professionnels sur la mise en oeuvre de la convention en matière de crédit immobilier et professionnel, notamment :

- le nombre de personnes accédant aux 2ème et 3ème niveaux ;
- le nombre de personnes bénéficiant d'une proposition d'assurance en distinguant couverture décès et couverture invalidité et en précisant dans le cadre d'enquêtes spécifiques la pathologie et le montant des surprimes ;
- les enquêtes spécifiques sur les prêts proposés et accordés ;

Elle peut diligenter toute enquête ponctuelle ou spécifique nécessaire au bon suivi de l'exécution de la convention.

Les signataires conviennent d'étudier un mécanisme de vérification, impliquant professionnels et associations, permettant de suivre l'application de la présente convention.

La Commission de suivi et de propositions de la convention remet au Gouvernement, aux présidents des assemblées ainsi qu'au président du conseil national consultatif des personnes handicapées, tous les deux ans, un rapport rendu public sur son activité, la mise en oeuvre de la convention et sur les nouvelles mesures adoptées ou en voie de l'être, en vue d'améliorer l'assurance et l'accès à l'emprunt des personnes présentant un risque de santé aggravé. Ce rapport comporte, le cas échéant, des propositions de nature à parfaire le dispositif conventionnel, légal ou réglementaire existant.

3) Le Secrétariat de la Commission

La Commission de suivi et de propositions de la convention dispose d'un Secrétariat. Ses moyens de fonctionnement sont assurés par l'Etat.

II) Commission des études et recherches

Il est instituée auprès de la Commission de suivi et de propositions de la convention une Commission des études et recherches, animée par le ministère de la santé et de la solidarité, comportant notamment des représentants de l'INSERM, de l'Institut National de Veille Sanitaire et d'autres organismes de recherche, de représentants d'associations, d'assureurs et de ré-assureurs et de personnalités qualifiées. Sa composition est fixée d'un commun accord après avis de la Commission de suivi et de propositions de la convention .

En tant que de besoin, elle associe à ses travaux des spécialistes, concernés par les pathologies étudiées.

La Commission des études et recherches est chargée de recueillir et étudier les données disponibles sur la mortalité et la morbidité occasionnées par les principales pathologies, à partir desquelles sont déterminées les surcharges pour risques aggravés ou fondés les refus de garantie. Elle engage un programme de recherche en ce domaine, notamment sur l'invalidité associée aux principales pathologies en vue de fournir les éléments statistiques nécessaires à la tarification du risque.

Les assureurs tiennent compte, pour les opérations d'assurance destinées à garantir les prêts entrant dans le champ de la présente convention, des conclusions des études produites.

III) La Commission de médiation

1. Il est institué une Commission de médiation :
 - composée de quatre membres titulaires et de quatre membres suppléants désignés en son sein par la Commission de suivi et de propositions, à parité entre les professionnels et les associations ;
 - présidée par une personnalité qualifiée désignée par les ministres chargés de l'économie et de la santé.

La Commission, sur décision de son président, peut s'attacher le concours, en tant que de besoin, de personnes extérieures, sans que celles-ci aient voix délibérative.

2. La Commission de médiation est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont adressées par des candidats à l'emprunt dans le cadre du fonctionnement de la présente convention.

Elle prend toutes dispositions de nature à favoriser un règlement amiable et diligent des dossiers dont elle est saisie, notamment par des recommandations transmises aux parties concernées. Elle favorise en tant que de besoin le dialogue entre le spécialiste de la pathologie qui suit, médicalement, le candidat à l'emprunt et le médecin conseil de l'assureur.

3. La Commission de médiation informe périodiquement, notamment grâce à son rapport annuel d'activité, la Commission de suivi et de propositions de ses travaux et des enseignements qui s'en dégagent.
4. La Commission de médiation dispose d'un secrétariat. Ses moyens de fonctionnement sont assurés par l'Etat.

TITRE VI : DISPOSITIONS PARTICULIERES

- 1) La présente convention annule et remplace la convention du 19 septembre 2001 sur l'accès au crédit et à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé.
- 2) Elle est conclue pour une période de 3 ans renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être dénoncée par une des parties, moyennant un préavis de six mois.

Lorsque leurs statuts le rendent nécessaires, les associations et professions soumettent à ratification en assemblée générale, la présente convention au plus tard le 31 décembre 2006.

- 3) Les signataires ont conscience des délais nécessaires à la pleine mise en oeuvre des dispositions de la présente convention. Celle-ci requiert en effet :
 - d'informer les membres des professions, des associations et des consommateurs en général ;
 - de former les salariés et les intermédiaires des professions ;
 - de concevoir, négocier, souscrire et mettre en place les contrats de groupe ouvert dits de « deuxième niveau » ;
 - de mettre en place les structures de gestion et d'examen des risques soumis au pool des risques très aggravés.

La Commission de suivi et de propositions procédera à une évaluation régulière de la mise en oeuvre des dispositions conventionnelles.

- 4) Les dispositions de la présente convention entrent en vigueur 6 mois à compter de leur signature par les partenaires concernés.



Nouvelle convention AERAS (juillet 2006)

La nouvelle convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), signée le 6 juillet, entrera en application à partir du 1er janvier 2007. En savoir plus

- Lire l'entretien avec Régine Goinère et Patrick Ferrer, Présidents de l'association « Vivre Avec »
 - Lire l'entretien avec Mirjam Sidler, porte-parole du Comité des Malades, de leurs Proches et des Usagers de l'INCa.
 - Lire le communiqué de presse de l'INCa
-

2.3

**Convention AERAS,
Entretien avec Régine Goinère et Patrick Ferrer,
Présidents de Vivre Avec (11/07/06)
Membres du Comité des Malades, de leurs Proches
et des Usagers de l'INCa**

L'association « Vivre Avec » a mis en place un dispositif permettant aux personnes ayant été touchées par un cancer d'accéder plus facilement à l'emprunt et à l'assurance. Pourquoi avoir créé cette structure et quel est concrètement son fonctionnement ?

Vivre Avec s'est mobilisée afin, d'une part, d'améliorer l'accès à l'assurance de prêts pour les malades en rémission ou ayant été atteints d'un cancer, mais aussi pour les personnes présentant un « risque aggravé ». L'association travaille également dans le but de faciliter l'accès aux prêts bancaires en simplifiant les démarches et les recherches. Le fonctionnement de ce dispositif est fondé sur un centre d'appel. Sur simple appel au numéro indigo 0 821 21 80 08, l'équipe de Vivre Avec établit un pré-diagnostic d'assurabilité avec son interlocuteur, ce pré-diagnostic restant anonyme et reposant uniquement sur les déclarations faites. En fonction de ce dernier, l'équipe de Vivre Avec estime que le dossier d'assurance sera soit ajourné, soit immédiatement réalisable (avec ou sans surprime). Dans le premier cas, l'équipe de Vivre Avec en informe son interlocuteur, lui indique pour combien de temps, envisage des solutions alternatives... Elle accompagne l'ancien malade qui n'est pas laissé seul face à cette réponse. Dans le deuxième cas, l'équipe indique à son interlocuteur un nom de dossier et lui fournit les coordonnées d'un courtier pilote du dossier. Celui-ci n'aura connaissance du dossier que si l'interlocuteur l'appelle.

En cas d'appel et après indication éventuelle des références du dossier communiquées par Vivre Avec, le courtier pilote instruira, selon la volonté de son interlocuteur :

- * un dossier d'assurance de prêt, unique et servant à consulter plusieurs compagnies d'assurances et à obtenir les meilleures réponses.

- * un dossier de prêt bancaire, unique là encore et servant à consulter un large panel d'établissements bancaires et à obtenir les meilleures offres.

Vivre Avec a mis en place un comité de parrainage composé de cancérologues reconnus et bénévoles. Il permet à certains interlocuteurs de bénéficier d'une expertise médicale indépendante. L'initiative de Vivre Avec permet de simplifier les démarches administratives, de faire jouer la concurrence et de repousser les limites de l'assurabilité.

Quel premier bilan tirez-vous de ce dispositif d'écoute, d'expertise et de soutien mis en place au sein de l'association « Vivre Avec » ? A-t-il permis de faire aboutir un nombre conséquent de dossiers ?

L'action pilote de Vivre Avec a commencé en Rhône-Alpes le 17 octobre 2005, puis elle est devenue nationale le 31 janvier 2006. Du 1er janvier au 30 mai 2006, les équipes de Vivre Avec ont reçu plus de 3000 appels. Un nombre conséquent de dossiers a abouti mais il est encore trop tôt pour faire un point significatif sur ces dossiers.

Une nouvelle convention pour améliorer l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé a été signée le 6 juillet. Elle apporte plusieurs avancées par rapport à la convention Belorgey. Qu'en pensez-vous ?

Régine Goinère, seul administrateur national de la Ligue Nationale contre le Cancer représentant les malades, et moi-même, porte-parole national du Réseau des Malades et des Proches de la Ligue contre le Cancer, regrettons d'abord de ne pas avoir participé à la négociation de cette nouvelle convention alors que les malades du cancer sont les plus nombreux par rapport aux autres pathologies.

Nous ne pouvons qu'être satisfaits des avancées apportées par cette nouvelle convention, en particulier de l'augmentation du montant des plafonds :

- * des prêts à la consommation (15 000 au lieu de 10 000 euros)
- * des prêts au logement et prêts professionnels (300 000 au lieu de 250 000 euros) et de la suppression de la durée d'amortissement de ces prêts.

Nous attendons de voir le fonctionnement de cette nouvelle convention dans les prochains mois.

Au vu de votre expérience au sein de l'association « Vivre Avec », sur quels points faudrait-il encore rester vigilant en matière d'assurabilité ?

Etre vigilant, c'est être intelligent. Nous tenons à ce que les malades soient les acteurs majeurs des avancées dans ce domaine.

Comment comptez-vous désormais prolonger l'expérience menée par l'association « Vivre Avec », afin d'en faire bénéficier encore plus de monde ? Quelle valeur ajoutée peut apporter le dispositif initié par l'association au regard de la nouvelle convention ?

Vivre Avec s'est mobilisée, comme nous l'avons dit plus tôt, pour améliorer l'accès à l'assurance de prêts pour les malades en rémission ou ayant été atteints d'un cancer, mais aussi pour les personnes présentant un « risque aggravé ». Vivre Avec œuvre également pour faciliter l'accès aux prêts bancaires. Dans les prochaines années, les personnes concernées par la notion de risques aggravés seront de plus en plus nombreuses (tabac, alcool, obésité...). Nous voulons les faire bénéficier des avancées réalisées pour les malades du cancer. Vivre Avec veut repousser les limites de l'assurabilité, grâce à son expertise médicale. Nous tenons à ce que toutes les avancées médicales soient prises en compte le plus rapidement possible par les assureurs, afin que les malades bénéficient des meilleures conditions d'assurabilité.

2.4**Entretien avec Mirjam Sidler,
porte-parole du Comité des Malades, de leurs Proches
et des Usagers (CMPU) de l'INCa.**

Mirjam Sidler, porte-parole du Comité des Malades,
de leurs Proches et des Usagers (CMPU) de l'INCa

La convention Belorgey a marqué un réel progrès dans l'amélioration de l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé. Plusieurs difficultés persistaient toutefois pour les candidats à l'emprunt. Quels étaient les problèmes les plus cruciaux, selon vous ?

Mirjam Sidler : En dépit des progrès, en effet, bien réels apportés par la convention Belorgey, des difficultés d'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé ont néanmoins persisté comme en témoignent, en ce qui concerne le cancer, de nombreux anciens malades. Ils ont surmonté la maladie et repris une vie normale avec des projets. Pourtant, un nouveau « parcours du combattant », c'est l'expression revenant le plus souvent dans les témoignages reçus, les attend pour obtenir un prêt et être assurés au préalable dans des délais décents et sans surprimes exorbitantes. C'est ce que Régine Goinère, présidente de l'association « Vivre Avec » a appelé, avec un sens de la formule qui fait mouche, la « double peine ». Mais la première des difficultés, outre l'insuffisance de la portée des dispositions et les problèmes concrets de mise en œuvre, c'est d'abord le déficit d'information lié à la convention Belorgey et donc la méconnaissance qui en résulte.

La convention AERAS vous semble-t-elle y apporter des éléments de réponse ?

Mirjam Sidler : Oui, bien sûr, la convention AERAS apporte des éléments de réponse tout à fait positifs puisqu'elle ouvre et assouplit le dispositif antérieur : en ce qui concerne, par exemple, l'information indispensable à donner en amont aux bénéficiaires potentiels sur l'existence et le contenu de la convention, elle engage les cosignataires -professionnels de la banque et de l'assurance, associations et pouvoirs publics- à relayer cette information. Au-delà de son contenu même, la convention AERAS traduit la volonté réciproque de faire avancer les choses et l'implication d'un certain nombre de professionnels des secteurs de la banque et de l'assurance afin de proposer des solutions adaptées. C'est en tout cas dans ce sens qu'a été menée l'expérience pionnière de « Vivre Avec » mise en place par Régine Goinère et Patrick Ferrer. Des contacts suivis ont également été établis par Myriam Ullens, membre du Comité des Malades, de leurs Proches et des Usagers (CMPU) de l'INCa, avec plusieurs professionnels de la banque et de l'assurance, et particulièrement avec le cabinet Pléiade Conseils.

Quelles sont, pour vous, les avancées de la convention AERAS les plus notables (ou les plus attendues par les patients et anciens patients) ?

Mirjam Sidler : Les avancées significatives sont d'une part, l'élargissement du champ d'application puisque, sans rentrer dans le détail, les différents seuils d'âge, de durée et de montant, qu'il s'agisse du prêt immobilier ou du prêt à la consommation, sont beaucoup moins restrictifs. Par ailleurs, et c'est une autre avancée, le risque invalidité est désormais partiellement couvert. De meilleures garanties sont également apportées au bénéficiaire, en matière notamment de prise en charge par mutualisation des risques des surprimes affectant les personnes disposant de revenus inférieurs au plafond de la Sécurité Sociale. Autres avancées : un meilleur respect de la confidentialité des dossiers, une possibilité d'examen anticipé de la situation, des délais de traitement des dossiers moins longs, un renforcement du suivi de la Convention...

Existe-t-il des points qui méritent, selon vous, d'être encore approfondis ?

Mirjam Sidler : Avant de pointer tel ou tel besoin supplémentaire, je souhaite simplement que tous les points contenus soient bien appliqués. En ce qui concerne les malades et anciens malades du cancer pour lesquels les données épidémiologiques sont connues et précises (« Cancers. Pronostics à long terme ». Editions Inserm 2005), je forme le vœu que leur soit appliqué au fur et à mesure du temps passé un taux de surprime adapté et révisable et qu'ils soient un jour reconnus comme ...guéris.

L'efficacité d'une convention passe, avant tout, par son application. Qu'attendez-vous dans ce domaine en termes d'implication des différents signataires ? Pensez-vous que l'on puisse encore mieux sensibiliser les dif-

férentes parties prenantes au problème de l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé aggravé ?

Mirjam Sidler : Bien entendu, l'efficacité d'une convention se mesure avant tout à son application. C'est d'ailleurs ce déficit d'application lié à un suivi insuffisant qui a été en priorité reproché à la convention Belorgey. Je crois qu'à cet égard, la nouvelle commission de médiation prévue ainsi que la création d'une commission des études et recherches devraient garantir et permettre une meilleure application, adaptation et évolution des procédures.

Mais au-delà de ce dispositif, il faut continuer à sensibiliser l'opinion publique aux droits et à la pleine citoyenneté des malades et anciens malades, avec un défi de taille : changer l'image sociale du cancer. C'est la raison pour laquelle tous les membres du Comité Patients de l'Institut National du Cancer que je représente sont bénévolement engagés et mobilisés.

2.5

Communiqué du 7 juillet 2006

L'Institut National du Cancer se félicite de la signature d'une convention facilitant l'accès à l'emprunt pour les personnes présentant des risques de santé aggravés.

La mesure 54 du Plan cancer prévoit de renforcer l'accès des patients aux prêts et aux assurances. Thierry Breton, Ministre de l'Economie, des Finances et de l'Industrie et Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités ont signé, le 6 juillet 2006, la convention AERAS avec les associations représentant les bénéficiaires et les fédérations professionnelles des secteurs de la banque et de l'assurance, rendant ainsi cette mesure opérante. La signature de cette convention représente, pour l'Institut National du Cancer (INCa), une étape décisive dans le retour à la vie normale des malades après ou malgré le cancer.

Aujourd'hui, plus de deux millions de Français ont été atteints et sont guéris d'un cancer et 800 000 personnes vivent avec la maladie. Il est important que ces personnes aient la possibilité de mener une vie active leur permettant de réaliser leurs projets afin de ne pas ajouter à l'épreuve de la maladie, celle de l'exclusion sociale.

En avril 2006, l'Inserm, l'INCa et la DGS rendaient publics les résultats d'une expertise collective sur l'espérance de vie des patients soignés à un moment donné pour un cancer. Ces résultats montrent que la survie des personnes chez lesquelles un cancer a été diagnostiqué s'améliore avec le temps. L'excès de risque annuel à distance du diagnostic (10 ans) est en effet proche de 2 %, tous cancers confondus.

Depuis sa création, il y a un an, l'Institut et son Comité des Malades, de leurs Proches et des Usagers (CMPU), ont porté toute leur attention sur ce véritable enjeu de société et ont contribué aux travaux préparatoires qui ont abouti à la convention AERAS. Cette Convention apporte des éléments de réponse positifs puisqu'elle ouvre et assouplit le dispositif antérieur (convention Belorgey).

L'élargissement du champ d'application tant pour le prêt immobilier qu'à la consommation, la possibilité de bénéficier d'une assurance invalidité en plus d'une assurance décès, la prise en charge par mutualisation des risques des surprimes affectant les personnes disposant de revenus inférieurs au plafond de la Sécurité Sociale sont des avancées significatives. Autres avancées : un meilleur respect de la confidentialité des dossiers, une possibilité d'examen anticipé de la situation, des délais de traitement des dossiers moins longs, un renforcement du suivi de la Convention...

Outre la volonté commune de faire évoluer le dispositif en proposant des solutions adaptées, la Convention AERAS prévoit l'engagement de tous - pouvoirs publics, associations et professionnels concernés - d'en assurer la promotion. L'Institut National du Cancer quant à lui relatera activement cette information auprès des bénéficiaires potentiels.

Contact presse :

Sophie Decroix Tél : 01 41 10 14 44 /06 29 99 20 79 Email : sdecroix@institutcancer.fr

2.6

LesEchos*Les Echos du 26 juin 2006 - Page 29***L'accès au crédit facilité pour les grands malades**

Un grand pas vient d'être franchi en faveur de l'accès au crédit et à l'assurance des personnes présentant un risque médical aggravé. Les ministres de l'Economie et de la Santé, les banques, les assureurs et les associations de malades ont paraphé le texte destiné à remplacer la convention Belorgey. Une réunion de signature officielle est prévue demain matin. La nouvelle convention, baptisée « Aeras », sera encadrée par une loi. Elle devra entrer en vigueur avant la fin de l'année.

**Risques aggravés : les assureurs et les banquiers
s'engagent à améliorer l'accès au crédit**

Succédant à la convention Belorgey, la convention Aeras devra entrer en vigueur avant le 31 décembre 2006. Une loi viendra encadrer ce dispositif conventionnel, par le biais d'amendements au Code de la santé publique. Satisfaites des améliorations, les associations annoncent d'ores et déjà qu'elles seront « très vigilantes ».

Les négociations ont été tendues, mais le délai du 30 juin fixé par Jacques Chirac sera tenu. De l'avis général, un grand pas vient d'être franchi en faveur de l'accès au crédit et à l'assurance des personnes présentant un risque médical aggravé. Les ministres de l'Economie et de la Santé, les fé-

dérations professionnelles des banques (FBF) et des assureurs (FFSA) et les associations de malades ont paraphé vendredi le texte destiné à remplacer la convention Belorgey, en vigueur depuis septembre 2001.

Une réunion de signature officielle

est prévue demain matin. La nouvelle convention, baptisée « Aeras » (pour s'« assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé »), devra entrer en vigueur avant le 31 décembre 2006.

Ce nouveau dispositif conventionnel vise à combler les insuffisances de la convention Belorgey qui, déjà, avait contribué à repousser les limites de l'assurabilité. Amélioration de l'information, seuils moins restrictifs, extension au risque invalidité, prise en charge des surprimes pour les plus démunis : les avancées sont, sur le papier, indéniables (lire ci-dessous). Reste à savoir si cela se traduira par un accroissement du nombre de dossiers éligibles à ce mécanisme, destiné à offrir une solution à ceux qui sortent du champ des assurances standards. En 2004, sur les 35.000 dossiers (pour 2,3 millions de dossiers de prêt) examinés dans le cadre de la convention Belorgey, 26.400 avaient débouché sur une proposition de contrat d'assurance, au prix de tarifs parfois prohibitifs.

Davantage d'offres acceptées

« Avec le nouveau mécanisme, les offres devraient être davantage acceptées, car les niveaux de surprimes seront plafonnés », espèrent les assureurs, tout en restant fermement con-

vaincus que « seule une meilleure connaissance des risques permettra d'assurer plus de monde à des tarifs plus faibles ». D'où la création d'une commission des études et des recherches. Car tout n'est pas réglé, loin s'en faut. Satisfaites de ce qu'elles considèrent - tout en rendant un hommage appuyé au conseiller d'Etat Jean-Michel Belorgey - être « un bien meilleur texte », les associations annoncent d'ores et déjà qu'elles seront « très vigilantes » sur son application. « C'est là, surtout, où nous avons péché la dernière fois », reconnaît Marc Morel, président du Collectif interassociatif sur la santé (CISS).

Comme promis par le chef de l'Etat, la convention sera encadrée par une loi, « qui s'en tiendra aux grands principes », précise le gouvernement. Le calendrier n'est pas arrêté - les deux ministres auraient manifesté le désir d'aller vite -, mais il semblerait que l'idée soit de modifier par amendement la loi Kouchner du 4 mars 2002 sur le droit des malades, qui, à l'époque, avait introduit dans le Code de la santé publique une référence à la convention Belorgey. Reste à savoir comment les banques et les assureurs vont prendre ces mesures négociées par leur fédération. « Il est évident que tout ne va pas leur plaire », prédit l'un des négociateurs.

GÉRALDINE VIAL

Les avancées de la nouvelle convention Aeras

La convention Belorgey cède la place à un nouveau dispositif conventionnel d'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé. A compter du 1er janvier 2007, les personnes malades pourront profiter des dispositions de la convention Areas - Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé - dont le champ d'application a été sensiblement élargi.

- **Amélioration de l'information.** La première limite de la convention Belorgey tenait au manque de publicité sur son existence et sa portée. Désormais, tous les signataires de la convention Aeras devront faire connaître le dispositif « *afin que le public en soit informé très en amont du processus* », résume la FBF. Une façon de souligner que l'information, si elle repose en grande partie sur les établissements de crédit, doit aussi être relayée par les pouvoirs publics et les associations de malades.
- **Elargissement du champ d'application.** Les associations de malades se sont battues pour que les différents seuils d'âge, de durée et de montant soient moins restrictifs. Résultat, en matière de prêts immobiliers et professionnels (dont l'obtention est soumise à questionnaire médical), le montant maximal susceptible d'être emprunté par une personne en risque aggravé est porté de 250.000 à 300.000 euros, et la condition de durée est levée. Ne subsiste qu'une limite d'âge de fin d'emprunt fixée à soixante-dix ans. Pour les prêts à la consommation (non soumis à questionnaire médical), le montant maximal est porté de 10.000 à 15.000 euros, la limite d'âge relevée de quarante-cinq à cinquante ans. La durée du prêt est en revanche maintenue à quatre ans.
- **Extension à l'invalidité.** L'une des limites de la précédente convention était son champ restreint à l'assurance-décès, alors que les banques exigent de façon quasi systématique une garantie complémentaire en invalidité. Le nouveau dispositif est étendu à l'invalidité « *pour la partie de ce risque qui peut être techniquement assurable* ». Les assureurs s'engagent à couvrir la PTIA (perte totale et irrémédiable d'autonomie) et à proposer une couverture additionnelle représentant « *environ un tiers des assurés relevant de la deuxième catégorie d'invalidité* », autrement dit un tiers des assurés dans l'impossibilité de travailler. Pour éviter tout hiatus, les banques, de leur côté, « *s'engagent à fonder leur décision de prêt sur le seul critère de la solvabilité du candidat à l'emprunt* ». Et, pour border le dispositif, « *les signataires s'engagent*

à définir en commun d'ici à la fin 2006 un processus et des indicateurs pour suivre la réalisation de cet objectif, et à examiner les résultats obtenus dans un délai de dix-huit mois ».

- **Mutualisation des surprimes.** Toute personne dont le revenu est inférieur ou égal au plafond de la Sécurité sociale pourra bénéficier du mécanisme de mutualisation - totalement privé - mis en place par les assureurs et les banquiers. La prime d'assurance sera alors limitée à 1,5 point de TEG (l'assurance coûte entre 0,75 et 1 point de TEG en temps normal), ce qui limite à 250 % le niveau de surprime.
- **Renforcement du suivi de la convention.** La première convention péchait par un reporting insuffisant. La commission de suivi (composée de 3 représentants des banques, 3 des assurances, 6 des associations, 4 de l'Etat et de 7 membres qualifiés) verra ses pouvoirs renforcés. Une commission des études et des recherches est explicitement chargée de collecter des données sur la mortalité et la morbidité, données susceptibles d'intervenir dans le calcul des surprimes. La nouvelle commission de médiation, qui interviendra en cas de raté, devra permettre de faire évoluer les procédures en cas de besoin.

G. V.

Le Monde

daté du 25 juin 2006

FINANCES UN ACCORD REPRIS DANS UN PROJET DE LOI

Les malades devraient disposer d'un meilleur accès au crédit

EXIT la convention Belorgey, du nom du conseiller d'Etat auteur en 2001 d'un texte facilitant l'accès au crédit des personnes présentant un grave problème de santé. Un mois après l'ouverture des négociations réclamées par Jacques Chirac, le ministre de la santé, Xavier Bertrand, et de l'économie et des finances, Thierry Breton, les professionnels de la banque et de l'assurance, ainsi que les associations de malades et de consommateurs ont paraphé, vendredi 23 juin, la nouvelle convention Aeras : " Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé "

Les principales revendications formulées par les associations de malades trouvent une réponse dans ce nouveau texte, qui comporte " des avancées significatives ", pour Marc Morel, directeur du Collectif interassociatif sur la santé (CISS).

Ainsi, le gouvernement, les assureurs et les banquiers se sont engagés à renforcer l'information en direction des malades. D'autre part, les conditions d'âge, de montant et de durée

des prêts ont été assouplies. Pour les crédits immobiliers, le plafond est porté à 300 000 euros, contre 250 000 euros précédemment, et toute condition de prêt est supprimée. Concernant les crédits à la consommation, le montant accordé est augmenté de 50 % et atteint désormais 15 000 euros.

L'autre grande demande des associations de malades concernait la couverture du risque invalidité. Les différentes parties ont réussi à avancer et, " sous certaines conditions, la couverture de ce risque pourra être accordée ", affirme la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) dans son communiqué. " Au-delà, des garanties alternatives seront systématiquement recherchées ", ajoute la Fédération bancaire française (FBF).

Quant à la mutualisation des risques, réclamée de longue date par une majorité de malades incapables de faire face aux surprimes réclamées par les établissements financiers, un mécanisme sera mis en place en direction

des personnes disposant de revenus modestes.

La convention, qui devrait être signée mardi 27 juin, entrera en vigueur à la fin de l'année ou au début 2007, selon le ministère de l'économie et des fi-

nances. Conformément aux souhaits du président de la République, tous ces principes devraient être repris dans un projet de loi qui pourrait être examiné dans les prochains mois.

Martine Picouët



QUOTIDIEN : mardi 27 juin 2006

Santé. Accord entre banques, assureurs et associations de malades sur une nouvelle convention.

Les maladies graves n'empêchent plus le crédit

par Sandrine CABUT

Cancer, diabète, sida... Va-t-on enfin faire crédit aux personnes présentant un «*risque aggravé de santé*» ? Jacques Chirac s'y était engagé il y a deux mois, en présentant le bilan du plan cancer, l'un des trois chantiers présidentiels. La nouvelle convention qui sera signée le 4 juillet au ministère de la Santé semble le confirmer. Baptisé Aeras (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé), cet accord entre les professionnels de la banque et de l'assurance et les associations de patients est un grand pas en avant par rapport au dispositif actuel.

En vigueur depuis 2001, la convention Belorgey, pour aider les malades à accéder à des crédits bancaires, était en effet jugée nettement insuffisante par les intéressés.

Mutualisation. Avec la nouvelle convention, qui doit entrer en application d'ici à la fin 2006, le montant des prêts immobiliers est porté à 300 000 euros (au lieu de 250 000) et toute condition de durée est supprimée. Quant aux crédits à la consom-

mation, leur montant accordé sans questionnaire de santé passe à 15 000 euros (soit 50 % d'augmentation). De quoi s'acheter une voiture.

Par ailleurs, le risque invalidité pourra être couvert sous certaines conditions, et un système de mutualisation diminuera les surprimes pour les patients aux revenus les plus modestes. Ces mesures seront reprises dans un texte de loi.

«*C'est une super amélioration, mais ses modalités de diffusion sont trop imprécises*», s'inquiète Alain-Michel Ceretti, fondateur du Lien (association de lutte, d'information et d'études des infections nosocomiales), signataire de la convention Aeras. Selon ce militant, le succès passe par la qualité de l'information à l'utilisateur. D'où les coups de la convention Belorgey. «*Les malades ne la connaissaient pas. Quant aux professionnels, ils avaient des instructions pour ne pas en faire la promotion, accuse-t-il. Un jour, j'ai demandé des formulaires dans une banque. On me les a sortis du fond d'un placard, ils n'étaient*

même pas déballés.»

Numéro vert. De son côté, la Fédération bancaire française (qui rassemble toutes les banques) affirme qu'un million de brochures de la convention Belorgey ont bien été distribuées, et que l'information sur le nouveau dispositif sera encore renforcée, tant au niveau des signataires de la

convention que des pouvoirs publics. Un argument qui ne convainc pas complètement Alain-Michel Ceretti. *«Il y aura un site Internet d'information, mais pas de numéro vert unique car il n'y a pas eu consensus sur ce sujet. Cela veut dire que chaque banquier va pouvoir développer son propre numéro vert et diffuser ce qu'il veut»,* regrette-t-il.



APM - Agence de Presse Médicale Service InfoAPM

SUJET : EMPRUNT ASSURANCE PATIENTS
BELORGEY FFSA AERAS

**TITRE : Accès à l'emprunt des personnes malades :
la FFSA juge inutile l'adoption d'une loi pour encadrer la convention**

PARIS, 27 juin 2006 (APM) - La Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) considère qu'il est inutile d'adopter une loi pour encadrer la nouvelle convention qui doit améliorer l'accès à l'emprunt des personnes malades.

Une bonne dizaine d'associations de patients devraient signer avec la FFSA et la Fédération bancaire française (FBF) la nouvelle convention, baptisée Aeras (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé pour la santé). La signature, initialement prévue mardi, a été repoussée d'une semaine.

Elle aura lieu mardi 4 juillet au ministère de la santé en présence de Xavier Bertrand et du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, Thierry Breton. L'idée initialement avancée d'organiser la signature dans les locaux du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) a été abandonnée, (cf dépêche APM CFJFN00).

La négociation entamée le 23 mai entre les différents acteurs a permis d'arriver à un compromis acceptable pour les associations qui souhaitent que soit ouverte la possibilité de s'assurer sur l'invalidité, (cf dépêche APM CFJFN00). Les différentes mesures de cette convention doivent entrer en vigueur le 31 décembre 2006.

Un projet de loi va être préparé à la demande des associations pour donner un encadrement légal à la convention.

Interrogée par APM sur la question du cadre légal, la FFSA estime que l'adoption d'une loi est superflue. Elle note que c'est la négociation entre les partenaires qui a permis de trouver des améliorations et non pas la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades qui prévoit l'existence de la précédente convention de 2001 dite Belorgey.

La fédération rappelle que le système conventionnel permet une adaptation rapide des différents mécanismes en fonction de l'évolution des besoins.

Les assureurs craignent par ailleurs que la période électorale qui s'ouvre ne soit pas propice à la tenue d'un débat serein sur cette question, remarque-t-on.

La fédération indique qu'en matière d'invalidité les assureurs sont allés très loin dans cette convention car ce risque est difficile à maîtriser. En acceptant d'assurer un tiers des situations d'inaptitude professionnelle totale, la FFSA considère qu'elle couvre les situations les plus lourdes.

La fédération ne souhaite pas couvrir en totalité les situations d'inaptitude professionnelle totale car elle considère que certaines s'apparentent à des préretraites et constituent en quelque sorte un traitement social du chômage.

Elle estime que la mise en place d'une commission scientifique devrait permettre d'obtenir des données sur l'invalidité émanant de l'Inserm et de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Sans ces données, l'invalidité sera difficile à assurer. La fédération rappelle que les assureurs sont très demandeurs d'informations afin de mieux évaluer les risques.

La FFSA rappelle que la convention pour les malades du sida n'avait pas fonctionné parce que l'Etat n'avait fourni aucune des informations qu'il s'était engagé à transmettre. Suite à la signature de la convention Belorgey en 2001, les médecins des associations et les médecins des assureurs ont pu échanger sur leurs données mais l'Etat n'avait pas fourni beaucoup d'informations.

UN DISPOSITIF "D'ECRETEMENT" POUR MUTUALISER LES SURPRIMES

La Fédération précise que le mécanisme de mutualisation, permettant de prendre en charge les surprimes des personnes malades qui empruntent, ne prendra pas la forme d'un fonds comme le souhaitaient certaines associations.

Il s'agit d'un dispositif "d'écrêtement". Chaque assureur prend en charge les primes au-delà d'1,5 point du taux effectif global (TEG). Ce niveau correspond généralement à un taux évalué à 250 % de surmortalité pour une personne de 40-45 ans.

Une fois par semestre, les assureurs se retrouvent, font le total de ce qui a été financé par chacun et se répartissent la charge totale.

Les assureurs ont souhaité limiter ce dispositif à l'achat d'un bien immobilier principal parce qu'ils considèrent que la solidarité ne pouvait pas être sollicitée pour financer des résidences secondaires.

De même, le dispositif ne s'appliquera qu'aux personnes ayant des revenus inférieurs au plafond de sécurité sociale (2.589 euros), pour une personne seule. La limite va jusqu'à 1,5 % du plafond de sécurité sociale pour les couples ayant deux enfants.

La FFSA indique que la possibilité de pré-instruire les dossiers, prévue dans la convention, constituera un net progrès car les délais pour obtenir un prêt une fois que l'on a signé une promesse de vente pour un appartement sont très courts.

Les personnes malades qui ont l'intention d'emprunter pourront ainsi demander aux assureurs d'instruire leur dossier avant de commencer leurs recherches. Une fois leur dossier accepté, ils pourront chercher tranquillement leur bien immobilier. Les assureurs s'engagent à examiner les dossiers complets (disposant de toutes les pièces médicales) dans un délai de trois semaines.

Pour les prêts à la consommation, la FFSA précise également qu'elle n'a pas accepté d'aller au-delà d'une durée de remboursement de quatre années car les données montrent qu'il y a beaucoup de décès après 55 ans. L'âge limite pour l'assurance des prêts à la consommation est passé de 45 à 50 ans dans la nouvelle convention, note-t-on.

Les assureurs sont prêts à accentuer l'information sur l'existence de cette convention. Ils considèrent cependant que les pouvoirs publics doivent également communiquer pour que l'existence de cette convention soit connue des patients avant qu'ils ne passent la porte de la banque.

La FFSA considère enfin qu'il faut multiplier les lieux d'information et propose d'inciter les médecins traitants, les notaires et les agents immobiliers à renseigner sur cette convention.

cf/cb/APM polsan
redaction@apmnews.com
CFJFN003 27/06/2006 12:00 ACTU



Article du 28-Jun-2006

Accès des malades aux crédits et à l'assurance

Le risque invalidité pris en compte

Cinq ans après la convention Belorgey, une nouvelle convention destinée à garantir l'accès au crédit et à l'assurance des personnes présentant des risques de santé aggravée va être signée. Le texte prévoit une plus large diffusion de l'information sur l'existence de cette convention, désormais appelée Areas, et la prise en compte du risque invalidité. Les associations souhaitent un encadrement législatif des nouvelles dispositions.

LE PRESIDENT de la République l'avait demandé à la veille de la Journée mondiale contre le sida en décembre 2005 et lors de son allocution à propos du plan Cancer, le 27 avril dernier : des mesures plus efficaces devaient être prises pour «garantir un accès à l'emprunt, et à un prix non discriminatoire». Une date butoir avait été fixée au 30 juin 2006.

Plus de quatre années après leur mise en place, les dispositifs de la convention Belorgey, signée le 19 septembre 2001, se sont révélés insuffisants. Quelque 9 000 malades ont vu leur demande d'emprunt refusée, que ce soit pour l'accès à la propriété, à l'installation professionnelle ou à la consommation courante. Les dysfonctionnements, soulignés par les associations, étaient nombreux : délais de réponse trop longs, taux prohibitifs et aléatoires, refus infondés et non motivés, non-respect de la confidentialité, absence d'information sur

l'existence de la convention.

Lancées le 23 mai dernier, les négociations en vue d'une nouvelle convention ont abouti à l'adoption d'un texte le 23 juin, paraphé par les ministres de la Santé et des Finances, Xavier Bertrand et Thierry Breton. L'ensemble des acteurs (fédérations professionnelles de la banque et de l'assurance, associations de patients et de consommateurs) ont salué la nouvelle convention, dont les dispositions devraient entrer en vigueur au plus tard le 31 décembre 2006, comme une «*avancée substantielle*».

Un nouveau nom et un site Internet. Pour accroître la lisibilité du dispositif, les signataires sont convenus d'une nouvelle appellation : Aeras (pour s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé). Celle-ci sera utilisée dans tous les documents d'information et lors des actions de communication engagées.

Les caisses d'assurance-maladie des régimes obligatoires et les réseaux de soins se sont engagés à informer les malades tandis que les pouvoirs publics assureront un relais auprès de l'ensemble des professionnels impliqués dans les opérations de prêts (notaires, agents immobiliers). Un site Internet devrait être dédié à la convention. Du côté des établissements de crédit et des assureurs, des engagements sont pris pour rendre disponible l'information au moyen de dépliants et de modules de formation pour l'accueil des publics spécifiques destinés aux chargés de clientèle.

Le champ de la convention a notamment été élargi : pour les crédits immobiliers et les prêts professionnels avec un plafond fixé à 300 000 euros (au lieu de 200 000 euros) sans condition de durée du prêt, si ce n'est que l'âge de l'emprunteur en fin de prêt ne doit pas excéder 70 ans ; pour les crédits à la consommation, le montant du prêt sans questionnaire de santé est augmenté de 50 % pour atteindre les 15 000 euros. La couverture du risque invalidité est également accordée sous certaines conditions, mesure qui était très attendue par les associations. Jusque-là, seul était pris en compte le risque décès avec un remboursement des prêts par l'assurance en cas de décès du patient. Le texte reconnaît *«qu'un emprunteur présentant un risque de santé aggravé peut se trouver dans l'incapacité de rembourser tout ou partie des échéances de son emprunt si son état de santé se dégrade et le met dans l'impossibilité de maintenir le niveau de revenus qu'il avait au moment de l'octroi du prêt»*. Un méca-

nisme de mutualisation des risques est mise en place qui permettra d'écarter les primes pour les personnes qui disposent de revenus modestes.

La confidentialité des données de santé est renforcée et un chapitre a été ajouté sur le processus de traitement des demandes d'emprunt. La durée globale de traitement d'un dossier ne devra pas dépasser la durée maximale de cinq semaines. Les établissements de crédits s'engagent par ailleurs à motiver par écrit leurs refus justifiés sur le seul critère d'assurabilité et les assureurs à adresser par courrier *«de façon explicite et claire»* leurs décisions relatives aux refus d'assurance, aux ajournements, aux exclusions de garantie et aux surprimes. La commission de suivi et de propositions, la commission d'études et de recherche, ainsi que la commission de médiation ont des compétences élargies, mais

sans pouvoir d'arbitrage.

Signature le 4 juillet. Le ministère de la Santé s'engage pour sa part à faire valider par la loi les principes de cette convention, un encadrement législatif réclamé par les associations. La signature officielle du document devrait avoir lieu le 4 juillet prochain. *«C'est un net progrès, mais sous réserve de cet encadrement législatif, souligne Jean-Luc Bernard, président du Ciss (Collectif interassociatif sur la santé, qui regroupe une vingtaine d'associations). C'est la troisième convention et, comme les autres, elle risque de ne pas être appliquée faute d'avoir été inscrite dans la loi.»* Il appelle les associations à signer, mais

avec cette réserve : il faut aller au bout du processus dont la convention n'est, selon lui «*qu'un début et non une fin*». Christian Saout, président d'Aides, reconnaît qu'il aurait fallu aller plus loin et que, pour les séropositifs, «*on n'est pas encore au bout du chemin, notamment en ce qui concerne l'invalidité, qui n'est prise en compte que pour les 3 catégories et seulement pour un tiers des 2 catégories*». Mais il estime que, grâce au dispositif, on a «*clairement changé d'échelle et c'est une première dans les pays européens*». Reste pour lui que les principes de la convention doivent être inscrits dans la loi et le plus rapidement possible : «*Il suffit de trois ou quatre articles au maximum. Le ministre a promis d'asseoir les associations à l'écriture de la loi et je considère qu'il est possible d'ar-*

river à un texte commun qui pourrait être présenté en conseil des ministres avant les vacances.»

Du côté de l'Association des paralysés de France, on est plus réticent. Pour deux raisons. «*D'une part, on considère qu'il faut éviter l'amalgame entre le handicap et le risque aggravé de santé parce que les personnes en situation de handicap n'ont pas forcément un risque aggravé; d'autre part, parce que le processus conventionnel ne semble pas assez contraignant*, explique Linda Aouar, conseillère juridique pour l'association. *L'APF souhaite une garantie légale plus importante qu'aujourd'hui où le code de la santé publique ne fait qu'un simple renvoi à la convention Belorgey.*»

Dr LYDIA ARCHIMÈDE

The logo for la-Croix.com features the text "la-Croix.com" in a white, serif font, set against a solid blue rectangular background.

Vendredi 23 juin 2006 - Quotidien n° 37477

Des malades à la double peine

Par Dominique Quinio

C'est une forme de « double peine ». Elle ne concerne pas, cette fois, des personnes étrangères condamnées par la justice et, en plus, expulsées de France. Elle touche des personnes, coupables de rien, qui sont atteintes d'une grave maladie : même des années après être entrées en phase de rémission, elles peuvent difficilement avoir accès à des prêts bancaires pour l'achat d'un appartement par exemple, parce qu'elles ne peuvent être assurées (ou alors à des taux prohibitifs). De longue date, les associations de malades réclament des solutions pour que ces patients ne soient pas interdits de projets d'avenir. Jacques Chirac, en faisant de la lutte contre le cancer une des priorités de sa présidence, avait insisté sur ce point.

Il ne suffit pas de crier haro sur les assureurs. Dans la logique de leur métier, la prudence se comprend. Il s'agit, pour assurer leurs clients, de se garantir eux-mêmes de risques excessifs (quitte à placer la barre très bas). À plus forte raison dans une société avide d'assurance, de couverture tous risques, qui aspire à maîtriser au mieux tous les aléas de l'existence. Et qui n'hésite pas à saisir la justice pour

faire valoir ses droits. Comment concilier la stricte dimension économique et l'équité vis-à-vis de personnes qui ne devraient pas être pénalisées deux fois par la maladie, ou une maladie potentielle. Là où le problème se complique, c'est que les moyens de diagnostic deviennent de plus en plus performants. Les dépistages de pathologies susceptibles de se développer plus tard sont possibles. Où commence et où s'arrête l'investigation des assureurs, sans danger d'empiètement sur la vie privée ?

En 2001, une convention - la convention Belorgey - avait été signée entre les assureurs, les banques, les ministères de la santé et des finances et des associations de malades afin d'améliorer le système. Des progrès ont été accomplis, encore insuffisants. Aujourd'hui, les différents acteurs se retrouvent pour compléter les dispositifs, pour unifier les réponses selon les assureurs et les candidats à l'emprunt, pour aider le paiement des surprimes, pour faire circuler l'information... Pour limiter ce que les malades ou anciens malades vivent comme une immense injustice, s'ajoutant à l'injustice de la maladie.

ASSURANCES

Une convention pour permettre aux malades d'être assurés

Une réunion importante est organisée aujourd'hui au ministère de la santé pour mettre au point une nouvelle convention facilitant l'accès des malades à l'assurance et aux prêts bancaires

Certains malades du cancer appellent cela «la double peine ». Exclue par la maladie avant d'être exclue par la société. *«Nous sommes censés être des citoyens comme les autres. Nous votons, nous payons nos impôts mais nous n'avons pas les mêmes droits dans l'accès à l'assurance et à l'emprunt bancaire. Simplement parce qu'un jour, le cancer a traversé notre vie. Après avoir affronté la pathologie cancéreuse, nous devons affronter une maladie sociale dont il nous est impossible de guérir. C'est comme si le mot cancer était marqué sur notre front, pour la vie»*, affirme Régine Goinère, présidente de l'association Vivre avec et membre du conseil d'administration de la Ligue contre le cancer.

Comment permettre aux personnes présentant un risque médical aggravé d'avoir un accès facilité à l'assurance et au crédit ? Cette question sera au cœur d'une importante réunion organisée aujourd'hui au ministère de la santé. L'objectif de cette réunion est de parvenir à un accord sur la mise en place, d'ici au 30 juin, d'une nouvelle convention entre les assureurs, les banquiers et les associations de malades, visant à remplacer un texte signé en 2001.

Cela fait maintenant plusieurs années que les associations dénoncent les discriminations dont sont victimes les malades ou anciens malades. Faute de pouvoir être assurées, certaines personnes séropositives ou ayant été atteintes d'un cancer, par exemple, ne peuvent souscrire un crédit pour acheter une voiture, un logement ou s'engager dans un nouveau projet professionnel. *«Après des années à combattre la maladie, on vous déclare en rémission ou même guéri. Et c'est à ce moment qu'on vous refuse toute possibilité de vous projeter dans l'avenir»*, explique Régine Goinère.

Pour tenter de résoudre le problème, en 2001, une convention a été signée par l'État, les assureurs et les associations, sous la houlette du conseiller d'État Jean-Michel Belorgey. Cette convention a notamment permis de supprimer les questionnaires médicaux pour les prêts à la consommation ne dépassant pas 10.000 €, pour une durée de remboursement n'allant pas au-delà de quatre ans, et à condition que l'emprunteur ne soit pas âgé de plus de 45 ans. La convention a aussi permis qu'une demande d'assurance refusée dans le cadre d'un contrat de groupe souscrit par une banque puisse être examinée une deuxième fois de manière plus indivi-

dualisée. En cas de refus après ce deuxième examen, le malade peut envoyer son dossier pour un troisième examen devant un pool des «risques aggravés» composé de plusieurs assureurs et réassureurs.

La Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) tire un bilan très positif de cette convention Belorgey. «Ce dispositif permet aujourd'hui à 99,7% des demandes présentées de bénéficier d'une offre d'assurance», affirme cette fédération, qui participe aux négociations au nom des assureurs. «La convention Belorgey a permis des avancées incontestables, il serait malhonnête de ne pas le reconnaître. Mais ces avancées restent insuffisantes », souligne de son côté le docteur Françoise May-Levin, conseiller médical à la Ligue contre le cancer.

De fait, la situation est très loin d'être réglée. En 2004, selon le ministère de la santé, 9.000 personnes malades ont vu leur demande d'emprunt rejetée. Une situation jugée inacceptable, y compris au plus haut sommet de l'État. «La vie avec ou après le cancer, c'est aussi pouvoir faire des projets et les mener à bien. Cela renvoie évidemment à la question de l'accès à l'assurance et à l'emprunt», soulignait en avril dernier Jacques Chirac, en faisant part de sa volonté d'aller vite sur ce dossier. «Je souhaite que les négociations sur une nouvelle convention aboutissent avant le 30 juin. Un projet de loi sera ensuite déposé, soit pour consacrer les avancées de la négociation, soit, le cas

échéant, pour s'y substituer», avait alors précisé le président de la République.

Pour les associations, une des priorités est que cette nouvelle convention prévoit la couverture du risque invalidité. «Aujourd'hui, un malade qui arrive à souscrire une assurance est couvert uniquement pour le risque décès», explique un responsable associatif. «Cela veut dire que s'il décède, le prêt en cours sera remboursé par l'assureur à la banque, poursuit-il. Mais si la personne se retrouve dans l'incapacité de travailler, l'assurance ne jouera pas. Du coup, beaucoup de banques trouvent que la couverture n'est pas suffisante et refusent le prêt.»

Les associations réclament donc que la personne puisse être couverte si elle se retrouve en situation d'invalidité et donc dans l'incapacité d'exercer son activité professionnelle. «Les assureurs estiment qu'il s'agit d'une couverture trop large. Ils souhaiteraient pouvoir couvrir uniquement la situation où une personne est en perte totale d'autonomie, ce qui nous semble beaucoup trop restrictif», explique Marc Morel, président du collectif inter-associatif sur la santé (Ciss), qui regroupe une vingtaine d'associations. Une autre demande forte des associations est la mise en place d'un mécanisme de «mutualisation» des surprimes, souvent très élevées, qui sont réclamées aux personnes malades.

PIERRE BIENVAULT

Une convention qui sera pérennisée dans une loi

Conformément au souhait exprimé par le président de la République en avril, cette convention sera pérennisée par une loi. *«C'est important, souligne Françoise May-Levin, de la Ligue contre le cancer. En effet, une convention n'est pas répressive. Un assureur peut très bien ne pas la respecter et dire à un malade d'aller s'assurer ailleurs. Tandis qu'une loi, on est bien obligé de l'appliquer.»* Si les assureurs et les associations ne parviennent pas à se mettre d'accord sur une convention commune, le gouvernement écrira lui-même un texte de loi qui s'imposera à tous.

Document n° 3

Documents supports de l'exposé de M. Philippe Galy

On trouvera ci-après les documents mis au dossier des participants par M. Galy en complément de son exposé :

- 3.1 Une courte notice biographique
- 3.2 Une présentation du livre de Monsieur Galy "**Service public : pourquoi ça coince ?**" (une et quatre de couverture ainsi que la table des matières)
- 3.3 Des extraits du même livre
- 3.4 Un article paru dans le journal le Monde du 17.10.2005, sous le titre "**Qui a sabordé la Société nationale Corse-Méditerranée ?**"

3.1**Notice biographique****Philippe GALY**

62 ans

Droit, Sciences Po, ENA, College of Business administration, Austin (Texas)

A exercé des responsabilités dans le secteur public, successivement :

- o rationalisation des choix budgétaires du Ministère de l'Équipement,
- o Conseiller technique du Ministre de la Fonction Publique,
- o gestion financière des Villes Nouvelles,
- o gestion de logements sociaux à la SCIC et à l'Office d'HLM de la Ville de Paris
- o financement du logement social à la Caisse des Dépôts,

Puis, dans les équipes de Jacques Chirac :

- o Conseiller technique de Jacques Chirac, Premier Ministre (1986-1988), chargé de l'Équipement, des Transports, du Logement et de l'Environnement
- o Directeur de la Protection de l'Environnement et de la Propreté de Paris, à la Mairie de Paris (1988 - 1996)
- o nommé Président de la SNCM à Marseille en 1996 par Alain Juppé, Premier Ministre, pour redresser cette entreprise publique, et désavoué l'année d'après par le Gouvernement suivant
- o Conseiller pour l'Environnement à la Caisse des Dépôts et Consignations

Retraité

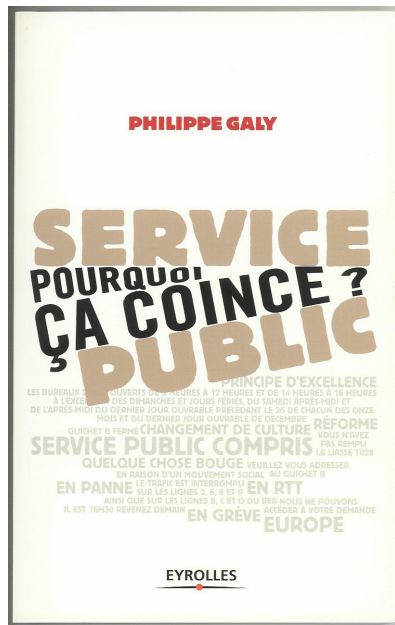
- o actuellement Adjoint au Maire de Boulogne-Billancourt

Fondateur et Président de la Fédération Française de Vol Libre (1975)

Auteur de « Gérer l'Etat » (1977), de « Pratique du Vol Libre » (1978), et « Service public, pourquoi ça coince ? » (2005)

Chevalier de la Légion d'Honneur

3.2



Service public : pourquoi ça coince ?

de Philippe Galy

© Eyrolles, 2005

© Editions d'Organisation, 2005

ISBN : 2-7081-3314-4

Juin 2005, 142 pages, bibliographie, index

EXTRAITS

NB : une deuxième édition complétée est en librairie au moment des Rencontres

LA BANQUISE CRAQUE !

Pourquoi le service public « à la française » dérive-t-il presque automatiquement vers l'inefficacité, les sureffectifs, les surcoûts et, trop souvent, la grève à répétition ?

La comparaison des secteurs public et privé montre qu'il n'existe pas de règles de gestion dans les organisations publiques, seulement des procédures. Elle révèle, d'autre part, un étonnant paradoxe : dans les organismes publics, le pouvoir hiérarchique apparent est, en réalité, inversé. Celui qui est payé pour obéir commande tandis que celui qui paie obéit.

Comment s'étonner, alors, du fiasco d'un État qui n'équilibre plus jamais ses comptes, dont la dette absorbe l'essentiel des capacités financières de l'économie nationale et pèse sur les générations suivantes ? Heureusement, peu à peu des signes tangibles d'évolution apparaissent. L'histoire devrait finir bien. Vive le service public ?

Dans cette réflexion argumentée, loin de la langue de bois, Philippe Galy, nous explique, avec humour, les causes des dysfonctionnements (les petits et les grands) qui

nous irritent tant. Formé dans la filière classique droit, Sciences Po, ENA, complétée par un passage en business school, Philippe Galy a une longue pratique du service public : urbanisme opérationnel, logement social et gestion technique urbaine. Ex-PDG de la SNCM, il est aujourd'hui élu local à Boulogne-Billancourt.

SOMMAIRE

Avant-propos		IX
Introduction		
	UNE HISTOIRE QUI DEVRAIT FINIR BIEN !	XIII
	Pourtant	XIII
	Scènes de la vie courante	XV
	Mais, en sens inverse	XIX
PARTIE 1		
MAIS QUAND ÇA NE MARCHE PAS, POURQUOI ?		
Introduction		
	À la recherche de l'OJNI	3
Chapitre 1 - SERVICE PUBLIC, «À LA FRANÇAISE» OU PAS, C'EST GLOBALEMENT L'ÉCHEC		7
	La faillite	7
	La banqueroute !	7
	L'abandon des «principes» du service public	10
	Continuité ?	11
	Égalité ?	11
	Adaptabilité ?	14
	L'impitoyable comparaison avec le privé	15
	L'inaptitude à se réformer	16
	«Deux nations devenues étrangères l'une à l'autre»	17
	Les handicapés ont-ils droit aux transports en commun ?	18
Chapitre 2 - PARCE QUE LE SERVICE PUBLIC N'A PAS DE GPS		27
	Le secteur public n'a pas de règles de gestion, seulement des procédures	27
	Rien de tel dans le secteur public !	28
	Dans le brouillard, sans GPS	29
	Les procédures tiennent lieu de règles de gestion	30
	La seule règle de la gestion financière publique : la limite budgétaire	34
Chapitre 3 - LE DIALOGUE SOCIAL (DE SOURDS)		41
	Sous l'arbre à palabres	41
	La syndicalocratie	42
	Cogestion, autogestion, le pouvoir syndical est devenu institutionnel	44
	De la cogestion à l'autogestion	46
	La machine à dire non	47
	Comme une lettre à la poste ?	52
Chapitre 4 - LA GRÈVE		57
	La routine de la grève ou la gréviculture	58
	Ça suffit !	62
	Qui a sabordé la SNCF ?	69
Chapitre 5 - L'INVERSION DES POUVOIRS		77
	Dans le privé, celui qui paie commande	77
	Dans le public, celui qui paie obéit	79
	«Le problème chez vous, c'est la discipline»	81
	Fret SNCF : le plan de la dernière chance	83

PARTIE 2
ESPOIR, LA BANQUISE CRAQUE!

Introduction	91
Chapitre 6 - LE XXI^e SIÈCLE EST BIEN PARTI	93
1999	94
2000	95
2001	96
2002	97
2003	97
2004	99
L'ENA ? ça marche plutôt bien	101
Chapitre 7 - LES PREMIERS VRAIS PROGRÈS	107
Merci l'Europe !	107
La discipline du pacte de stabilité	108
En attendant la directive-cadre, le Livre vert	109
Les réformes venues de l'intérieur	110
Sans oublier les améliorations et modernisations dans de multiples domaines	120
Chapitre 8 - COURAGE, ENCORE QUELQUES EFFORTS	125
«Il est interdit d'interdire», de poser des questions	125
Conclusion	
LE SERVICE PUBLIC QUE LE MONDE NOUS ENVIERA	135
Le principe d'excellence	135
Bibliographie	137
Index	141

3.3

AVANT-PROPOS (pp. IX à XI)

Les constats de l'échec de ce qu'on appelle le « service public » ont été substantiellement dressés et confirmés, surtout dans la période récente, par beaucoup d'ouvrages, d'articles, de rapports, d'audits et de travaux de nombreuses commissions.

Il ne s'agit pas ici d'en dresser un de plus, mais de résumer et d'illustrer ceux qui existent par une vue depuis le terrain, où les individus de bonne volonté font de leur mieux et déplorent trop souvent leur impuissance à servir efficacement l'intérêt général. Il s'agit surtout de décrire les causes de cet échec. C'est à partir d'explications pratiques du phénomène que les solutions seront efficaces et durables.

Or, c'est du terrain que l'on discerne le mieux deux explications de l'échec de la gestion du secteur public. La première, c'est que le service public ne peut pas être géré convenablement car il n'existe ni norme ni repère pour cette gestion. La seconde, c'est qu'il est difficile de le diriger correctement car le pouvoir y est inversé ; ceux qui devraient obéir commandent et ceux qui devraient commander subissent.

Ces deux explications simples permettent de comprendre l'arriération du secteur public dans un pays moderne et créatif et peuvent aider à le remettre sur ses pieds et en ordre de marche, ce qui, d'ailleurs, s'annonce déjà.

En même temps s'impose un autre constat, réconfortant celui-là : le dégel de la banquise a enfin commencé ! Un mouvement irréversible est lancé grâce à l'Europe et à la persévérance des réformateurs. Ces derniers sont à la fois discrets et tenaces, malgré leur discontinuité : onze ministres de la Réforme de l'État en vingt ans ! Patiemment, des réformes fondamentales ont été enclenchées, comme la transformation du budget de l'État ou celle du statut d'EDF, malgré les crises, les grèves et les cortèges.

La banquise se craquelle... encore quelques efforts et la partie sera gagnée. Notre service public retrouvé sera, alors, enviable et envié. Il est temps !

Les besoins de l'exposé nécessitent toutefois de simplifier et de résumer le propos, ce qui peut parfois donner l'impression d'exagération. Il faut bien avoir à l'esprit plusieurs points.

1. Le problème est pratiquement inhérent à la société française et son histoire se confond avec la nôtre.

2. Nos voisins connaissent des problèmes similaires et recherchent aussi des solutions, dans les mêmes directions. Les ressemblances sont frappantes. Mais certains progressent plus vite que nous et nous avons intérêt à les regarder.
3. Les défauts du système varient en fonction des circonstances, des lieux, des traditions des organisations, de leur configuration et de leur taille. Le constat, globalement exact, n'est pas uniformément applicable partout, dans toutes les administrations, les établissements publics, les collectivités locales et les innombrables organismes qui composent le secteur public français.
4. La qualité, le rôle et le comportement des personnes, dirigeants et agents sont des variables majeures. S'il n'y avait pas dans le secteur public, malgré sa mauvaise image, des individus actifs et enthousiastes, ce serait pire. À l'inverse, telle organisation ou telle autre pourrait ne pas être, intrinsèquement, trop mauvaise, si les habitudes et les comportements ne finissaient par la dénaturer.
5. Il sera fait allusion, fréquemment, à l'entreprise privée, référence qui exaspère certains. Il ne s'agit pourtant pas d'idéaliser le secteur privé, mais de comparer deux mécaniques comparables.

Comparaison n'est pas raison, mais il faut se repérer. La comparaison est d'autant plus pertinente et nécessaire que beaucoup d'entreprises et d'organismes privés participent aux missions d'intérêt général ou en remplissent de comparables, parfois de similaires. Il ne s'agit donc pas d'un choix manichéen par lequel le secteur privé serait le Bien et le public le Mal, mais de chercher à comprendre pourquoi le service public fonctionne mal quand, à conditions comparables, le secteur privé fonctionne mieux.

C'est ce que j'ai voulu établir à partir d'une longue expérience, au cours de laquelle j'ai pu comparer terme pour terme le public et le privé, simultanément à l'œuvre sur les mêmes missions, à réaliser dans les mêmes conditions.

>>> **Partie 1** <<<**MAIS QUAND ÇA NE MARCHE PAS, POURQUOI?****INTRODUCTION** (pp. 3 à 5)

L'intérêt général justifie que des pouvoirs, des prérogatives «exorbitantes du droit commun», des moyens humains, financiers et techniques soient mis au service de la collectivité, sous le vocable de «service public», pour que ça marche.

Mais les trop nombreux constats d'échecs montrent que le service public a, bien souvent, perdu la boussole de l'intérêt général, au point de dériver parfois en sens contraire. Là où il devrait s'adapter constamment pour être excellent, il est médiocre et inadapté, là où il devrait être continu, il s'interrompt pour des motifs étrangers à ses missions, là où il devrait être économe, il gaspille... Pas toujours ni partout, mais si souvent !

Ce qui est peu compréhensible, c'est que le secteur public, qui est peuplé en mêmes proportions statistiques que le reste de la nation, d'une part, de gens de qualité, motivés et dynamiques et, d'autre part, de paresseux, incompetents et indifférents, ne puisse garantir qu'il assurera efficacement et «sans défaillance» ses missions et s'adaptera à l'évolution perpétuelle de la société, de l'environnement économique et social, et des techniques utilisables.

À LA RECHERCHE DE L'OJNI

Finalement, personne n'a jamais très bien su ce qu'était le « service public » et encore moins lorsqu'il est précisé « à la française ». Qu'est-ce que cet Objet Juridique Non Identifié (OJNI) ?

L'expression « service public » désigne indistinctement les administrations, les fonctionnaires, les sociétés publiques, des activités marchandes ou non marchandes, les impôts, les redevances, des contraintes, des prestations et des punitions, etc.

Bref, cette expression désigne tout ce qui a à voir avec l'État ou assimilé, y compris la nébuleuse des collectivités locales et tout ce qui est présumé en charge de l'intérêt général : « ils », c'est-à-dire le « service public ».

La recherche chez les meilleurs auteurs d'une définition mieux formulée est décevante, car elle ne fournit que des concepts immatériels : le service public est un « *mythe* », ou seulement une « *idée*¹ », ou une « *notion* », voire « *une notion introuvable*² », « *une référence idéologique*³ », assez rarement une mission précise. Le service public, finalement, n'est donc que l'idée que chacun s'en fait. Par exemple, les syndicats en ont une idée assez simple : le service public, c'est ce qui est menacé de « casse » et la précision ne va pas au-delà. Cependant, si cet OJNI est peu identifiable, les échecs qui lui sont imputables sont, eux, bien réels et choquants. Ces échecs se résument en trois termes : banqueroute, inefficacité et injustice.

¹ Renaud Denoix de Saint-Marc, *Le service public*, éd. La Documentation française, 2001.

² Jean-François Auby, Olivier Raymundie, *Le service public*, éd. Le Moniteur, 2003.

³ Jacques Chevallier, *Le service public*, éd. PUF, coll. «Que sais-je?», 2003.

De très nombreux ouvrages, dont beaucoup sont récents, les décrivent complètement sans recevoir aucun démenti. Beaucoup de leurs auteurs, spécialistes incontestés, sont issus du sérail.

Mais l'analyse des causes est moins répandue que le constat. Or, la recherche d'explications fait découvrir des catégories de causes qui se combinent dans la vie quotidienne des organisations publiques : problème de définition, donc de règles, notamment de règles de gestion, et problèmes de pouvoirs.

Pas de définition, donc pas de règles, donc pas de règles de gestion

La première cause d'échec tient au fait que, réflexion faite, le secteur public ne connaît pas de règles véritables de gestion : comme « *il n'y a pas de définition légale du service public¹* », il ne peut y avoir de règles qui puissent s'y rattacher.

Il n'y a donc pas de vraies règles, notamment pas de vraies règles de gestion, à la différence des entreprises privées. Celles-ci sont soumises à des règles précises, destinées à protéger les actionnaires, les créanciers, les personnels et les clients.

Dans le secteur public, ni les contribuables, ni les fournisseurs, ni les usagers ou clients ne sont particulièrement protégés, sauf à se lancer dans des contentieux incertains. En revanche, les personnels sont protégés.

Celui qui commande, c'est celui qui est payé ; celui qui paie, lui, obéit

La seconde cause résulte de la première. Du fait de l'absence de règles protégeant les contribuables, usagers et clients, il peut se produire une inversion du pouvoir dans les organisations publiques, par laquelle la hiérarchie réelle est l'inverse de la hiérarchie théorique. Michel Crozier, dans le *Phénomène bureaucratique*, avait révélé l'importance des organigrammes informels par rapport aux organigrammes formels dans les organisations publiques. Un pas de plus et l'on découvre l'inversion des pouvoirs dans les organisations publiques : « [...] *Ces fonctionnaires ne reconnaissent plus à l'État que le droit de les payer²* ».

La hiérarchie des pouvoirs est donc inverse de celle par laquelle une entreprise privée fonctionne. Dans le public, le pouvoir dévolu aux syndicats, armés de la menace de grève, renverse le principe d'autorité légitime et bloque les mécanismes élémentaires de la gestion des organisations. Sans vraies règles de gestion, soumises à une hiérarchie de fait inverse de la normale, les organisations publiques ne peuvent pas bien fonctionner. Ce constat doit être modulé selon la situation, le lieu et l'époque, le domaine d'activité et les dimensions des organisations concernées. Par exemple, plus une organisation publique est vaste, moins elle est gérable. Comment expliquer autrement la dérive insensée de l'Éducation nationale ? Les organisations publiques et privées sont des « êtres vivants ». Ce sont comme tels qu'il faut observer leur vie et leur évolution.

¹ Jacques Chevallier, *ibid.*

² Dominique de la Martinière, in *Le Monde*, 11 avril 2000.

1

**SERVICE PUBLIC, «À LA FRANÇAISE» OU PAS,
C'EST GLOBALEMENT L'ÉCHEC**

(pp. 7 à 17)

On ne sait quel chargé(e) de communication a inventé l'expression ridicule de «service public à la française»! Hélas, notre secteur public se caractérise moins par ses performances (il en réalise pourtant) que par son déficit, sa dette, son inefficacité et le découragement de ceux qu'il sert et de ceux qui le servent. En cela, il n'est ni meilleur ni pire que chez nos voisins. L'expression «à la française», vide de sens, exprime une vantardise mal placée.

LA FAILLITE

Le service public à la française a globalement fait faillite. Ce bilan d'échec, formulé par l'ancien directeur du Budget Jean Choussat, en 1997, a été repris, confirmé et détaillé depuis par de nombreux ouvrages, rapports et travaux. Il est tout d'abord étonnant qu'il ne s'en trouve aucun en sens contraire. Tout converge et personne ne contredit ; le secteur public, c'est le déficit et l'endettement, le refus de la productivité et l'abandon des principes fondateurs d'égalité, d'adaptabilité, de continuité, etc.

LA BANQUEROUTE !

Le déficit d'abord, la dette ensuite, c'est logique : depuis vingt ans, l'État français n'a plus jamais équilibré son budget. Malgré des prélèvements obligatoires, qui atteignent 56 % du PIB, record parmi les pays occidentaux comparables, il dépense 22 % de plus que ses recettes et sa dette a triplé de poids, de 20 % du PIB, en 1980, à 65 % en 2005.

L'État emprunte pour des dépenses courantes et pour payer les intérêts de sa dette. À cette dette visible s'ajoute la dette cachée du « hors-bilan », notamment ce que représentent les pensions à verser aux retraités actuels et futurs de la fonction publique, dont le nombre augmente au rythme élevé et régulier de la croissance incoercible des ruineux sureffectifs. Ainsi, la hideuse fée Banqueroute dépose-t-elle cyniquement dans le berceau de chaque nouvel enfant de France une dette¹ de plus de 30 000 €.

Dans la vie courante, les collectivités publiques, État en tête, comme tous les débiteurs impécunieux, font délibérément attendre leurs créanciers, en oubliant leurs factures. Parfois, à la faveur de l'illisibilité structurelle des chiffres publics, les présentations chiffrées peuvent être tout simplement truquées, au point que M. Laurent Fabius², ancien Premier ministre et alors président de l'Assemblée nationale, en vint à souhaiter « *que la Cour des comptes donne désormais un avis sur la sincérité des lois*

¹ Dette publique à fin 2004 : 1 066 milliards € + 850 milliards € de dette au titre des retraites (« hors-bilan » de l'État) = 1 916 milliards € à répartir entre 62 millions de Français = 30 903 € par Français.

² « Fausse cagnotte et vrais choix », point de vue in *Les Échos*, 7 mars 2000.

de *Finances avant leur dépôt* », tandis que, parallèlement, le Sénat¹ conduisait une « *enquête sur la transparence très relative des comptes de l'État* », pour « *en finir avec le mensonge budgétaire* ».

Cette propension structurelle au déficit, causée par « *une préférence française, collective et ancienne pour la dépense publique* »², tient aussi, d'une part, aux insuffisances de la gestion des collectivités publiques, en particulier de la gestion des dépenses, et, d'autre part, aux réticences et souvent blocages syndicaux aux remises en cause ou réaménagements des modes de production dans le secteur public. Ainsi, les effectifs de l'Éducation nationale progressent-ils régulièrement tandis que le nombre d'élèves diminue, la perte financière du fret SNCF atteint le quart de son chiffre d'affaires, la moitié des dépenses des hôpitaux publics serait impénétrable, etc.

Les déficits budgétaires révèlent la faillite du secteur public, incapable d'accorder ses dépenses avec ses recettes. S'agissant d'argent public, prélevé d'autorité sur les contribuables et les assujettis, un déficit public est d'une nature plus grave qu'un déficit privé qui ne concerne que des personnes privées ayant pris des risques. Pour le secteur public, il y a transgression du pacte fondamental entre mandants et mandataires, pacte démocratique qui est le fondement de la République.

L'inefficacité ou, pire, la régression

Les résultats de l'action publique ne sont pas désastreux partout et certains services fonctionnent de façon satisfaisante. Mais, même dans ces cas favorables, on se prend à rêver des améliorations et des progrès que les mœurs du secteur public empêchent ou ralentissent.

Dans les domaines majeurs pour l'avenir du pays, les échecs apparaissent dramatiques et, par conséquent, scandaleux. Le plus grave et le plus symbolique est celui de l'Éducation nationale gigantesque machine anarchique, qui a manqué tous les défis depuis la Seconde Guerre mondiale : l'Éducation nationale, n'a su ni prévoir, ni comprendre, ni s'adapter à l'exode rural, à l'industrialisation, aux disparités sociales, à l'immigration, à la désagrégation des familles, à la montée de la violence, à la télévision, à l'ordinateur, à l'évolution de l'économie, aux problèmes de l'emploi, à l'entreprise. Elle produit de l'illettrisme, de l'inaptitude à l'emploi, de l'impréparation à la vie ; en bref, elle fabrique de l'injustice. Le tout malgré des efforts individuels souvent admirables de la part de chefs d'établissement et de maîtres et professeurs : voir les portraits de l'instituteur dans le film *Etre et avoir* et celui du professeur de français dans *L'esquive*. Au bout du parcours, dans le supérieur, des étudiants fourvoyés dans des filières-garderies, longues et vides, récoltent à bac + 5 ou + 7 ou + 10 des diplômes fantaisistes : DESS Espace et milieux, Gestion générale de l'Environnement et autres. Des « docteurs » ou « ingénieurs-maîtres » se retrouvent candidats à des postes proposés à bac + 2 ou moins...

¹ Alain Lambert, Philippe Marini, *En finir avec le mensonge budgétaire*, enquête sur la transparence très relative des comptes de l'Etat, commission des Finances, Sénat, septembre 2000.

² Par le directeur du Budget, Pierre-Mathieu Duhamel, *Analyse sur moyenne période de la trajectoire des finances publiques Française*, Notes bleues des Finances, 6 mai 2004.

Le gâchis de la jeunesse par l'Éducation nationale, traditionnellement indifférente à la préparation à la vie active, est le scandale le plus dramatique et le plus impardonnable du service public français.

D'autres secteurs sont, à des degrés divers, dans un état comparable : justice, sécurité, hôpitaux, transports, etc. Tous sont frappés (voir bibliographie).

Sans se limiter à des désastres aussi spectaculaires, l'administration, « visage quotidien de l'État », reste le lieu privilégié du mauvais vouloir, de l'accueil et des formalités rébarbatives, de la lenteur et de l'inertie, des locaux tristes.

L'ABANDON DES « PRINCIPES » DU SERVICE PUBLIC

Le service public, bien que sa définition soit introuvable, devrait obéir à des "principes" formulés par les professeurs de Droit à partir de la jurisprudence du Conseil d'État, les textes écrits étant rares. La liste de ces principes varie selon les époques et les auteurs, mais comporte habituellement les suivants, dont il faut bien convenir qu'ils ne sont pas réellement respectés, soit du fait de leur imprécision, soit du fait de leur pur et simple abandon.

CONTINUITÉ ?

Ce principe est théoriquement synonyme de service public. C'est une caractéristique du service public « à la française » que la désuétude de ce principe fondamental, à laquelle se résigne la population.

Nous sommes loin de la formulation du doyen Duguit¹ : « *La grève des fonctionnaires est toujours, de quelque prétexte qu'elle se pare, une violation de la loi, parce qu'elle est antinomique à la notion même de service public.* »

Ce sujet capital justifie un chapitre distinct ci-après.

ÉGALITÉ ?

L'inégalité quand ce n'est pas injustice

L'égalité devant le service public est un principe respectable et incontestable (bien que vague, comme les autres principes du service public), enseigné dans les facultés de Droit et les écoles d'administration. Il ne semble pas qu'il y ait en France un vrai problème d'inégalité de principe devant le service public, à part les cas de privilèges plus ou moins licites dont peuvent profiter certains pour accéder à un poste, bénéficier d'un marché public ou de priorités ou de préférences pour l'attribution d'un avantage quelconque (le piston), en dehors également des distorsions habituelles et inévitables par-tout, bien que critiquables.

En revanche, il existe bien des cas graves d'injustice, dus aux modes opératoires et aux comportements dans certains services publics : « pas d'égalité pour les exclus de l'égalité ! »². L'égalité de principe peut créer ou aggraver une injustice de fait, par exemple, dans l'enseignement. Comme l'écrit l'Académie française³ à propos de l'en-

¹ Cité par Hugues Moutouh, in *ENA mensuel*, janvier 2001.

² Par référence à la fameuse formule révolutionnaire : « Pas de liberté pour les ennemis de la liberté ».

³ *Le Monde*, 11 avril 2000.

seignement du français : « [...] *L'égalitarisme idéologique renforce ainsi les inégalités, puisque l'école ne compense plus les infériorités éventuelles dues à un milieu social peu imprégné de culture.* » Cette critique concernant l'enseignement de la langue française peut s'appliquer à toutes les pratiques d'uniformisation du service public. Celui-ci, sous prétexte d'égalité, refuse les différences et aggrave les injustices. Pour ce qui concerne l'enseignement, les nombreuses analyses du problème, publiées depuis quelques années, mettent en cause, par exemple, le collège unique. Heureusement apparaissent les mesures dites de « discrimination positive » qui visent, enfin, le résultat à obtenir et non l'uniformité des moyens pour y parvenir.

Un autre exemple concerne l'accès des handicapés aux réseaux de transports publics. Le paradoxe est que celui qui ne peut se déplacer comme les autres voit son inégalité aggravée du fait que le service public des transports ne différencie pas les prestations, selon que les usagers ou clients sont valides ou non.

De quoi s'agit-il ? D'ouvrir aux personnes à mobilité réduite, dont celles qui sont des usagers en fauteuil roulant¹, l'accès aux transports en commun. Ces derniers, grâce aux sacrifices coûteux et ininterrompus de générations de contribuables, font partie des meilleurs de la planète.

Techniquement, le problème est simple : ces réseaux n'ont pas été conçus à l'origine pour les fauteuils roulants, ni, accessoirement, pour les poussettes, ni les valises à roulettes, et autres caddies. À ce problème, les sociétés publiques concessionnaires de ces services publics répondent que *c'est* au contribuable de financer l'accessibilité aux fauteuils roulants. Une récente loi fixe un délai de dix ans pour achever ces aménagements. Ce délai est irréaliste, financièrement et techniquement. Par exemple, la RATP n'envisage de mettre en accessibilité que 50 stations de métro sur 297, au coût moyen par station de 10 millions €. Le métro parisien ne sera donc probablement jamais complètement accessible. Or, c'est un extraordinaire moyen de transport. Faut-il perpétuer l'injustice au détriment des voyageurs en fauteuils roulants ?

La solution n'est donc pas dans les improbables travaux de mise en accessibilité, mais là où elle réside, il n'est pas question d'aller la chercher ! Pourtant, elle est immédiate et ne demande pas d'investissement : elle consiste à faire en sorte que les agents du métro se chargent du voyageur handicapé avec leurs bras ! Les brancardiers et infirmier(e) s le font bien dans les hôpitaux avec les malades immobilisés, paralysés, etc., les pompiers et personnels de secours avec les accidentés, etc. Sauf cas exceptionnels de passagers pesant plus d'un quintal, ou de fauteuils roulants électriques, la moyenne pondérale des usagers en fauteuil roulant, tout compris, est dans les possibilités physiques de deux hommes normalement constitués.

La preuve en est administrée régulièrement, lorsque, bravant le scandaleux interdit, tel handicapé se déplace couramment dans le métro parisien grâce à des volontaires anonymes qui, à chaque montée ou descente d'escalier, font spontanément ce que les agents statutaires du service public refusent de faire. Ils saisissent le fauteuil et portent la personne handicapée depuis la surface jusqu'aux quais, puis dans les voitures si elles ne sont pas au niveau du quai et, inversement, à la station de destination.

¹ En se limitant au cas des UFR, mais sans oublier les malvoyants, les malentendants, les personnes peu valides, etc.

Mais les syndicats s'opposent au portage par les agents et sont même hostiles à cette prise en charge par les voyageurs bénévoles. De ce fait, les entreprises publiques de transports publics n'accomplissent pas cette mission incontestablement de service public, au détriment de ceux qui en ont le plus besoin.

Au quotidien, la vraie inégalité est celle des usagers devant le mauvais fonctionnement du service public. Devant l'escalator en panne, la personne agile et la personne âgée ne sont pas égales. Devant la grève des transports, ceux qui n'ont pas d'autres possibilités sont massés prisonniers sur le quai devant les voies vides, tandis que les plus favorisés et les plus débrouillards échapperont au piège. Même inégalité devant les retards de versements des prestations sociales par les Caisses, etc.

Les plus égaux et les moins égaux : les privilèges

Le secteur public est aussi, et surtout, le lieu des privilèges, au point que l'on peut parler de « deux France¹ », en raison des inégalités entre salariés du public et du privé : inégalités de salaires, de durée du travail, de conditions et de montants des retraites. Ces disparités peuvent aboutir à de fortes distorsions injustifiées, telles que, à qualification égale et sur une même durée de vie, la distorsion entre le salarié du public et celui du privé, calculée sur la durée du travail et la rémunération sur la vie entière, peut être de l'ordre du double en faveur du travailleur public².

Ces inégalités et ces injustices font naître des aigreurs compréhensibles à l'égard des privilégiés, en particulier quand ils font grève !

ADAPTABILITÉ ?

L'inaptitude à l'adaptation compétitive et à la gestion

L'adaptabilité fait partie du petit nombre des « principes » du service public, mais il n'est pas strictement respecté. Comme son nom l'indique, l'adaptabilité voudrait que les organisations publiques comprennent et préparent les évolutions de la société et des besoins à satisfaire, et s'adaptent pour y répondre.

Formulé par Octave Gélihier à l'intention des entreprises sous l'expression d'« adaptation compétitive », ce principe n'est pas le fort des services publics, comme le montrent les comparaisons avec le secteur privé, contraint à l'adaptation compétitive.

L'IMPITOYABLE COMPARAISON AVEC LE PRIVÉ

En tous domaines, la comparaison d'activités identiques, exercées par le privé et par le public, est révélatrice. Il en est de multiples exemples :

- dans l'Éducation nationale, des parents cherchent à fuir le service public, son collège unique, ses grèves et ses défaillances, et vont grossir les files d'attente du privé ;

¹ Jacques Marseille, *La guerre des deux France, celle qui avance et celle qui freine*, éd. Plon, 2004.

² Pierre de Nomazy, *Les mangeurs d'emplois*, éd. etc, 1997. Rémy Prud'homme, *Les services publics*, éd. Institut de l'entreprise, 2002.

- pour des services urbains et les prestations à caractère industriel comme la propreté urbaine, la régie publique est plus chère et moins adaptable que le privé ;
- pour les transports publics, chaque fois que les conditions techniques sont strictement équivalentes, les coûts et la qualité du service sont meilleurs avec le privé, etc. ;
- dans le secteur du logement social, les sociétés sous mode de gestion privée rendent un meilleur service que les offices publics ;
- la bibliographie, *in fine*, fournit de multiples exemples et démonstrations concordantes dans les domaines de la sécurité, de l'enseignement, de la santé, etc.

Certes, le secteur public peut avoir des unités qui travaillent très bien, très efficacement et auxquelles on préfère confier les tâches délicates ou compliquées: elles sont des exceptions qui confirment la règle. Il est incontestable que le secteur public est moins agile, moins adaptable, plus coûteux que le secteur privé dans des domaines comparables. Ce constat n'est pas récent Balzac l'avait décrit dans *Les employés*, et le baron Haussmann¹

l'exposait à Napoléon III : «[...] *L'Empereur me fit dresser le plan d'une Manutention Municipale (de boulangerie) destinée à servir de modèle à l'industrie privée... je réussis à faire comprendre à Sa Majesté qu'une Administration Publique est impropre à la fondation et surtout à la direction d'une entreprise industrielle et commerciale et qu'il ne fallait pas risquer de compromettre par l'insuccès possible d'une Manutention réglée au compte de la Ville, l'avenir d'une grande vérité, désormais suffisamment acquise.*» Il s'agissait alors du service public du pain.

L'INAPTITUDE À SE RÉFORMER

Ce n'est pas non plus une chose nouvelle : la réticence du secteur public à se réformer s'étale depuis trois ou quatre siècles. Elle est traditionnelle en France. Homme d'expérience, le même baron Haussmann la résumait durement : « *Enfin, il y avait cette force d'inertie, cet esprit de routine, cette puissance des précédents, qui font que, chez nous, le premier mouvement de chacun, en face d'une nouveauté quelconque troublant les habitudes prises, est la résistance.* »

De nos jours, le constat est analogue, même si « *tout le monde s'affirme pour la réforme, personne ne veut le changement*² ». De cette inaptitude à se réformer tient aussi le penchant de l'administration pour l'archaïsme. Le secteur public français est amateur de rites et d'appellation surannées, de procédures dont l'ancienneté tient lieu de logique, d'un langage parfois comique, ainsi que du confort des habitudes et de la règle du précédent. Ce ne serait pas plus gênant que les perruques de certains dignitaires britanniques, si seul l'extérieur était concerné, mais il arrive que ce soit aussi le fond !

¹ Baron Haussmann, *Mémoires*, éd. du Seuil, 2000.

² Philippe Parini, secrétaire général du ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, Forum des *Échos*, 6 décembre 2004.

« DEUX NATIONS DEVENUES ÉTRANGÈRES L'UNE À L'AUTRE »¹

Dans le langage actuel, il est question de « cohésion sociale » pour exprimer le besoin d'unité et de solidarité de la société contemporaine en France. L'échec des services publics est un facteur de « décohésion » sociale : déroute financière, inefficacité, injustice, manquements aux principes fondamentaux de l'intérêt général. Le pays est coupé en deux entre le secteur public et le reste de la nation.

Pourquoi cet échec ?

[...]

¹ Chateaubriand, *Mémoires d'outre-tombe*, éd. La Pléiade, 1996.

2

... PARCE QUE LE SERVICE PUBLIC N'A PAS DE GPS

(pp. 27 à 39)

Pour gérer quoi que ce soit, il faut des objectifs et des repères, ainsi que des règles de gestion, à l'intérieur desquelles la liberté d'agir permet d'imaginer, prévoir, organiser, animer et, de préférence, réussir. Or, le secteur public n'a que très peu d'objectifs vérifiables, rarement des repères et moins encore de règles de gestion comparables à celles qui encadrent les organismes privés, notamment les sociétés anonymes.

LE SECTEUR PUBLIC N'A PAS DE RÈGLES DE GESTION, SEULEMENT DES PROCÉDURES

Une entreprise du secteur commercial est soumise à quelques règles précises, qui visent à protéger ses actionnaires, ses créanciers, son personnel, ses clients et ses concurrents.

Pour cela, elle est obligée de tenir une comptabilité selon des principes contraignants, sous le contrôle de commissaires aux comptes dont la corporation est elle-même soumise à des règles. Cette comptabilité décrit les mouvements de valeur de l'exercice en cours et la situation qui en résulte pour les actionnaires et les créanciers.

L'information sur la situation de l'entreprise doit être transparente et publique, surtout si elle est cotée en bourse et soumise à l'Autorité des marchés financiers dont les pouvoirs de sanction sont réels.

Enfin, des repères simples, comme les résultats financiers, la confiance des banques et la tenue des titres en bourse guident la gestion de l'entreprise. Dans le cas du succès, le plus fréquent, celui-ci se mesure en termes de bénéfices, de cotation en bourse, de parts de marché, d'investissements, de croissance, etc. Dans le cas inverse, un dispositif garde-fou s'impose à l'entreprise en difficulté. Si la perte cumulée dépasse la moitié du capital social, elle déclenche un processus de restructuration et de redressement qui peut conduire à déposer le bilan au Tribunal de commerce, lequel peut décider la mise en redressement judiciaire et, en cas d'échec, la liquidation finale.

RIEN DE TEL DANS LE SECTEUR PUBLIC !

Encore faut-il y distinguer entre les administrations classiques (ministères, collectivités locales, établissements publics) et les entreprises publiques (sociétés nationales¹, sociétés d'économie mixte). Ces dernières obéissent, en principe, aux mêmes règles que les entreprises du secteur privé, pour les faire bénéficier précisément des avantages de la gestion privée. Les gestionnaires de ces entreprises publiques doivent donc, comme leurs collègues du privé, tenir des comptes contrôlés par des commissaires aux comptes, en respecter les règles, et surveiller les mouvements et valeurs financières qui permettent de déterminer si l'entreprise gagne ou perd de l'argent.

¹ Voir la liste dans *l'État actionnaire*, rapport de l'Agence des participations de l'État.

Naguère, les entreprises d'État étaient, de surcroît, affligées de la tutelle bureaucratique et des ingérences de l'actionnaire principal, c'est-à-dire les ministères : le Conseil d'administration comprend les représentants de Bercy : Trésor et Budget, plus un contrôleur d'État, et ceux des ministères techniques, majeurs et mineurs. Il est d'usage, pour les dirigeants d'entreprises publiques, de traiter chaque ministère distinctement dans l'intervalle des conseils. Bercy veut être informé en priorité et séparément des autres représentants de l'État. Il arrive que le Trésor exige même d'être informé et consulté en premier et tout seul, hors la présence du Budget.

Si l'affaire est importante, il faut en passer par les cabinets. Par ailleurs, au quotidien, il fallait soumettre, encore récemment, les projets d'investissements à des Comités interministériels, inventés aux temps de l'après-guerre. Plus désuète encore est (était ?) la procédure d'harmonisation préalable des rémunérations des personnels des entreprises publiques, tradition remontant aux époques de l'inflation à deux chiffres et imposant un taux maximum d'augmentation pour l'année à venir. Ce chiffre sacré est (était ?) reçu avec respect et indifférence à la fois par les dirigeants et par les syndicats, qui savent bien qu'à la première grève ce petit cadenas saute sans résistance et donne accès au magot.

Mais surtout, en dehors des agaceries subies par les dirigeants des entreprises publiques de la part de leurs correspondants et tuteurs, la principale règle de discipline de gestion est inopérante : leur actionnaire ne pouvant faire faillite, la société anonyme d'État ne le peut davantage. Le dépôt de bilan n'est pas à craindre et il n'est donc pas convenable de parler de « plan de redressement », si le résultat de l'entreprise persiste dans le rouge.

Mais ces défauts sont maintenant trop connus et la réforme est heureusement en marche...

DANS LE BROUILLARD, SANS GPS

Pour les administrations classiques, le cas est plus simple : il n'existe à peu près aucune norme de gestion.

En dehors d'une comptabilité des engagements, rustique et assez peu lisible (la comptabilité de caisse entrées-sorties la plus fruste permet au moins de savoir s'il reste quelque chose en caisse chaque soir), pas de comptabilité de résultats, ni analytique, ni bilan, ni hors-bilan, ni amortissement, ni provisions, ni commissaires aux comptes, rien. Seul existe l'enregistrement successif, par des responsables différents, des dépenses à chaque stade : l'engagement est la seule étape significative, suivie de la mise en paiement. Le seul repère utile est le solde disponible sur le crédit, car la seule véritable règle de gestion que connaisse l'administration publique française est qu'il faut consommer tout le crédit avant la fin de l'exercice, pour pouvoir justifier les demandes de l'exercice suivant.

Les informations sur les résultats physiques obtenus dépendent du secteur et peuvent être quantifiées, si la nature du travail le permet, mais peu de monde s'en préoccupe, tant la gestion publique est loin de la logique et tant la relation entre les crédits dépensés et les résultats obtenus est peu pertinente.

En effet, cette relation entre moyens et résultats ne peut être établie que très rarement : le service ne sait ni ce qu'il coûte, ni ce que vaut ce qu'il produit et ne peut donc se guider sur cette relation pour guider sa gestion.

Dans cette ignorance, chacun s'en remet au principe erroné selon lequel plus il y a de crédits et d'effectifs, plus il y aura de résultats et de meilleure qualité, et inversement. Ce principe est faux, mais il sert de repère commode.

Les gestionnaires publics naviguent ainsi dans le brouillard, sans GPS. Ni les contribuables, ni les usagers ne sont donc protégés.

LES PROCÉDURES TIENNENT LIEU DE RÈGLES DE GESTION

Sans règles de gestion, la gestion publique est, en revanche, étroitement encadrée par de très nombreuses procédures, qui visent à prévenir les malversations et à protéger les principes juridiques de l'action publique, mais où les considérations de bonne gestion n'ont aucune place.

Il existe donc des procédures pour la gestion des personnels, de l'argent et pour passer les marchés. L'action publique est, en outre, soumise à de multiples procédures prévues par d'innombrables textes qui régissent les diverses missions. Pour s'assurer que les procédures sont respectées interviennent de nombreux contrôles, si nombreux mais si lents et si tardifs qu'ils en deviennent inopérants et peu redoutables.

Parmi les plus connus, ceux de la Cour des comptes et des Chambres régionales des comptes sont aussi les plus lents et n'ont, de ce fait, aucune influence pratique sur les événements, décisions et phénomènes qui se sont produits des années auparavant. Accessoirement, la Cour et les Chambres régionales des comptes soulèvent des faits et des causes auxquels les responsables opérationnels ne peuvent souvent rien, car il s'agit la plupart du temps « d'errements » échappant à leur volonté, voire à leur connaissance.

Les contrôles actuels sont donc d'une faible utilité pour améliorer la gestion publique. Au demeurant, la capacité et les méthodes de travail des contrôleurs sont si dérisoires que leur valeur ajoutée est infinitésimale. Mais il est convenable de faire passer, dans les services, la consigne de se conformer aux procédures pour éviter les critiques éventuelles « de la Cour », que personne en fait ne redoute.

Selon les administrations, des inspections générales exercent des contrôles ponctuels, rarement systématiques : rien de redoutable. Quant aux éventuels recours devant la juridiction administrative, ils n'ont jamais de vraies répercussions sur la responsabilité personnelle des décideurs publics, qui préfèrent ne pas être mis en cause, mais n'ont rien à craindre. Néanmoins, par esprit de discipline et par nécessité en raison du grand nombre d'étapes à franchir et de blocages possibles, le gestionnaire public respecte de son mieux les procédures qui le ligotent. Mais la qualité de sa gestion s'en ressent !

Par exemple, là où son homologue du privé traitera la question d'un recrutement en quelques semaines, le responsable du public sera heureux de parvenir à un recrutement en plusieurs mois. La vacance du poste doit être bien admise et les appels à candidatures internes vains pour qu'il y ait recrutement à l'extérieur. Auquel cas, l'organisation d'un concours prendra des mois. À l'arrivée de la nouvelle recrue, il faudra s'as-

surer de son adéquation au poste à pourvoir, car le concours a pour, objectif de recruter des candidats pour un grade (catégorie de fonctionnaires) et non pour un poste désigné, sauf cas particulier.

Le concours est terminé, mais les lauréats viendront-ils ? C'est seulement maintenant que le salaire non négociable est notifié, ainsi que la liste des postes à pourvoir. Une partie des lauréats disparaît alors dans la nature. C'est ainsi que, plusieurs semaines après la proclamation des résultats d'un concours pour recruter des informaticiens, un service n'avait recruté aucun agent.

Arrive enfin le nouveau titulaire, désigné par la logique du classement et le choix qu'il a fait parmi les postes proposés. Ce n'est pas nécessairement le collaborateur que le chef de service aurait choisi. Une autre logique que la bonne gestion s'impose, seul le hasard dira si, de part et d'autre, le choix était le bon.

Le responsable du privé, quant à lui, lorsqu'il cherche à pourvoir un poste vacant, s'en explique avec les candidats, en choisit un et l'affaire est conclue, qu'il s'agisse d'un ingénieur, d'un balayeur, d'un informaticien ou d'une secrétaire.

Dans le public, mieux vaut s'y prendre des années à l'avance pour modifier la qualification administrative du futur titulaire et pour rechercher un profil professionnel mieux adapté à l'évolution du poste à pourvoir, par exemple, pour embaucher un informaticien à la place d'un ingénieur des travaux ou d'un administrateur. Sans garantie de résultat.

Comme le résume bien un directeur¹ de services municipaux : « *Nous voulons embaucher un mécanicien diéséliste, compétence qui se recrute dans le privé à hauteur d'environ 1500 €. Reste que la seule proposition que nous puissions lui faire, c'est d'accepter de commencer comme agent technique aux environs de 915 €, puis de parvenir d'ici dix ans, à 1220 € après avoir passé des concours où l'orthographe fait figure de discipline fondamentale.* »

Il en va de même des autres aspects de la gestion des ressources humaines : la rémunération, la motivation, l'animation et le système de sanctions-récompenses sont enfermés dans de telles rigidités (voir infra), que la productivité est faible et l'absentéisme supérieur à tout ce qui est connu dans le privé.

Pour modifier une organisation de travail, répartir différemment les responsabilités et les tâches, créer de nouvelles équipes à partir d'anciennes, la difficulté, la complexité et la durée des procédures sont proportionnelles à l'ampleur de la réforme et à l'audace de l'innovation. Aux procédures s'ajoutent les réticences des supérieurs, comme ce haut dignitaire qui ne voulait pas entendre parler de la création d'un centre de formation technique pour une catégorie de personnels, non par doute sur l'opportunité du projet qui lui était indifférente, mais par crainte d'avoir à gérer une nouvelle catégorie de personnel enseignant statutaire, ce qui eût ajouté à ses tracas.

Dans le domaine des achats, les procédures ont le même effet tétanisant : pour acheter un camion ou quelque matériel que ce soit, les procédures, les contrôles et les craintes de recours font qu'un produit industriel de série, disponible immédiatement sur catalogue, mettra un ou deux ans avant d'arriver au garage ou à l'atelier public.

¹ *Le Figaro*, 14 octobre 2002.

Pour un projet un peu plus lourd, tel qu'une installation nouvelle, un déménagement, un nouveau système informatique, il pourra aboutir, selon les cas, en trois ans, hypothèse la plus favorable, plus raisonnablement en six ans et, dans les cas difficiles, neuf ans. Parfois jamais !

Malgré la rigueur des procédures et la multiplicité virtuelle des contrôles se manifestent d'incroyables lacunes. Il est notoire que l'État ne connaît ni le nombre exact de ses agents, ni celui de ses immeubles, encore moins son « hors-bilan », comme le montant des retraites à verser dans les années futures. Il n'a aucun outil pour les connaître, ni de règle qui lui imposerait d'en avoir pour les gérer.

Faut-il donc s'étonner que les performances des services publics soient modestes et que leur « adaptation compétitive » soit problématique ?

Sauf les principes que devraient être la continuité, l'adaptabilité et l'égalité des citoyens (la gratuité ayant été abandonnée depuis longtemps), le service public n'obéit qu'à une seule règle contraignante : la limitation budgétaire.

LA SEULE RÈGLE DE LA GESTION FINANCIÈRE PUBLIQUE : LA LIMITE BUDGÉTAIRE

Des cubes aux tas de cailloux

Le responsable opérationnel public est fondamentalement traité comme un enfant qui joue avec des cubes. Il s'agit d'obtenir des résultats avec des unités financières élémentaires à trois dimensions : le crédit utilisable est triplement limité dans sa durée d'un an, dans sa destination et dans sa nature. Par exemple, un crédit de 100 est attribué pour l'année en cours pour acheter du carburant afin de collecter les ordures ménagères. Un autre crédit, triplement limité de la même manière, servira à acheter des pièces de rechange et un autre de l'outillage, etc. Il faut donc pulvériser la gestion en autant de petits cubes individuels que l'activité en nécessite, prévoir le montant de chaque petit cube et dépenser l'argent cube par cube, en multipliant les procédures à raison du nombre de cubes.

Gérer le tout globalement n'est pas concevable et faire passer, selon les règles, l'argent d'un cube à un autre suppose de telles procédures que le gestionnaire soucieux d'efficacité est incité à la transgression du dogme. Une fois le dogme transgressé, il n'y a plus de limites. L'inefficacité des contrôles est telle que les « errements » peuvent atteindre des records de montants et de durée. On a pu ainsi, pendant des années (décennies ?), payer des dizaines de milliers d'agents contractuels avec des crédits affectés à l'achat de matériaux routiers. Ces agents étaient d'ailleurs appelés familièrement « tas de cailloux » et ont été intégrés progressivement dans la fonction publique, en dehors des procédures normales de recrutement.

La discussion budgétaire ou le bal des dupes

Avant de se voir attribuer son budget annuel, c'est-à-dire son contingent de petits cubes, le responsable public doit participer à une pantomime rituelle où les rôles sont répartis, le sien étant celui du pigeon qui va se faire plumer à la grande joie des autres protagonistes.

La trame de l'action est de lui faire croire que les décisions budgétaires, pour être mieux acceptées, sont négociées avec lui. Mais tout est décidé sans lui avant que la pièce commence

Prologue : la lettre de cadrage ou la lettre ouverte aux ploucs

Le prologue est la fameuse « lettre de cadrage », par laquelle les hautes autorités financières annoncent solennellement que tout va très mal (comme les années précédentes et les années suivantes) et qu'il faut dès lors préparer les demandes budgétaires avec la modération que les graves circonstances imposent. En conséquence, demander les mêmes crédits que l'année précédente serait de l'incivisme irresponsable. Il faut donc réduire volontairement les demandes budgétaires au strict minimum. À défaut, c'est avec regret, mais sans faiblesse que la haute autorité budgétaire se verrait obligée de procéder elle-même aux amputations nécessaires. Suivent des exhortations sur le mérite de faire quelque chose avec rien et de faire, davantage avec moins encore.

Ce discours n'est pas nouveau : le préfet Haussmann le condamne dans ses *Mémoires* : « *On ne fait rien avec rien [...] Car s'il est facile de cacher un déficit et de sauver ainsi la règle, si l'on peut réduire arbitrairement à des sommes insuffisantes certaines allocations d'un Budget, il est impossible, par exemple, de diminuer de même, à volonté, le nombre des prisonniers, des enfants trouvés, des aliénés, qu'on doit enfermer, recueillir, séquestrer, et surtout nourrir.* »

Acte 1 : la « négociation » budgétaire ou « faire rentrer l'édredon dans la valise »

Le ton étant donné avec la mélodie de la lettre de cadrage commence la prétendue négociation : partie où les points ne comptent que d'un seul côté.

Le service demandeur, appelé couramment « le service dépensier », plaide la continuité de ce qu'il fait, les risques de mettre en cause les résultats, l'évidente nécessité de moderniser, d'investir pour l'avenir, la rigueur de sa gestion (le mot « rigueur » plaît beaucoup à l'autorité budgétaire), promet les économies et les futurs gains de productivité, en s'appuyant sur ceux qu'il a déjà réalisés. Rien n'y fait, mais, par esprit d'ouverture et pour faire durer le plaisir de la partie, on lui demande des gages.

Naïf et attaché sincèrement à la productivité, il commet alors l'imprudence d'en donner ! Quelques postes ici, quelques dotations là, en contrepartie de quoi il demande un investissement incontestable qui se remboursera en trois ou quatre ans et procurera des économies certaines et une meilleure qualité des prestations pendant des années.

Mais le budgétariste n'en a cure : il prend les gages offerts, preuve qu'il s'agit bien de dépenses inutiles puisque c'est le service lui-même qui propose de s'en priver, déclare que l'investissement à financer par ces gages est une lubie somptuaire et renvoie le dépensier les mains plus vides qu'avant. Lequel se promet bien, mais un peu tard, qu'on ne l'y reprendra plus. Le budgétariste est satisfait : il a gratté « jusqu'à l'os » et « fait rentrer l'édredon dans la valise ». Il peut aller rendre compte à ses supérieurs qu'il a efficacement combattu la gabegie. Le service rendu, les résultats à atteindre, les contraintes du travail, la préparation de l'avenir, etc., ne sont pas de sa responsabilité.

Moralité de l'acte 1

- Ne jamais rien céder.
- Ne jamais tenter la gestion raisonnable.

- Ne jamais avouer qu'il y a des activités peu utiles, des frais superflus, des gens qui n'ont pas grand-chose à faire et qu'il existe des gisements de productivité que l'on pourrait exploiter avec des outils et des méthodes nouveaux.

C'est bon pour le privé, idiot dans le public.

Acte 2 : « l'exécution » du budget

Rentré à son bureau, le malheureux dépensier apprend coup sur coup que les reports de l'année précédente (crédits d'investissement non dépensés) qui lui avaient été promis sont annulés et que le quart de sa dotation pour l'année nouvelle est gelé, en attendant un improbable dégel.

Vient l'automne suivant : toute dépense non engagée au 15 novembre sera bloquée. C'est d'ailleurs le moment de la nouvelle discussion budgétaire, la promesse des reports, la nouvelle édition de la même lettre de cadrage, etc. Ainsi va le cycle budgétaire. À partir de là, les velléités de productivité sont mortes dans l'œuf.

Entre autres innombrables exemples, voici un responsable public qui s'aperçoit qu'il pourrait employer une partie de ses moyens excédentaires à réaliser une prestation régulière pour une autre collectivité publique, moyennant rémunération à verser à la collectivité prestataire. Avec ce produit, il pourrait moderniser une partie des équipements de sa propre collectivité. Las, il se fait dire que rien de la recette escomptée ne viendra abonder son budget : elle restera intégralement au budget général. Il renonce évidemment à son projet qui était non seulement un gain net, une chance de moderniser ses moyens de travail et l'occasion de mieux employer ses effectifs. Ainsi va la gestion de la chose publique !

Chacun, à commencer par celui dont le métier est de gérer, peut comprendre et approuver que la progression des dépenses doit être maîtrisée, mais, même à budget global constant, le cerveau le plus borné constate l'évidence qu'il faut pouvoir augmenter ici de 15 % pour diminuer là et que tout ceci doit être programmé dans le temps, afin de faire évoluer la structure de la dépense en fonction de l'évolution des besoins, des méthodes, des innovations, bref, de la vie et de l'action.

Moralité de l'acte 2

- Dépenser le plus vite possible toutes ses dotations.
- Ne pas faire tout ce qui est demandé en prétextant le manque de moyens.
- Ne jamais consentir à des mutations sans remplacement préalable des candidats au départ.
- Réclamer des effectifs supplémentaires pour faire plaisir aux syndicats, dans le cadre du dialogue social.

Moralité de la pièce

En dehors du discours de rigueur, que sont obligées de tenir les autorités publiques, et du mythe de la croissance budgétaire zéro, il est remarquable qu'il n'existe aucun autre repère pour la gestion financière. Certes, le déficit est anormal, mais nul ne dit (sauf les comparaisons avec les autres) ce qui est la norme des dépenses et celle des recettes.

tes. Par exemple, quel est le montant « normal » des dépenses publiques d'un pays comme la France, d'une ville de 100, 200, 300 000 habitants, en prenant secteur par secteur ?

Oui, il y a des gaspillages, des abus, mais comment les détecter sinon en faisant confiance et en donnant non seulement les moyens aux gestionnaires, mais en leur imposant de parvenir à l'équilibre qui sera convenu comme « normal » dans des conditions et avec des moyens également convenus.

On neutralise les chances de la bonne gestion en faisant taire les responsables dépensiers, en les préjugant « laxistes » et gaspilleurs, en amputant arbitrairement leurs crédits, en les maltraitant dans les décisions budgétaires.

Le plafonnement budgétaire aveugle est la pire des règles de gestion, mais c'est l'unique méthode de gestion du secteur public français. Faut-il alors s'étonner de la paralysie, du retard, de la vétusté, de l'immobilisme, bref, de l'échec de la gestion publique ?

Comment reprocher aux responsables opérationnels du secteur public de renoncer aux petites et aux grandes réformes ? Le général de Gaulle l'avait dit : « *La France est une entreprise dirigée par son caissier* ».

Enfermé dans les procédures, garrotté par les limitations budgétaires, lesté par les lourds fardeaux d'une organisation irréformable, les naseaux étouffés, les pattes entravées, le pur-sang du service public doit gagner le concours d'obstacles. Il voudrait bien...

Comment veut-on que le gestionnaire public qui n'a pratiquement pas de liberté dans la détermination de son organisation et de ses moyens humains et matériels puisse programmer ses actions dans le temps et dans l'espace, améliorer le présent, imaginer et préparer l'avenir ? Nanti de ses petits cubes budgétaires, il lui faut, en plus, compter avec la syndicalocratie et la gréviculture.

>>> **Partie 2** <<<

ESPOIR, LA BANQUISE CRAQUE !

INTRODUCTION (pp. 91 à 92)

La solution ? Elle est aussi simple à définir que les causes du problème : définir le service public précisément, lui donner des règles et repères de gestion, et remettre la logique du pouvoir légitime sur ses pieds, notamment en légiférant sur le droit de grève.

1. La première évidence est qu'il faut retirer de ce qu'on appelle le « service public » ce qui n'a rien à y faire, le fret ferroviaire entre autres exemples. Le Livre vert de la Commission européenne écarte l'expression imprécise de « service public » au profit de celle d'« *intérêt général* » : « [...] *Les autorités publiques (doivent) garantir l'intérêt général, notamment la satisfaction des besoins essentiels des citoyens et la préservation des biens publics lorsque le marché n'y parvient pas.* » L'application progressive de cette bonne définition va permettre de ramener le secteur public aux proportions conformes à l'intérêt général, avec la remise dans l'économie de marché des télécommunications, de l'énergie, des transports et des services postaux.

Une fois le service public délimité, en faire respecter les principes, qui pourraient être adaptabilité, qualité, performance et continuité.

2. Éliminer les différences injustifiées entre les deux parties de la nation : différences de statuts, de juridictions, d'obligations et de responsabilités.
3. Secteur par secteur, reconsidérer les structures, la répartition des pouvoirs, les modes d'organisation et le partage entre faire et faire faire.
4. Enfin, dire avec simplicité que le service public et le droit de grève sont intrinsèquement incompatibles. Les vrais services publics n'ont pas et n'ont jamais eu le droit de grève : armée, justice, police, etc. Le droit de grève est contraire, par définition, au service public, car il place le décideur souverain en position de faiblesse et lui refuse la condition première et incontournable de l'intérêt général : la continuité du service.

Facile à dire, moins facile à faire... Depuis peu, le processus est irréversiblement engagé : la banquise commence à craquer ! Le XXI^e siècle est incontestablement bien parti. Ces quatre ou cinq dernières années comptent parmi les plus fructueuses et les plus encourageantes dans la réforme du secteur public français.

De vrais progrès, réels, substantiels, ont été enregistrés ou engagés dans des domaines où le défaitisme était justifié, après des décennies d'échecs et d'abandons. Ces progrès vont se poursuivre car beaucoup d'obstacles sont d'ores et déjà levés. Le mouvement est lancé, il n'y a plus qu'à continuer et réussir !

CITATIONS

Le dialogue social (de sourds)

- L'une des difficultés de gestion du service public est celle du dialogue social. (p. 41)
- Toujours est-il que l'oligopole des sept syndicats du secteur public, protégé par la législation qui veut que les syndicats du temps de la libération soient les seuls supposés représentatifs, bénéficie de positions, d'avantages et de prérogatives. Au plan national, leur influence leur donne un niveau équivalent à celui du Parlement. En effet, les gouvernements consultent les syndicats avant et au même titre qu'ils saisissent le pouvoir législatif. (p. 44)
- Cette prédominance syndicale fait parfois oublier aux dirigeants du secteur public que ce sont eux les patrons de leurs salariés. Ils les abandonnent à leur sort, déléguant aux syndicats le soin de porter la parole directoriale et d'en rapporter les réactions de la base.
Convaincus qu'ayant écouté les syndicats, ils ont écouté les salariés, et qu'ayant parlé aux syndicats, ils ont parlé du même coup aux salariés, certains dirigeants du secteur public démissionnent, de fait, de leur principale responsabilité qui est de diriger les personnes dont ils sont chargés. (p. 46)
- Les syndicats du secteur public sont acharnés à la défense de quatre tabous qui forment autant d'obstacles fondamentaux à toute réforme et toute recherche de productivité :
 - les effectifs
 - l'égalitarisme de principe des agents
 - l'irréversibilité des avantages acquis
 - le droit de grève dans les services publics. (p. 47)
- En attendant, le blocage sur ces trois tabous réduit l'intérêt du dialogue social, dont l'issue banale et routinière est la grève. (p. 51)
- La grève dans le secteur public est presque toujours gagnante. Elle est, d'autre part, nécessaire car les négociations par temps calme ne donnent pas grand-chose : les dirigeants du secteur public n'ont rien à accorder dans une négociation de routine. (p. 61)
- Or la grève dans les services publics est non seulement la cause d'insupportables perturbations, mais aussi la raison fondamentale d'une inversion structurelle des pouvoirs dans les organisations publiques. Inversion qui est la seconde explication des échecs de la gestion publique, avec l'absence de règles de gestion. (p. 68)

L'inversion des pouvoirs

- Le service public, d'une part, ne dispose pas de vraies règles de gestion, qui donnent des repères et servent à mesurer l'efficacité de la gestion, d'autre part, la réalité des pouvoirs y est organisée, dans la pratique, de façon inverse de la logique. Ainsi par exemple, les syndicats s'érigent en « défenseurs du service public ». (p. 77)

- La raison d'être de l'organisation publique est l'intérêt général, supérieur à tous les autres intérêts.
Et l'usager-contribuable assujéti est bien au-dessus de n'importe quel client. Il est avant tout le citoyen souverain, celui qui désigne ceux qui gouvernent et font les lois, qui décide de l'intérêt général. Il est celui qui consent à la dépense, car les citoyens « *ont le droit de constater, par eux-mêmes ou par leurs représentants, la nécessité de la contribution publique, de la consentir librement, d'en suivre l'emploi, ..., de demander compte à tout agent public de son administration.* »¹ (p. 80)
- Ensuite, c'est bien lui qui paie, et cher : près de 60 % de ce qu'il gagne va au secteur public. Chacun de ses enfants, en naissant, trouve dans son berceau une dette de près de 30.000 €, comme nous l'avons déjà constaté.
Dès lors, le citoyen-souverain-usager-client n'est plus qu'un assujéti-contribuable qui paie et paiera toujours... (p. 81)
- C'est un dirigeant d'entreprise privée, connaisseur de longue date du secteur public, qui en expliquait ainsi les problèmes de fonctionnement : le dirigeant du privé sait qu'il sera obéi, celui du public n'en est jamais sûr.
Pourquoi ? « *Les enseignants contestent l'idée même d'être encadrés et ne reconnaissent que la hiérarchie des pairs*². » Le constat vaut pour d'autres corporations : médecins hospitaliers, chercheurs, cheminots, conducteurs de bennes à ordures, etc. La loi de l'argent s'applique imperturbablement, mais en marche arrière : si l'argent est garanti, quoi qu'il arrive, l'organisation publique ne court aucun risque vital. S'il n'y a plus de risque vital, la logique du pouvoir s'inverse. (pp. 81 & 82)
- Celui qui doit obéir commande, celui qui est souverain est soumis. Les organisations publiques coûtent de plus en plus cher, sont de moins en moins productives et le secteur public, par son coût, son inadaptation et son pouvoir de grève étouffe lentement l'économie et l'avenir de la nation. (p. 82)

Contrats

- Or la caractéristique des contrats publics est d'être généralement léonins : lorsqu'ils sont anciens, c'est-à-dire recopiés du modèle précédent, à chaque renouvellement et appel d'offres, c'est une tradition régaliennne qui perdure, par laquelle le contrat est en quelque sorte octroyé par la collectivité publique à son partenaire privé. Le dispositif des droits et obligations de chacun est inégal, parfois inéquitable, et souvent la mentalité du côté public est conforme à l'esprit et à la lettre du texte. Ce qui peut conduire au litige. (p. 130)

¹ Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789, annexée à la Constitution de 1958.

² Marie-France Moraux, directrice de l'encadrement au ministère de l'Éducation nationale, in *ENA mensuel*, avril 2004.

3.4



HORIZONS - DÉBATS

**Qui a sabordé
la Société nationale
Corse-Méditerranée ?**par **Philippe Galy**

Le Monde - Edition du 07.10.05, p. 18

POUR bien comprendre cette navrante histoire, il faut remonter à une génération en arrière : l'armement public français s'appelait alors la « Transat » (raccourci pour la Compagnie générale transatlantique), qui dut, en 1976, désarmer et vendre le paquebot *Fran ce*, dont le destin s'achève en 2005, à la ferraille. Triste parallèle avec la SNCM !

Jusqu'en 1995 (pour simplifier), il ne restait plus de l'ex-Transat que deux filiales : la CGM, basée au Havre et spécialisée dans le transport des marchandises autour du monde - notamment vers les Antilles -, et la SNCM, basée à Marseille, avec pour principale activité le transport de passagers et de leurs véhicules en Méditerranée,

sur les liaisons avec la Corse et le Maghreb.

Les deux compagnies étaient structurellement en mauvais état financier en raison des coûts excessifs qui handicapaient le pavillon français dans la concurrence internationale et de leurs difficultés économiques et sociales respectives, mais courantes dans le secteur public en général.

En 1996, le gouvernement d'Alain Juppé, premier ministre, parvient à privatiser la CGM, qui est vendue 20 millions de francs (3 millions d'euros) à la CMA. L'ensemble constitue désormais la CMA-CGM. Cette privatisation est l'épilogue de huit ans d'efforts, de crises et de trois plans successifs de redressement qui auront coûté au contribuable plus de 1 mil-

liard d'euros.

Pour la SNCM, le problème était différent et ne pouvait être résolu d'emblée par une privatisation : en raison des contextes locaux, marseillais et corse, il était plus raisonnable de redresser l'entreprise et de la mettre en état d'affronter la concurrence européenne qui allait arriver avec l'ouverture du cabotage (trafic à l'intérieur d'un espace national) à toutes les compagnies européennes, en 1999, et de se préparer à l'appel d'offres de la continuité territoriale de la Corse, en 2002. Quatre présidents se succéderont en neuf ans pour tenter de redresser la SNCM, avec le même insuccès. Aujourd'hui, la situation de la SNCM est sans issue. Pourtant, tout pouvait être sauvé.

Les liaisons avec la Corse représentent 70 % de l'activité de la SNCM, et celles avec Tunis et Alger, 30 %. La desserte de la Corse bénéficie de la subvention destinée, théoriquement, à garantir la continuité territoriale, c'est-à-dire à maintenir des liaisons et des fréquences vers des ports et à des saisons que la seule recette commerciale ne suffirait pas à équilibrer.

Le service public de la continuité territoriale vise donc à compenser l'inconvénient de l'insularité : les Italiens et les Espagnols font de même pour leurs îles et établissements ultramarins, avec leurs sociétés publiques, la Tirrenia italienne et la Transmediterranea espagnole. Ces deux compagnies sont astreintes à un service minimum en cas de grève.

Dans le cas de la SNCM et de la Corse, le service public de la conti-

nuité territoriale est loin d'être garanti. La SNCM a acquis la réputation non usurpée d'être « la compagnie qui fait toujours grève ». La grève est au minimum bimestrielle, généralement aux saisons où elle est la plus meurtrière pour l'économie corse : saison des mandarines, périodes de vacances scolaires, haute saison estivale, etc.

Par ailleurs, en dehors des grèves à préavis (lesquels sont déposés quotidiennement, afin de pouvoir justifier un débrayage à tout moment), des grèves surprises sont déclenchées à l'initiative de tel ou tel délégué syndical de bord ou d'escale, qui décide de son propre chef que le navire n'appareillera pas ou que l'on bloquera l'embarquement ou le débarquement.

La comptabilité des jours de grève est inutile : ceux-ci sont toujours payés, les préavis ne sont pas vérifiés et leurs coûts vont grossir le déficit. A la direction de gérer la communication vis-à-vis des clients et de négocier le moins mal possible.

Indépendamment des familles dont les vacances sont compromises et des incertitudes d'approvisionnement de l'île, le principal et scandaleux gâchis est que le développement économique de la Corse restera impossible tant que la gréviculture perturbera en permanence les liaisons maritimes. Quel investisseur irait créer en Corse des usines, des ateliers ou des bureaux, avec une desserte maritime aussi imprévisible et incertaine, sous la coupe de syndicats intransigeants et en constante position de conflit ?

L'autre échec du service public, c'est que la subvention ne sert pas, en fait,

à compenser les sujétions de service public, mais à soutenir la dérive permanente des coûts de gestion, due principalement aux sureffectifs, à des salaires parfois aberrants et aux grèves à répétition. A conditions économiques et sociales normales, la subvention de continuité territoriale de la desserte maritime de la Corse n'est sans doute pas nécessaire. Elle n'est qu'une aubaine qui encourage la dérive des coûts.

Autrement dit, le contribuable est doublement escroqué : le service public qu'il finance n'est pas garanti et cette subvention n'est pas indispensable à un service public qui serait assuré dans des conditions normales.

C'est avec cet éclairage qu'il faut comprendre un épisode récent des tribulations de la SNCM. Les continentaux se sont en effet indignés de ce que la direction de la SNCM, pour mettre fin à une grève déclenchée par le syndicat corse en septembre 2004, ait accepté de donner une préférence à l'embauche en faveur des insulaires. Cette discrimination positive a révolté l'opinion publique et aggravé l'incompréhension à l'égard de la Corse. Pourtant, il n'y avait là rien d'autre qu'une revendication d'égalité avec la CGT et avec Marseille !

Depuis des années, à juste titre, les Corses réclament pour leur île de meilleures retombées économiques de l'activité de la SNCM. Or celle-ci perçoit une subvention consommée par des salariés majoritairement continentaux, qui bénéficient d'avantages sociaux considérables, et les principales retombées économiques sont pour Marseille. Comment reprocher au

syndicat corse de chercher, lui aussi, à pratiquer en faveur de ses adhérents une méthode aussi profitable ?

Tout plan de remise en état de concurrence de la SNCM suppose un petit nombre de mesures de réduction des coûts devenues classiques depuis trente ans dans les entreprises en difficulté, et qui leur permettent de s'adapter aux difficultés de leurs activités et de leurs marchés.

Dans le secteur public français, cette réalité ne peut être ni comprise ni admise tant que l'entreprise publique peut compter sur deux privilèges exorbitants du droit commun : le statut et la subvention. C'est pourquoi les notions de « plan de redressement » ou de « plan social » ont toujours semblé incongrues dans le dialogue social avec les syndicats du secteur public. Et c'est pourquoi les syndicats de la SNCM tiennent tant à la prépondérance publique dans le capital de la compagnie.

Dans le cas de la SNCM, aucun président n'est jamais parvenu, jusqu'ici, à faire passer un ensemble suffisant de mesures cohérentes pour redresser l'entreprise, malgré un diagnostic complet posé dès 1996 et toujours valable.

Depuis le 1er janvier 1999, le cabotage maritime est ouvert à la concurrence en Europe. En 2002, la SNCM a remporté l'appel d'offres de la continuité territoriale devant Corsica Ferries, qui proposait pourtant de respecter le cahier des charges sans subvention. Mais le gouvernement a su faire donner la préférence à la société publique. Le prochain appel d'offres

aura lieu en 2006.

Le 9 juillet 2003, la Commission européenne autorisait la recapitalisation de la SNCM à hauteur de 76 millions d'euros, dans le cadre d'un projet industriel incluant une réduction de la flotte, la suppression de 300 postes sur 2 400 et un programme d'économies. En 2004, du fait des grèves habituelles et/ou de la conjoncture, le trafic décroît. En cas de grève, il se transfère sur les navires de Corsica Ferries, qui dépasse désormais la SNCM en nombre de passagers vers et depuis la Corse. Début 2005, le ministre des transports, Gilles de Robien, fait part de l'extrême préoccupation du gouvernement concernant la SNCM, dont le déficit 2004 sera de l'ordre de 28 millions d'euros. Un plan de redressement est présenté par le président : suppression de 210 emplois, réduction de la flotte, cessions d'actifs.

La CGT conteste les chiffres du déficit, dénonce le « projet de casse sociale » et déclenche la grève. Les pre-

miers mois de 2005 voient donc se dérouler une succession de nouvelles grèves en opposition au plan de restructuration et à la réforme du « pavillon bis », le registre d'immatriculation français, qui ne concerne que très peu la SNCM. Mais, cette fois, la vente de la compagnie est explicitement évoquée et le gouvernement désigne un expert pour rechercher des actionnaires privés.

Pendant ce temps-là, la CMA-CGM est devenue l'une des principales compagnies de transport maritime conteneurisé au niveau mondial, avec une flotte de 170 navires modernes. Son activité et ses effectifs ont augmenté, sa situation financière est saine. Elle va faire construire un immeuble de prestige pour son nouveau siège social à Marseille, investit 100 millions d'euros dans une concession portuaire au Havre et envisage de développer une activité de croisière haut de gamme.

De son côté, la SNCM va être vendue à l'encan.

*Ce texte est adapté
de l'ouvrage "Service public,
pourquoi ça coince ?"
que Philippe Galy a récemment
publié aux éditions Eyrolles*

Document n° 4

Documents supports de l'exposé de M. Michel Crozier

On trouvera ci-après les documents mis au dossier des participants par M. Crozier en complément de son exposé :

- 4.1 Une courte notice biographique
- 4.2 Un extrait du livre "**Le phénomène bureaucratique**" - (Réédition le Seuil, Points Essai)
- 4.3 Un extrait du livre "**L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective**" - (Réédition le Seuil, Points Essai)
- 4.4 Quelques citations complémentaires

4.1**Notice biographique**

(UNHPC - non revue par M. Crozier)

Michel CROZIER

Né en 1922

- Directeur de Recherche émérite (CNRS)
- Diplômé d'HEC. Docteur en droit, 1949. Docteur ès lettres, 1969.
- Fondateur du Centre de Sociologie des Organisations.
- Fondateur du DEA de Sociologie de l'Institut d'Etudes Politiques (IEP) de Paris.
- Membre de l'Académie des sciences morales et politiques depuis 1999
- Officier de la Légion d'honneur. Commandeur de l'Ordre national du Mérite.
- Lauréat du Prix Tocqueville en 1997.
- Directeur de recherches au CNRS
- Fellow du Center for Advanced Study in the Behavioral Sciences de l'Université de Stanford (1959-1960) (1973-1974)
- Professeur de sociologie à Harvard 1966-67 et 1968-70 et 1980
- Professeur à l'Ecole des Sciences sociales de l'Université de Californie, Irvine (82-89)
- Professeur de sociologie à l'Université de Nanterre (1967-1968)
- Directeur du Centre de Sociologie des Organisations (1961-1993)
- Conseiller scientifique au Cabinet International de Management SMG depuis 1963
- Membre du Conseil de surveillance du groupe Express (1971)
- Président de la Société Française de Sociologie (1970-1972)
- Directeur du cycle supérieur de Sociologie de l'IEP de Paris (1975-1992)
- Membre du Comité Directeur de Club Jean Moulin (1960-1970)

Publications

- Petits fonctionnaires au travail, C.N.R.S, 1955
- Pour une sociologie de l'administration publique, R.F.S.P., 1956
- France, terre de commandement, Esprit, 1957
- Le citoyen, Esprit, fév. 1961
- De la bureaucratie comme système d'organisation, Archives Européenne de Sociologie, 1961

- Le phénomène bureaucratique, Le Seuil, 1963-1964
- Pouvoir et organisation, Archives Européennes de Sociologie, mai 1964
- Le monde des employés de bureau, Seuil, 1965
- Pour une théorie sociologique de l'action administrative, Traité de science administrative, Mouton, Paris – La Haye, 1966
- Crise et renouveau dans l'administration française, Sociologie du Travail, juil 1966
- Les relations de pouvoir dans un système d'organisation bureaucratique, Soc. du travail, 1969
- La société bloquée, Seuil, " Points politiques ", 1970
- The Crisis of Democracies, New York University press, 1975
- L'acteur et le système, Le Seuil, 1977
- On ne change pas la société par décret, Paris, Fayard, 1979
- Le mal américain, Fayard, 1980
- Les problèmes du management public face à la transformation de l'environnement, Politique et management public, mars 1985
- Etat modeste, Etat moderne – Stratégies pour un autre changement, Fayard, 1987
- L'Etat modeste, une grande ambition, in Politiques et management public, juin 1989
- Avec Erhard Friedberg, L'acteur et le système, Seuil, " Points politiques ", 1981(1977)
- Avec Jean-Claude Thoenig, La régulation des systèmes organisés complexes, R.F.S, 1975
- L'entreprise à l'écoute : apprendre le management post-industriel, Paris, Interéditions, 1989
- La Crise de l'Intelligence, Paris, Interéditions, 1995
- A quoi sert la sociologie des organisations ?, Ed. Seli Arslan, 2000
- Quand la France s'ouvrira..., Fayard, 2000
- Ma belle Epoque, Mémoires, Tome 1 : 1947-1969, Fayard, 2002.
- A contre-courant, Mémoires, Tome 2 : 1969-2000, Fayard, 2004

4.2

LA THEORIE DES ORGANISATIONS
LE SYSTÈME D'ORGANISATION BUREAUCRATIQUE
(extraits du livre de Michel Crozier "Le phénomène bureaucratique",
pages 242 à 261)



LES PROBLÈMES DE GOUVERNEMENT POSÉS PAR LE FONCTIONNEMENT
D'UNE ORGANISATION

LES DONNÉES ÉLÉMENTAIRES D'UN « CERCLE VICIEUX » BUREAUCRA-
TIQUE

L'étendue du développement des règles impersonnelles.

La centralisation des décisions.

*L'isolement de chaque catégorie hiérarchique et la pression du groupe sur
l'individu.*

Le développement de relations de pouvoir parallèles.

Le cercle vicieux.

LE PROBLÈME DU CHANGEMENT DANS UN SYSTÈME D'ORGANISATION
BUREAUCRATIQUE

L'analyse de Gouldner [...] reste statique. Au mieux on pourrait la considérer comme cyclique, les phases de bureaucratisation, puis de repersonnalisation, des rapports humains alternant en fonction des accidents de succession.

Finalement toutes ces contributions sont limitées par les théories du comportement humain sur lesquelles elles reposent et qui sont les mêmes que celles dont se sont servi les praticiens et les chercheurs en « relations humaines ». Si l'on veut aller plus loin, il faut absolument admettre que les membres d'une organisation ne sont pas seulement mus par des motivations d'ordre affectif, mais agissent comme des acteurs autonomes avec leur stratégie propre, c'est-à-dire faire toute leur place aux problèmes de relations de pouvoir que nous avons analysés au cours du chapitre précédent. Nous allons le tenter en examinant tout d'abord dans leur ensemble les problèmes de gouvernement que pose le fonctionnement d'une organisation, et dont les relations de pouvoir constituent seulement les conséquences opérationnelles.

LES PROBLÈMES DE GOUVERNEMENT POSÉS PAR LE FONCTIONNEMENT D'UNE ORGANISATION

La principale faiblesse des théories sociologiques de la bureaucratie, que nous venons d'examiner, tient au fait qu'elles cherchent à expliquer le développement et le maintien des processus « bureaucratiques » sans tenir compte des problèmes de gouvernement¹ que pose, de toute façon, le fonctionnement d'une organisation et auxquels ces processus bureaucratiques constituent une réponse. Avant d'aller plus loin, il nous semble donc nécessaire de réfléchir en termes de science politique au minimum d'exigences qu'impose la nécessaire existence de processus d'ordre politique au sein d'une organisation.

Toute organisation, quelle que soit sa structure, quels que soient ses objectifs et son importance, requière de ses membres un montant variable mais toujours important de conformité. Cette conformité sera obtenue, pour partie par contrainte, pour partie en faisant appel à la bonne volonté.

Toute action coopérative coordonnée demande que chaque participant puisse compter sur un degré suffisant de régularité de la part des autres participants. Ceci signifie, en d'autres termes, que toute organisation, quelle que soit sa structure, quels que soient ses objectifs et son importance, requière de ses membres un montant variable mais toujours important de conformité. Cette conformité sera obtenue, pour partie par contrainte, pour partie en faisant appel à la bonne volonté. Les deux types de motivation sont toujours mêlés, mais leur part respective et surtout leur forme peuvent varier beaucoup. Finalement la façon de parvenir à la conformité nécessaire constituera toujours le problème fondamental que pose le gouvernement d'une organisation.

Si nous passons en revue maintenant les moyens utilisés, au cours des siècles, par les organisations humaines pour obtenir de leurs membres la nécessaire conformité, des transformations profondes semblent caractériser les temps modernes. Il y a seulement encore deux siècles la conformité était obtenue grâce à des moyens directs violents,

¹ Nous employons le terme de gouvernement par analogie avec le vocabulaire de science politique

comportant une bonne part de contrainte ouverte. Une armée régulière efficace ne pouvait se continuer et se maintenir que grâce au dressage rigoureux du « drill » à la prussienne ; le rôle des surveillants dans les manufactures n'était pas très loin de celui des garde-chiourmes et les galères après tout avaient été dans une histoire pas si reculée une des « grandes organisations » de leur époque. Certes les idéologies de type religieux aidaient les subordonnés à intérioriser les buts des organisations dans lesquels ils s'enrôlaient, mais la bonne volonté qu'on obtenait ainsi n'était pas exempte non plus d'une certaine dose de terreur, car ces idéologies reposaient souvent sur le fanatisme et l'intolérance. Enfin et surtout il était impossible d'obtenir une conformité spécialisée et temporaire, c'est seulement à travers un engagement à vie que l'on pouvait s'assurer la fidélité de quelqu'un. Les individus appartenant à une organisation se trouvaient marqués profondément dans leur personnalité et pour toute leur vie par cette appartenance. Qu'ils soient membres de la maison Függer, de l'ordre des Jésuites ou de la garde prussienne, ils devaient se consacrer entièrement et sans la moindre réserve à leur fonction, un départ équivalait à une trahison. Aucune grande organisation ne pouvait être efficace, sans imposer des conditions aussi rigoureuses¹.

Une comparaison avec le fonctionnement des organisations modernes peut paraître un peu forcée. Mais elle semble indispensable, si l'on veut introduire un peu de mesure dans le débat traditionnel sur la standardisation et la mise en condition de l'homme moderne. Les organisations modernes en effet utilisent toute une série de pressions qui apparaissent par contraste extrêmement douces et respectueuses de la liberté d'autrui. Elles ont à faire pour commencer à un personnel qui a déjà intériorisé grâce à son éducation un grand nombre de normes qui rendent plus faciles la coopération et le respect de la conformité que celle-ci implique ; le citoyen et le producteur moderne ont en effet acquis au cours d'un beaucoup plus long apprentissage de la vie sociale une capacité générale à s'adapter et à se « conformer » aux règles qu'impose la participation à des organisations. En outre d'énormes progrès ont été accomplis dans le domaine de la formation et il ne semble plus nécessaire d'obliger les subordonnés à passer des mois à apprendre par cœur les détails de procédures auxquelles on les force ainsi à s'identifier.

Mais le point, le plus important peut-être, concerne maintenant les techniques de prévision. Que l'on puisse désormais comprendre et de ce fait, prédire beaucoup mieux le comportement des individus au sein d'une organisation, permet de se contenter d'une conformité plus spécialisée et plus temporaire. Les organisations modernes peuvent beaucoup plus facilement tolérer la déviance et les engagements partiels. Le gouvernement d'une organisation, en conséquence, peut maintenant reposer davantage sur des moyens indirects et d'ordre rationnel. La structure des communications, l'organi-

¹ Les sociologues ont jusqu'à présent beaucoup trop négligé la réserve de connaissances très importante et par certains côtés capitale que constituent les documents que nous possédons sur le fonctionnement des premières grandes organisations commerciales des premières armées permanentes et des ordres religieux. La théorie des organisations pourrait être éclairée par le renouveau de telles études dans un esprit plus sociologique. Il vaudrait la peine d'étudier en particulier les analogies du point de vue des formes d'organisation entre les ordres religieux dont les fonctions furent d'ailleurs souvent économiques et les premières grandes organisations commerciales comme celle des marchands hanséatiques. Pour une première réflexion de cet ordre on peut consulter les travaux de l'historien et sociologue américain Sigmund Diamond sur le fonctionnement des grandes compagnies coloniales et le passage de l'organisation privée à la société complexe.

sation des circuits de production, l'aménagement technique des postes de travail, les stimulations d'ordre économique et éventuellement des calculs rationnels plus complexes ont pris finalement beaucoup plus d'importance que les traditionnelles contraintes et les idéologies exclusives des corps et des castes d'autrefois. L'aspect punitif de l'exigence de conformité tend à décliner ; certes la contrainte reste toujours nécessaire en dernière analyse, mais ne peut plus être utilisée que dans des limites précises et les membres de l'organisation n'ont plus besoin de la voir opérer effectivement pour tenir compte dans leur calcul de la nécessité des règles qu'elle sert à imposer.

Ces quelques remarques de bon sens visaient avant tout à rappeler que contrairement à ce que nous laisseraient croire certaines généralisations trop rapides, les traits « bureaucratiques » qui soulèvent l'indignation du public avaient beaucoup plus de chances de se produire dans les organisations de type ancien que dans les organisations d'aujourd'hui. Le déplacement des buts en constitue le meilleur exemple. Des employés traditionnels conditionnés par un apprentissage rigoureux, engagés à vie dans une occupation et dans un rôle avec lesquels leur personnalité va de ce fait tendre à se confondre risquent beaucoup plus d'être affectés par le « déplacement des buts » et le « ritualisme » que des subordonnés modernes qui sont seulement temporairement spécialisés dans un emploi, dans une atmosphère de beaucoup plus grande tolérance, même quand leur spécialisation - comme c'est souvent le cas - est plus étroite.

**La rigidité d'une organisation ne tient pas seulement aux pressions qui viennent d'en haut.
Les subordonnés se servent aussi de la conformité pour lier la direction et se protéger ainsi contre elle.
Si ces deux pressions opposées se stabilisent en laissant trop peu de marge d'initiative pour faire face aux difficultés, l'organisation en cause devient très profondément rigide.**

Mais l'influence, au sein d'une organisation, des méthodes de gouvernement utilisées ne doit pas être envisagée seulement comme si ces méthodes répondaient avant tout à des objectifs d'efficacité. La rigidité d'une organisation ne tient pas seulement aux pressions qui viennent d'en haut. L'exigence de conformité, contrairement à une opinion trop souvent répandue n'est pas à sens unique. Les subordonnés se servent aussi de la conformité pour lier la direction et se protéger ainsi contre elle. Il s'agit là d'un autre aspect de ces luttes pour le pouvoir que nous avons étudiées au chapitre précédent. Les subordonnés acceptent de jouer ce jeu qui leur est imposé dans la mesure où ils peuvent s'en servir dans leur propre intérêt et en tirer parti, par exemple pour obliger la direction à respecter leur autonomie personnelle. Si ces deux pressions opposées se stabilisent en laissant trop peu de marge d'initiative pour faire face aux difficultés, l'organisation en cause devient très profondément rigide.

C'était le cas de ces administrations d'autrefois où sévissaient les employés « ritualistes » qui tenaient avant tout à suivre leurs instructions à la lettre et refusaient de tenir compte de la réalité à laquelle ils devaient faire face. Leur incapacité n'était pas seulement une incapacité apprise, la simple conséquence de la déformation subie par quelqu'un qu'on a laissé trop longtemps dans le moule, elle tenait au type de jeu supérieur

- subordonné que l'on jouait alors dans ces organisations. C'est parce qu'il avait besoin de protection en cas d'erreur, à cause des risques que lui faisait courir le système punitif de contrôle auquel il était soumis, que le bureaucrate « ritualiste » se servait des règles, aussi bien contre sa propre organisation que contre le client. Son « ritualisme » était une pièce essentielle de son jeu et il lui valait considération et égards de la part de l'une comme de l'autre. Le comportement bureaucratique dont on l'accusait n'était donc pas la conséquence directe de la faiblesse de la nature humaine, comme on aurait pu le croire en lisant Merton, mais résultait finalement de la façon dont la conformité nécessaire était obtenue dans son organisation et du type de rationalité qui prévalait chez elle à une époque où il semblait impossible de comprendre et de prévoir les situations complexes auxquelles on aurait à faire face et où on n'avait pas encore réussi à élaborer à l'avance des séries de programmes souples permettant de s'y adapter de façon plus rationnelle.

Même dans un cas plus moderne et plus complexe comme celui de l'Agence comptable parisienne, nous retrouvons en partie au moins ce schéma. Les chefs de section et les chefs de centre qui préfèrent prendre des décisions consacrant la routine plutôt que d'avoir à faire face à des difficultés d'ordre affectif avec leurs subordonnés et à des risques possibles d'échec, ne se retranchent plus comme leurs prédécesseurs derrière les formes et les rites mais ils jouent le même type de jeu. Leurs comportements participent d'un ensemble de processus organisationnels plus complexes, mais sont finalement toujours le résultat des négociations entre les divers groupes, et entre chacun de ces groupes et l'ensemble de l'organisation, sur la façon d'imposer et de respecter la conformité et la rationalité nécessaire à la bonne marche de l'organisation.

Quelle qu'elle soit néanmoins, aucune organisation moderne ne peut échapper à la nécessité du changement ; elle est constamment contrainte de s'adapter aux transformations de son environnement et aux transformations moins visibles, mais tout aussi profondes de son personnel. Elle ne peut survivre si elle ne reste pas suffisamment souple et capable d'adaptation. Pour y parvenir - si vague que soit cette condition, elle n'en est pas moins impérative - elle doit faire confiance à l'initiative et à la faculté d'invention de certains individus et de certains groupes¹.

Dans le cadre traditionnel du marché, c'est l'entrepreneur qui a le monopole d'une telle capacité d'adaptation. Mais la souplesse à laquelle on parvient ainsi n'est possible que si les unités économiques restent petites.

Cette nécessité de souplesse qui ne peut manquer de peser dans le choix des modes de gouvernement, va à l'encontre d'une conception mécaniste du fonctionnement d'une organisation. Dans la plupart des cas, jusqu'à présent, il y a eu conflit entre les deux objectifs considérés comme contradictoires d'efficacité dans l'instant et de capacité d'adaptation au changement ; les solutions trouvées ont été des compromis dont la teneur dépendait essentiellement de la pression de l'environnement et du caractère plus ou moins changeant de la réalité à laquelle l'organisation devait faire face. Il ne faudrait pas croire cependant que « l'incertitude du marché » soit, en tant que telle, un

¹ Dans le cadre traditionnel du marché, c'est l'entrepreneur qui a le monopole d'une telle capacité d'adaptation. Mais la souplesse à laquelle on parvient ainsi n'est possible que si les unités économiques restent petites.

obstacle suffisant à la rigidité des organisations. On peut soutenir, au contraire, que des conditions d'incertitude extrêmes risquent d'amener davantage de conformité et de rigidité dans la mesure où il apparaîtra vain d'essayer de s'adapter à des situations totalement imprévisibles. L'absence complète d'incertitude en revanche, qui permet de prescrire dans les plus petits détails tous les comportements auxquels devront faire face les membres de l'organisation, peut amener une rigidité d'un autre ordre certes, mais tout aussi forte. En fait on a tendance à échapper à la pression de la réalité aux deux extrêmes, quand il est trop difficile d'y faire face ou quand c'est devenu trop facile.

Dans toute organisation, de toute façon, on retrouve la même tentation très forte d'échapper à la réalité. Cette tentation, à laquelle toutes les organisations succombent au moins partiellement correspond exactement au «phénomène bureaucratique» que nous avons cherché à définir.

Dans toute organisation, de toute façon, on retrouve la même tentation très forte d'échapper à la réalité. Cette tentation, à laquelle toutes les organisations succombent au moins partiellement correspond exactement au « phénomène bureaucratique » que nous avons cherché à définir. Des règles impersonnelles, éliminant arbitrairement les difficultés, une centralisation rendant impossible une connaissance suffisante des faits, constituent autant de moyens « bureaucratiques » d'éviter des adaptations et des changements qui autrement apparaîtraient inévitables.

Dans la plupart des cas toutefois, de telles « conduites de fuite » ne peuvent aller trop loin. L'organisation est soumise à la pression d'une multitude d'informations qui la renseignent sur les conséquences de ses activités, ce qui l'oblige à tenir compte de ses erreurs et à les corriger. Nous proposons d'appeler « système bureaucratique d'organisation » tout système d'organisation dans lequel le circuit, erreurs-informations-corrrections fonctionne mal et où il ne peut y avoir, de ce fait, correction et réadaptation rapide des programmes d'action, en fonction des erreurs commises, En d'autres termes, *une organisation bureaucratique serait une organisation qui n'arrive pas à se corriger en fonction de ses erreurs*. Les modèles d'action « bureaucratiques » auxquels elle obéit, tels que l'impersonnalité des règles et la centralisation des décisions se sont si bien stabilisés qu'ils sont devenus partie intégrante de son équilibre interne et que quand une règle ne permet pas d'effectuer les activités prescrites de façon adéquate, la pression qui naîtra de cette situation dysfonctionnelle n'aboutira pas à l'abandon de cette règle, mais au contraire à son extension et à son renforcement.

Il va de soi que cette définition toute théorique ne peut s'appliquer directement et complètement dans la réalité. Mais son caractère relativement abstrait et général va nous permettre d'élaborer un modèle plus complexe.

LES DONNÉES ÉLÉMENTAIRES D'UN « CERCLE VICIEUX » BUREAUCRATIQUE

Essayons d'élaborer dans la perspective que nous venons de tracer un modèle de « système bureaucratique » qui puisse rendre compte de tous les traits caractéristiques que nous avons décrits et analysés, aussi bien dans le cas de l'Agence comptable pari-

sienne que dans celui du Monopole Industriel. Le modèle que nous proposerons restera relativement limité, puisque nos données de base sont uniquement Françaises et qu'elles ne sont même pas représentatives de la France et de l'administration publique française. Mais il pourra nous servir de point de départ pour imaginer les autres modèles possibles et pour nous demander s'il n'y a pas des traits et éventuellement un modèle sous-jacent communs à tous les systèmes bureaucratiques.

Nous allons raisonner pour commencer à partir des données élémentaires du « cercle vicieux » bureaucratique que nous avons pu observer dans le fonctionnement au jour le jour de l'Agence comptable et du Monopole industriel. Cette discussion nous permettra d'élaborer un premier modèle statique comparable à tous égards à ceux de Meriton et de Gouldner. Ce premier modèle ne constituera toutefois qu'une étape avant d'aborder l'étude des réactions d'un système bureaucratique au changement et les possibilités de changement même de tout l'ensemble qu'il représente. C'est dans cette dernière perspective seulement que nous pourrions discuter dans toute son ampleur le problème que pose la permanence d'un certain type d'équilibre, malgré et à travers la transformation de tous ses éléments.

Quatre traits essentiels permettent dans nos deux cas de rendre compte de la rigidité des routines que nous avons observées : l'étendue du développement des règles impersonnelles. La centralisation des décisions, l'isolement de chaque strate ou catégorie hiérarchique et l'accroissement concomitant de la pression du groupe sur l'individu, le développement de relations de pouvoir parallèles autour des zones d'incertitude qui subsistent. Nous allons analyser successivement chacun d'eux.

L'étendue du développement des règles impersonnelles.

Des règles impersonnelles définissent dans le plus petit détail les diverses fonctions et prescrivent la conduite à tenir par leurs occupants dans le plus grand nombre possible d'éventualités. Des règles également impersonnelles président aux choix des personnes appelées à remplir ces fonctions ; dans nos deux cas comme dans les autres secteurs de la fonction publique française, la haute fonction publique mise à part, deux principes gouvernent ces choix : le principe du concours ouvert à tous qui règle les passages d'une grande catégorie hiérarchique une autre et le principe de l'ancienneté qui règle à l'intérieur de chaque catégorie, la répartition des postes, les transferts de poste à poste et les augmentations d'indice. La personnalité des candidats, les résultats qu'ils obtiennent dans leur travail, leur efficacité et leur imagination ne peuvent et ne doivent absolument pas entrer en ligne de compte, ni dans les épreuves des concours ni dans l'application de règles d'ancienneté qui reposent uniquement sur l'appréciation des qualités les plus abstraites et les plus impersonnelles.

Un tel système naturellement ne peut s'appliquer à la lettre et il ne manque pas de susciter des exceptions. Par comparaison cependant il apparaît extrêmement rigoureux. Au sein de l'Agence comptable parisienne par exemple, on s'en souvient, le comportement au travail de tous les employés et de tous les petits cadres est prescrit avec minutie. Toutes les opérations qu'ils doivent accomplir sont prévues et on leur indique la manière de les accomplir, le « mode opératoire » unique auquel ils doivent se conformer ; l'ordre de leur succession lui-même est spécifié. Sur le plan de la carrière, il y a eu, au cours de la période de crise sociale et politique de la « Libération », de très nombreuses « intégrations » qui ne respectaient pas la règle du concours. Mais si ces intégrations n'ont pas été remises en cause par la suite, aucune exception nouvelle n'a

été acceptée depuis. En ce qui concerne les emplois d'encadrement enfin, la règle d'ancienneté ne peut s'appliquer intégralement pour des emplois de cadres, mais les exceptions ne sont possibles qu'au bout de vingt ans de promotion à l'ancienneté. Au sein du Monopole industriel, les règles sont appliquées de façon encore plus stricte. Les passages de catégorie à catégorie ont été extrêmement rares au cours des derniers cinquante ans et l'ancienneté prévaut jusque dans les rangs des membres de la direction.

La combinaison de ces deux séries de règles concernant à la fois la fonction et la carrière assurent au fonctionnaire une indépendance et une sécurité totales.

La combinaison de ces deux séries de règles concernant à la fois la fonction et la carrière assurent au fonctionnaire une indépendance et une sécurité totales. Rien n'est laissé à l'arbitraire et à l'initiative individuels. La tâche journalière de chacun, ses chances d'en obtenir une autre, son statut et son avenir dans l'organisation peuvent être prédits à l'avance assez exactement. Dans un tel système, comme nous l'avons établi, les relations de dépendance personnelle tendent à disparaître ou du moins à perdre beaucoup de leur importance. Si tout arbitraire et même toute initiative individuelle dans la définition des fonctions de ses subordonnés et dans leur affectation aux diverses fonctions sont interdits, le chef hiérarchique perd tout pouvoir sur eux. Son rôle se borne à contrôler l'application des règles. En contrepartie, comme nous l'avons vu, les subordonnés perdent aussi leur pouvoir de pression sur leurs supérieurs et leurs possibilités de négociation avec eux dans la mesure où leur comportement se trouve entièrement déterminé par les règles¹.

Si tout arbitraire et même toute initiative individuelle dans la définition des fonctions de ses subordonnés et dans leur affectation aux diverses fonctions sont interdits, le chef hiérarchique perd tout pouvoir sur eux. Son rôle se borne à contrôler l'application des règles. En contrepartie, comme nous l'avons vu, les subordonnés perdent aussi leur pouvoir de pression sur leurs supérieurs et leurs possibilités de négociation avec eux dans la mesure où leur comportement se trouve entièrement déterminé par les règles.

Du fait de l'existence de ces règles, chaque membre de l'organisation se trouve donc protégé à la fois contre la pression de ses supérieurs et contre celle de ses subordonnés ; mais cette protection est, aussi un isolement et sa conséquence est double ; d'une part il est privé de toute initiative et soumis totalement à des règles qui lui sont imposées du dehors et d'autre part il vit complètement libre de tout lien de dépendance personnelle ; il ne craint personne et se trouve presque aussi indépendant de ce point de

¹ Nous nous permettons de renvoyer le lecteur à ce passage du chapitre précédent, pages 214-216, dans lequel nous avons essayé de préciser le jeu joué par les supérieurs et les subordonnés dans leurs rapports mutuels.

vue que s'il n'était pas salarié. Ce type de rapports humains fait perdre aux relations entre supérieurs et subordonnés leur importance affective aussi bien pour les supérieurs que pour les subordonnés. Comme nos résultats l'ont bien montré, aussi bien pour l'Agence comptable que pour le Monopole industriel, nous ne trouvons plus, entre les catégories qui dépendent hiérarchiquement l'une de l'autre, que des relations conventionnelles, ayant perdu toute signification affective.

Pratiquement, il est vrai, il est rare qu'un système d'organisation puisse aboutir à un tel degré de rigueur. Il reste toujours un peu d'incertitude, ce qui laisse aux protagonistes un certain jeu à l'intérieur du cadre délimité par les règles. Les rapports de dépendance et la négociation en conséquence ne peuvent jamais être supprimés. La pratique de la grève du zèle par exemple constitue pour de nombreuses catégories de fonctionnaires le moyen de montrer que la soumission à la règle ne peut suffire à assurer la fonction qui leur est impartie et que la direction en conséquence doit négocier, si elle veut obtenir leur coopération.

La centralisation des décisions.

Le pouvoir de décision à l'intérieur d'un système d'organisation bureaucratique tend à se situer aux endroits où l'on donnera naturellement la préférence à la stabilité du système interne « politique » sur les buts fonctionnels de l'organisation.

Le pouvoir de décision à l'intérieur d'un système d'organisation bureaucratique tend à se situer aux endroits où l'on donnera naturellement la préférence à la stabilité du système interne « politique » sur les buts fonctionnels de l'organisation. Ce trait est le corollaire du précédent. Si l'on veut sauvegarder les relations d'impersonnalité, il est indispensable que toutes les décisions qui n'ont pas été éliminées par l'établissement de règles impersonnelles, soient prises à un niveau où ceux qui vont en avoir la responsabilité soient à l'abri des pressions trop personnelles de ceux qui seront affectés par ces décisions.

En conséquence, le pouvoir de prendre des décisions pour interpréter et compléter les règles et aussi bien celui de changer les règles et d'en édifier de nouvelles aura tendance à s'éloigner de plus en plus des cellules d'exécution, ou de façon plus générale, du niveau hiérarchique où elles seront appliquées.

En conséquence, le pouvoir de prendre des décisions pour interpréter et compléter les règles et aussi bien celui de changer les règles et d'en édifier de nouvelles aura tendance à s'éloigner de plus en plus des cellules d'exécution, ou de façon plus générale, du niveau hiérarchique où elles seront appliquées. Si la pression en faveur de l'impersonnalité est forte, cette tendance à la centralisation sera irrésistible. Elle se traduira concrètement par une priorité donnée aux problèmes « politiques » internes - lutte contre le favoritisme et l'arbitraire, sauvegarde de l'équilibre entre les différentes parties du système - par rapport aux problèmes d'adaptation à l'environnement qui demanderaient que les décisions soient prises à un niveau où l'on connaisse mieux ses

particularités et son évolution. L'arbitraire et l'initiative individuelle sur le terrain, sur le plan de la fonction assumée, de l'activité économique ou des rapports avec le public ne pourraient manquer en effet d'introduire des différences, donc de l'arbitraire sur le plan des rapports humains et par voie de conséquence de nouveaux rapports de dépendance. La centralisation est donc le second moyen d'éliminer l'arbitraire, le pouvoir discrétionnaire de l'être humain au sein d'une organisation. Le prix que l'organisation doit payer est celui d'une plus grande rigidité. Ceux qui décident ne connaissent pas directement les problèmes qu'ils ont à trancher ; ceux qui sont sur le terrain et connaissent ces problèmes n'ont pas les pouvoirs nécessaires pour effectuer les adaptations et pour expérimenter les innovations devenues indispensables.

Le cas de l'Agence comptable parisienne peut être considéré comme le meilleur exemple d'une telle centralisation. Et c'est pourquoi nous avons attaché tant d'importance à une analyse en profondeur des relations réciproques entre cadres supérieurs et cadres subalternes. De telles relations mettaient en évidence le dilemme auquel doit faire face une organisation bureaucratique et le choix qu'elle sera forcée de faire. Mais les mêmes pressions, il ne faut pas l'oublier, sont à l'œuvre dans les rapports entre l'Agence et le Ministère et on le retrouve dans les rapports entre la Direction générale et les usines du Monopole et à l'intérieur même de chaque usine, où, comme nous l'avons souligné, le directeur et le directeur-adjoint doivent décider personnellement de tous les problèmes humains des ateliers sur lesquels il leur est absolument impossible d'avoir des informations de première main ou même suffisamment sûres. De façon générale on peut soutenir que des modèles de répartition du pouvoir de cet ordre sont extrêmement répandus dans l'administration publique française et sont à la source de toutes les pratiques centralisatrices si souvent dénoncées.

L'isolement de chaque catégorie hiérarchique et la pression du groupe sur l'individu.

La suppression des possibilités d'intervention arbitraire des supérieurs et la suppression concomitante des possibilités de pression personnelle des subordonnés, du fait du développement d'un système de règles impersonnelles et de la centralisation des décisions entraînent une conséquence très importante qui constitue un autre trait fondamental d'un système d'organisation bureaucratique comme ceux que nous avons examinés : chaque catégorie hiérarchique, chaque strate, va se trouver complètement isolée de toutes les autres strates, aussi bien supérieures que subordonnées. Une organisation bureaucratique de ce type va donc se trouver composée d'une série de strates superposées, communiquant très peu entre elles. Et les barrières entre strates seront telles qu'il y aura très peu de place pour le développement possible de groupes ou de clans qui pourraient grouper des membres de plusieurs strates.

L'individu membre d'une strate va se trouver déterminé avant tout par ses intérêts de groupe et il lui sera impossible d'échapper au contrôle de ses pairs. Toute velléité d'indépendance de sa part sur les points qui touchent aux intérêts communs va se trouver impitoyablement sanctionnée.

Cet isolement de chaque strate va s'accompagner, il est facile de le comprendre, d'une pression extrêmement forte du groupe de pairs constitué par l'ensemble des membres de la strate sur chacun des individus qui la composent. Si en effet la pression hiérar-

chique diminue et s'il ne peut se développer de groupe informel rassemblant des membres de différentes strates, le groupe des pairs, le groupe des égaux membres de la même strate devient la seule force intermédiaire capable de s'interposer entre l'individu et l'organisation. En outre, puisqu'il doit y avoir toujours égalité complète entre les membres de la même strate, les seules différences reconnues étant déterminées par l'influence d'un facteur impersonnel, l'ancienneté, les conflits à l'intérieur de la strate vont être remplacés par des conflits entre eux. L'individu membre d'une strate va se trouver déterminé avant tout par ses intérêts de groupe et il lui sera impossible d'échapper au contrôle de ses pairs. Toute velléité d'indépendance de sa part sur les points qui touchent aux intérêts communs va se trouver impitoyablement sanctionnée.

Enfin la pression du groupe des pairs devient le seul facteur de régulation du comportement en dehors des règles. Puisque la pression hiérarchique et la sanction que donne la comparaison des résultats individuels se trouvent réduites, sinon éliminées, les individus ne peuvent trouver de mesure à leur effort qu'en se conformant aux règles impersonnelles et aux normes de leur catégorie professionnelle et hiérarchique qui se superposent à ces règles pour les interpréter et pour les compléter. Ils se trouvent donc complètement soumis à une détermination collective¹.

Le « ritualisme » et le « déplacement des buts »

La pression du groupe des pairs constitue à notre avis un des éléments essentiels dont on doit tenir compte pour comprendre « l'esprit de corps » des bureaucrates et leur « ritualisme ». Le « déplacement des buts » n'a de sens que parce qu'il constitue pour le groupe des pairs un moyen indispensable de se protéger contre les autres groupes et contre l'organisation. L'impersonnalité des tâches et des réglementations tracassières peuvent se développer dans de grandes organisations modernes, sans avoir les mêmes conséquences en ce qui concerne le ritualisme. Ces mêmes forces prennent une importance décisive dans un système d'organisation bureaucratique, parce que l'isolement de chaque strate lui permet de contrôler complètement ce qui est de son domaine et d'ignorer les buts généraux de l'organisation. On peut même aller plus loin et soutenir que pour obtenir le meilleur résultat possible dans sa négociation avec le reste de l'organisation une strate doit prétendre que sa fonction particulière constitue une fin en soi. Dans cette dernière perspective, le ritualisme des membres devient un élément important dans la stratégie du groupe. Il permet au groupe de s'affirmer comme différent, de prétendre que ses objectifs particuliers sont des objectifs généraux ou sont les objectifs intermédiaires décisifs, dont dépend la possibilité de parvenir aux objectifs généraux. Enfin et en même temps il renforce la solidarité des membres du groupe.

¹ L'importance prépondérante de cette détermination se traduisait de façon concrète dans nos deux cas. L'enquête sur le Monopole industriel a permis d'en apprécier certaines conséquences. On se souvient en particulier de la concordance remarquable des réponses des membres d'un même groupe, sur tous les points ayant une importance pour la vie du groupe, et en même temps de l'écart considérable qui s'est révélé entre des opinions privées éventuellement non conformistes et les opinions exprimées publiquement très sagement officielles.

... pour obtenir le meilleur résultat possible dans sa négociation avec le reste de l'organisation une strate doit prétendre que sa fonction particulière constitue une fin en soi.

De toute façon on peut relever, de ce point de vue, une profonde opposition entre un employé dépendant d'un système d'organisation très « bureaucratique » et un employé d'un système d'organisation qui l'est moins. Le ritualisme est un atout pour le premier, car ses possibilités d'avancement et de bonne adaptation à l'organisation dépendent de son statut dans le groupe et du statut du groupe dans l'organisation. Il est un inconvénient grave pour le second dont les chances de succès dépendent avant tout de sa capacité à passer d'un groupe à l'autre et de démontrer qu'il est capable de sacrifier les objectifs étroits de son travail et de son groupe et de comprendre les objectifs plus généraux de l'organisation¹.

... l'écart considérable qui s'est révélé entre des opinions privées éventuellement non conformistes et les opinions exprimées publiquement très sagement officielles.

Le développement de relations de pouvoir parallèles.

Nous avons déjà longuement analysé ce problème du développement des relations de pouvoir parallèles dans le chapitre précédent. Essayons maintenant de résumer nos conclusions, en les reformulant en termes plus généraux. Quels que soient les efforts déployés, il est impossible d'éliminer toutes les sources d'incertitude à l'intérieur d'une organisation en multipliant les règles impersonnelles et en développant la centralisation. Autour des zones d'incertitude qui subsistent, des relations de pouvoir parallèles vont se développer et, avec elles, des phénomènes de dépendance et des conflits. Les individus ou les groupes qui contrôlent une source permanente d'incertitude dans un système de relations et d'activités dans lequel le comportement de chacun peut être prévu à l'avance, disposeront d'un certain pouvoir sur ceux dont la situation pourrait être affectée par cette incertitude. Bien plus, leur situation stratégique sera d'autant meilleure et le pouvoir qui en découle d'autant plus grand, que les sources d'incertitudes seront moins nombreuses. C'est dans un système d'organisation très « bureaucratique » où la hiérarchie est claire et la définition des tâches précises que les pouvoirs parallèles auront le plus d'importance. Ce paradoxe trouve de très faciles confirmations dans les constants exemples signalés dans des administrations publiques où d'obscurs employés de grade peu élevé peuvent avoir un rôle décisif dans la solution d'affaires importantes, simplement du fait qu'ils occupent une situation stratégique dans un système d'organisation trop bien réglé. Il permet d'expliquer ainsi que

¹ Cette opposition est rarement aussi tranchée dans la pratique, puisque dans la plupart des cas, même dans des organisations peu bureaucratiques, le groupe des pairs continue à avoir une influence considérable sur le comportement et les perspectives de ses membres.

certains groupes réussissent à maintenir des privilèges exorbitants dans un milieu dont, par ailleurs, la règle fondamentale est l'égalité.

C'est dans un système d'organisation très «bureaucratique», où la hiérarchie est claire et la définition des tâches précises, que les pouvoirs parallèles auront le plus d'importance.

Il permet d'expliquer ainsi que certains groupes réussissent à maintenir des privilèges exorbitants dans un milieu dont, par ailleurs, la règle fondamentale est l'égalité.

Des relations de pouvoir parallèles peuvent se développer à l'intérieur de la ligne hiérarchique normale. La plupart du temps cependant elles se développent en dehors d'elle comme dans l'exemple du Monopole industriel, ce qui implique une distorsion plus grande encore du système de relations humaines. Les catégories d'experts, de ce point de vue, sont souvent des groupes privilégiés dans la mesure où leurs tâches ne peuvent être définies et contrôlées de façon précise. Ils réussissent en effet généralement à obtenir une autonomie dans le genre de celle décrite par Selznick, dans son analyse du cercle vicieux de la spécialisation à la T.V.A. A première vue on peut s'étonner de la coexistence de cette autonomie et de cette spécialisation dans le cadre de la centralisation administrative. Ce n'est pourtant ni un hasard ni un paradoxe. C'est en effet dans le cadre général d'un système de règles impersonnelles et de centralisation et à cause de la rigidité même de ce système que les privilèges des groupes d'expert peuvent se développer et se maintenir le plus longtemps.

Le cercle vicieux.

Un système d'organisation bureaucratique est un système d'organisation dont l'équilibre repose sur l'existence d'une série de cercles vicieux relativement stables, qui se développent à partir du climat d'impersonnalité et de centralisation.

La caractéristique essentielle du système d'organisation bureaucratique est que les difficultés, les mauvais résultats et les frustrations qui découlent de l'existence des quatre traits fondamentaux que nous venons d'analyser, tendent finalement à développer de nouvelles pressions qui renforcent le climat d'impersonnalité et de centralisation qui leur a donné naissance. En d'autres termes un système d'organisation bureaucratique est un système d'organisation dont l'équilibre repose sur l'existence d'une série de cercles vicieux relativement stables, qui se développent à partir du climat d'impersonnalité et de centralisation. Les schémas suggérés par Merton et Gouldner offrent de bons exemples de tels cercles vicieux. Mais il est possible d'en élaborer de nouveaux et d'intégrer les anciens dans des schémas de plus en plus complexes.

Nous avons déjà repris la discussion de Merton sur le « déplacement des buts ». Nous avons essayé de montrer que, dans notre perspective, un tel phénomène ne devait pas seulement s'expliquer par la rigidité de la personnalité humaine qui garderait la mar-

que du moule auquel elle a été soumise, mais aussi et surtout par l'isolement des différentes strates en concurrence les unes avec les autres et qui se servent de ce qui devient alors pour elles une tactique pour renforcer leur influence. Les conséquences dysfonctionnelles du déplacement des buts - c'est-à-dire l'impossibilité d'avoir des relations satisfaisantes avec les clients, de communiquer fructueusement avec l'environnement et de s'y adapter heureusement, les difficultés éprouvées à accomplir les tâches fixées, la moindre productivité, etc. - ne pourront pas conduire le système à se réformer et à introduire plus de souplesse dans les rapports humains car le seul moyen d'action dont disposent les dirigeants qui au sommet de la pyramide pourraient le faire, consiste à élaborer de nouvelles règles et à accroître encore la centralisation. En contrepartie, les individus et les groupes qui ont à faire face directement sur le terrain à ces difficultés, ne font pas pression pour obtenir plus d'autonomie, ils cherchent au contraire à utiliser l'existence des dysfonctions dont ils souffrent pour améliorer leur position, vis-à-vis du public et de l'organisation. Leur lutte contre la centralisation n'aura pas pour objectif d'obtenir une meilleure adaptation de l'organisation à son environnement, mais de sauvegarder et de développer la rigidité qui les protège.

... les individus et les groupes qui ont à faire face directement sur le terrain à ces difficultés, ne font pas pression pour obtenir plus d'autonomie, ils cherchent au contraire à utiliser l'existence des dysfonctions dont ils souffrent pour améliorer leur position, vis-à-vis du public et de l'organisation. Leur lutte contre la centralisation n'aura pas pour objectif d'obtenir une meilleure adaptation de l'organisation à son environnement, mais de sauvegarder et de développer la rigidité qui les protège.

Le cercle vicieux de contrôle et de surveillance analysé par Gouldner peut lui aussi être élargi. Le raisonnement que Gouldner utilise est, on s'en souvient, le suivant : la prolifération des règles impersonnelles bureaucratiques réduit les tensions que suscite le besoin de surveillance ; mais en même temps l'hostilité suscitée par le climat bureaucratique et les mauvais résultats qu'il entraîne sur le plan pratique renforcent ce besoin. On peut aller plus loin et montrer que si le pouvoir de négociation du contremaître diminue, ce qui est la tendance naturelle dans tout système d'organisation bureaucratique, le cercle vicieux dépasse le simple rapport contremaître-exécutant et intéresse finalement l'ensemble des relations hiérarchiques à l'intérieur de l'organisation.

Le cas de l'Agence comptable parisienne constitue le meilleur exemple d'un tel cercle vicieux de surveillance et de contrôle se développant à partir des règles impersonnelles et de la centralisation. Les frustrations des différents groupes qui ne peuvent pas discuter des décisions qui vont les affecter et qui doivent soumettre leurs activités à une surveillance très étroite suscitent de telles pressions que les supérieurs ne se sentent pas assez solides pour y faire face et que les décisions sont toujours repoussées à un niveau hiérarchique suffisamment éloigné pour échapper au contact. Si les fonctionnaires qui doivent prendre des décisions ne sont plus au contact de ceux qui seront affectés par ces décisions, les tensions auront beau être réduites, les frustrations demeureront et travers elles la pression pour la centralisation. On pourrait naturellement imaginer de « débloquer » le système et de l'assouplir mais si l'on s'efforçait d'agir

dans cette direction on irait à l'encontre de la répugnance générale pour les relations de dépendance qui constitue un trait culturel d'une importance décisive. Cette répugnance, et cette peur se trouvent renforcées par toutes les frustrations que créent par ailleurs l'existence de relations de pouvoir parallèles dont nous avons vu qu'elles se développaient forcément dans un système d'organisation bureaucratique. Ces relations qui sont la conséquence directe de l'impersonnalité et de la centralisation bureaucratique tendent à créer une nouvelle pression pour plus de centralisation et d'impersonnalité.

On pourrait naturellement imaginer de « débloquer » le système et de l'assouplir mais si l'on s'efforçait d'agir dans cette direction on irait à l'encontre de la répugnance générale pour les relations de dépendance qui constitue un trait culturel d'une importance décisive.

Vu avec un peu de recul, le modèle sous-jacent qui caractérise un système bureaucratique d'organisation et qui détermine la permanence de tous ces cercles vicieux pourrait se résumer ainsi : la rigidité avec laquelle sont définis le contenu des tâches, les rapports entre les tâches et le réseau de relations humaines nécessaire à leur accomplissement, rendent difficiles les communications des groupes entre eux et avec l'environnement. Les difficultés qui en résultent, au lieu d'imposer une refonte du modèle, sont utilisées par les individus et les groupes pour améliorer leur position dans la lutte pour le pouvoir au sein de l'organisation. Ces comportements suscitent de nouvelles pressions pour l'impersonnalité et la centralisation car l'impersonnalité et la centralisation offrent, dans un tel système, la seule solution possible pour se débarrasser des privilèges abusifs que ces individus et ces groupes ont acquis.

Ce schéma d'interprétation, on le remarquera, n'est plus fondé sur les réactions passives du « facteur humain » mais sur la reconnaissance de la nature active de l'agent humain qui cherche de toute façon et en toutes circonstances à tirer le meilleur parti possible de tous les moyens à sa disposition.

LE PROBLÈME DU CHANGEMENT DANS UN SYSTÈME D'ORGANISATION BUREAUCRATIQUE

Complétons notre première formule : un système d'organisation bureaucratique est un système d'organisation incapable de se corriger en fonction de ses erreurs et dont les dysfonctions sont devenues un des éléments essentiels de l'équilibre. L'interprétation qu'un tel modèle suppose est moins vulnérable aux critiques que les théories antérieures de la bureaucratie fondées sur les relations humaines. C'est en effet un modèle plus général et plus systématique et qui met au premier plan des choix rationnels au lieu du poids des sentiments, mais il reste encore inadéquat dans la mesure où il ne peut nous donner la possibilité de comprendre les conditions de développement et les limites du phénomène bureaucratique. C'est un modèle statique et descriptif.

Un système d'organisation bureaucratique est un système d'organisation incapable de se corriger en fonction de ses erreurs et dont les dysfonctions sont devenues un des éléments essentiels de l'équilibre.

Si nous voulons aller plus loin, la question décisive qu'il nous faut aborder maintenant est celle du changement. Toute organisation, quelle que soit sa fonction et quels que soient ses buts et son environnement, doit faire face en effet à des transformations qui lui sont imposées aussi bien de l'extérieur et de l'intérieur. Et, s'il est indispensable, d'un point de vue méthodologique, d'étudier tout d'abord l'équilibre régulier de son fonctionnement quotidien, afin de découvrir les modèles d'action qui sont les siens, sa façon de réagir au changement et d'en contrôler les effets permet seule de comprendre la signification profonde des routines, dont une analyse fonctionnelle avait pu seulement démonter le mécanisme.

La première remarque qui s'impose, dans cette perspective concerne le problème de la rigidité. Un système d'organisation dont la principale caractéristique est la rigidité ne peut naturellement pas s'adapter facilement au changement et tendra à résister à toute transformation. Et pourtant le changement est permanent au sein des organisations modernes. Il affecte les services rendus, les clients ou le public auxquels on s'adresse, les techniques dont on se sert et jusqu'aux attitudes et aux capacités du personnel qu'on emploie. Les transformations nécessaires peuvent être graduelles et quasi constantes, si les agents de l'organisation qui sont conscients de leur nécessité, car ils en ont une expérience directe, ont la possibilité d'introduire les innovations nécessaires ou d'obtenir facilement des autorités hiérarchiques compétentes qu'elles le fassent. Mais, comme nous l'avons déjà souligné, les organisations « bureaucratiques » ne laissent pas de telles initiatives aux échelons inférieurs et s'arrangent pour éloigner les centres de décision des difficiles contacts avec les problèmes concrets¹. Les décisions concernant le moindre changement sont généralement prises au sommet. Cette concentration et l'isolement des diverses catégories qui l'accompagne rendent absolument impossible de concevoir une politique de changement graduel et permanent. Du fait du blocage du système de communications, les dirigeants ne peuvent ni recevoir d'avertissement préalable ni faire de prévisions sérieuses. Quand ils sont enfin avertis, ils ont de grandes difficultés à prendre des décisions à cause du poids des règles impersonnelles qui risquent d'en être affectées. Un système d'organisation bureaucratique par conséquent ne cède au changement que quand il a engendré des dysfonctions vraiment graves et qu'il lui est devenu impossible d'y faire face.

Un système d'organisation bureaucratique par conséquent ne cède au changement que quand il a engendré des dysfonctions vraiment graves et qu'il lui est devenu impossible d'y faire face.

Cependant, si un tel système est capable de résister au changement plus longtemps qu'un système moins bureaucratique, il va de soi qu'il finira bien néanmoins par chan-

¹ Surtout quand il s'agit de problèmes d'ordre humain.

ger car le changement est devenu la loi de nos sociétés. La rigidité bureaucratique ne peut donc se maintenir que dans certaines limites et les dysfonctions ne peuvent renforcer les cercles vicieux qui leur donnent naissance qu'à l'intérieur d'une certaine marge. La résistance au changement ne constitue donc qu'un des deux aspects du problème. L'autre aspect qui est tout aussi important et qu'on semble constamment ignorer, c'est la façon très particulière avec laquelle une organisation bureaucratique s'adapte au changement.

On attendra pour effectuer un changement qu'une dysfonction soit devenue assez grave pour menacer la survie même de l'organisation. Les décisions prises s'appliqueront alors à l'ensemble de l'organisation et même, en particulier, aux secteurs qui n'étaient pas sérieusement affectés par les dysfonctions.

La logique de notre analyse suggère que dans un système bureaucratique le changement doit s'opérer de haut en bas et doit être universel, c'est-à-dire affréter l'ensemble de l'organisation en bloc. Le changement ne peut venir graduellement et sous forme de pièces et de morceaux. On attendra pour effectuer un changement qu'une dysfonction soit devenue assez grave pour menacer la survie même de l'organisation. Les décisions prises s'appliqueront alors à l'ensemble de l'organisation et même, en particulier, aux secteurs qui n'étaient pas sérieusement affectés par les dysfonctions. Le maintien de l'impersonnalité est à ce prix. On peut même soutenir que très souvent le changement aura pour première conséquence d'amener la progression de la centralisation, car il ne pourra avoir lieu qu'en brisant les privilèges locaux qui s'étaient développés du fait de l'inadéquation des règles.

Le rythme essentiel qui caractérise une organisation bureaucratique, c'est donc l'alternance de longues périodes de stabilité et de courtes périodes de crise et de changement.

A cause des longs délais nécessaires, de l'ampleur qu'il doit revêtir et à cause de la résistance qu'il doit surmonter, le changement constitue pour un système d'organisation bureaucratique une crise qui ne peut manquer d'être profondément ressentie par tous les participants. Le rythme essentiel qui caractérise une organisation bureaucratique, c'est donc l'alternance de longues périodes de stabilité et de courtes périodes de crise et de changement. La plupart des analyses du phénomène bureaucratique ne tiennent compte que des périodes de routine, c'est cette image d'ailleurs qui ressortait de notre description du cercle vicieux. Mais c'est une image tout à fait incomplète. La crise, en effet, est un des éléments distinctifs indispensables de tout système d'organisation bureaucratique. Elle constitue le seul moyen de parvenir à opérer les rajustements nécessaires et joue donc un rôle essentiel dans le développement même du système qu'elle seule peut rendre possible et, indirectement même, dans la croissance de l'impersonnalité et de la centralisation.

Les crises sont importantes aussi, d'une autre façon. Elles suscitent et mettent en évidence d'autres modèles d'action d'autres types de relations interpersonnelles et de rela-

tions de groupe qui sont temporaires, il est vrai, mais dont l'importance est tout de même considérable. Durant les crises, certaines initiatives personnelles pourront prévaloir et tous les participants devront se soumettre à l'arbitraire individuel de certains individus stratégiquement placés. Des relations de dépendance génératrices de tensions que l'on avait oubliées vont réapparaître. L'autorité personnelle va se substituer aux règles. De telles exceptions, dont la source se trouve là encore dans les déficiences d'un système routinier trop parfait, seront tolérées dans la mesure où elles ne dureront pas longtemps et où elles apparaîtront indispensables à la solution du problème qui provoque la crise. Elles constituent les brèves périodes de guerre de mouvement sans lesquelles on ne pourrait procéder à un rajustement plus rationnel de la ligne de front dans la guerre de tranchées traditionnelle. Leur rôle cependant n'est pas seulement un rôle auxiliaire, car elles ont des conséquences profondes. Comme les relations de pouvoir parallèles, elles perpétuent la crainte de l'autorité directe et de l'arbitraire qui l'accompagne, parmi les membres de l'organisation. En même temps elles maintiennent toujours un certain courant de vocations réformatrices et autoritaires. De tels modèles de comportement sont naturellement à l'opposé de la personnalité bureaucratique décrite par Merton, mais ils sont malgré leur petit nombre tout aussi caractéristiques du milieu bureaucratique dont ils déterminent en partie l'échelle de valeurs.

Les crises peuvent se développer à différents niveaux. Au sein de l'Agence comptable et du Monopole industriel, nous avons analysé des cas mineurs, mais périodiques, de crise qui jouaient un rôle significatif dans les rapports entre les différents groupes. Au sein du Monopole, il s'agissait des possibles modernisations et réorganisations d'usine, à propos desquelles s'ordonnait la stratégie des différents groupes. Dans l'Agence comptable il s'agissait des crises dues au surmenage et qui survenaient régulièrement du fait de l'écart entre la répartition routinière des tâches et les pointes de trafic imposées par l'environnement. Ces crises perpétuent d'une certaine manière des modèles d'autorité anciens, tout en accroissant en même temps la méfiance profonde des membres de l'organisation envers les relations face à face. Mais des crises plus lointaines et plus profondes ont marqué l'ensemble du système social et par là le fonctionnement de l'organisation, la crise qui s'était développée à propos du problème de l'ancienneté et celles qui accompagnèrent l'introduction des machines semi-automatiques dans le Monopole, la crise qui affecta la remise en ordre des catégories et des grades au moment de la Libération à l'Agence. Les crises peuvent se produire à la suite d'une évolution interne ou se développer à travers un événement tout à fait extérieur, sans rapports avec l'organisation. Les guerres, les crises économiques, sociales et politiques qui bouleversent l'équilibre habituel du pouvoir au sein de la société globale constituent généralement d'excellentes occasions pour faire passer des changements depuis longtemps en attente.

Les bureaucraties les plus anciennes et les plus avisées ont fait de considérables efforts pour essayer de résoudre ces problèmes de changement de façon plus rationnelle. Les administrations publiques françaises traditionnelles se sont préoccupées, par exemple, de contrôler et éventuellement de domestiquer ces rôles fort dangereux d'agent de changement, de façon à régulariser et éventuellement à éliminer les crises. Pour y parvenir elles se sont efforcées de créer des castes tout à fait isolées de hauts fonctionnaires - les membres des Grands Corps - séparées du reste de la fonction publique par leur recrutement, leur formation et leurs espoirs de carrière et qui sont ainsi

à l'abri de toutes les pressions qui peuvent venir de l'intérieur des organisations dont ils auront à s'occuper. Ce sont les « Grands Corps » qui fournissent chaque fois que c'est nécessaire les personnalités capables d'imposer des réformes aux diverses unités administratives qui en ont besoin, tout en respectant autant que possible l'ensemble de leurs règles et en minimisant les aspects autoritaires du rôle qui leur est imparti, grâce à leur réputation d'impartialité et au prestige que leur valent leur éloignement et leur appartenance à une petite élite soigneusement sélectionnée¹. Mais cette façon de traiter les problèmes du changement reste tout de même encore trop complexe et délicate et on peut soutenir qu'elle ne fait que repousser le ferment d'instabilité, et reporter la nécessité de crise à un échelon encore plus élevé, au niveau du système politique².

Un système bureaucratique d'organisation n'est pas seulement un système qui ne se corrige pas en fonction de ses erreurs, mais c'est aussi un système trop rigide pour s'adapter sans crise aux transformations que l'évolution accélérée des sociétés industrielles rend de plus en plus fréquemment impératives.

De tels modèles d'action sont naturellement tout à fait particuliers à la société française. Mais c'est à propos de la façon dont elles traitent le changement que les différences entre organisations et entre « bureaucraties » sont les plus profondes et les plus significatives. Nous reprendrons ces problèmes quand nous essaierons d'analyser les systèmes bureaucratiques d'organisation d'un point de vue culturel. Pour le moment, il nous suffira de conclure qu'un système bureaucratique d'organisation n'est pas seulement un système qui ne se corrige pas en fonction de ses erreurs, mais *c'est aussi un système trop rigide pour s'adapter sans crise aux transformations que l'évolution accélérée des sociétés industrielles rend de plus en plus fréquemment impératives.*

LA PERSONNALITÉ BUREAUCRATIQUE

Traditionnellement la personnalité bureaucratique est apparue comme marquée avant tout par le « ritualisme ». C'est ce qu'impliquait l'analyse de Merton et c'est dans cette direction qu'il lançait son appel pour l'étude des rapports entre la personnalité et les structures bureaucratiques.

...le ritualisme se caractérise par l'ignorance ou le rejet des buts généraux et concrets de l'activité considérée et la primauté donnée aux moyens incarnés dans les institutions. Il s'oppose aux trois autres possibilités du fameux paradigme, le conformisme, le retrait et la rébellion...

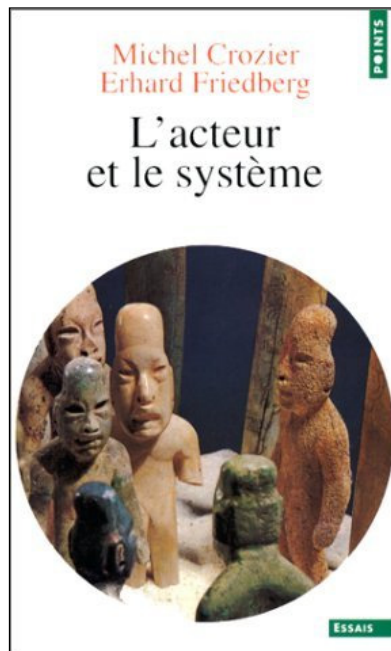
¹ Sur le rôle des Grands Corps et sur la transformation graduelle des fonctions de leurs membres chargés d'abord de contrôler l'application des règles les plus générales puis de régulariser et d'unifier les pratiques administratives, puis de plus en plus enfin d'opérer les réformes indispensables, on trouve finalement très peu de travaux pertinents.

² Nous reprendrons l'étude de ce problème un peu plus tard. Cf. infra, pages 327-330

Dans les catégories de Merton, on s'en souvient, le ritualisme se caractérise par l'ignorance ou le rejet des buts généraux et concrets de l'activité considérée et la primauté donnée aux moyens incarnés dans les institutions. Il s'oppose aux trois autres possibilités du fameux paradigme, le conformisme, le retrait et la rébellion comme si la bureaucratie finalement symbolisait à elle seule une catégorie spéciale de l'action, celle qui consiste à donner la priorité aux moyens sur les fins.

Une telle vision a été certainement enrichissante mais elle demeure, nous semble-t-il, trop unilatérale et elle ne peut ainsi rendre compte de la complexité des stratégies individuelles et des stratégies de groupe dans les organisations modernes.

4.3

**L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective**

Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG,

L'acteur et le système, Le Seuil, Points Essais, Paris, 2001, 500 pages,
ISBN: 2-02-018220-3

Extraits pp. 272 à 277

**Le phénomène systémique
L'analyse stratégique des systèmes d'action****III. LE CAS DES SERVICES HOSPITALIERS DE DIALYSE RÉNALE**

Nous avons présenté avec beaucoup de détails les points forts du raisonnement de la recherche la plus élaborée que nous avons pu mener, pour mettre ainsi en évidence la démarche qui nous a permis de prouver l'existence d'un système d'action concret. Nous l'avons fait pour démontrer par l'exemple l'intérêt de la méthode et nous avons, chemin faisant, soutenu les vues nouvelles qu'une telle analyse apportait naturelle-

ment sur la logique de l'action et les conséquences pratiques qui en découlaient quant aux performances, au coût et aux possibilités de renouvellement des processus d'action collective.

Notre premier cas se situait au niveau supra-organisationnel ou, si on préfère, interorganisationnel. Mais on peut très bien concevoir qu'un système d'action puisse se constituer à un autre niveau, en quelque sorte, infra-organisationnel. Un exemple particulièrement frappant d'un tel système d'action infra-organisationnel peut être trouvé dans la recherche réalisée par Olgierd Kutny sur quatre services de rein artificiel situés dans deux hôpitaux belges et deux hôpitaux français¹. La recherche portant sur ces services comme unités opérationnelles, ne faisait pas référence à l'organisation officielle majeure, l'hôpital, et débouchait finalement sur la mise en évidence d'un système d'action concret, à la fois beaucoup plus limité que l'hôpital dans sa structure de personnel, mais beaucoup plus large dans son ressort de décision.

Quel est le problème ? Les quatre unités opérationnelles qui disposent de la même technologie et des mêmes infrastructures se sont organisées de manière radicalement différente, voire opposée. Deux des quatre unités sont caractérisées par des distinctions extrêmement tranchées entre les « rôles », par un système hiérarchique strict, par la priorité complète donnée à la compétence technique des médecins, par un système de communications difficile fondé en fait sur le secret et enfin par des patients très passifs, présentant des troubles psychosomatiques caractérisés. Les deux autres unités, au contraire, sont marquées par une assez grande confusion des responsabilités, par l'existence de relations interpersonnelles complexes court-circuitant partiellement la hiérarchie, par la participation active des patients à ces relations et le développement considérable de l'influence de certains d'entre eux, par un système de communications relativement ouvert et une nette décroissance des troubles psychosomatiques.

L'analyse permet de montrer que les deux modes de fonctionnement correspondent aux deux méthodes opposées qui sont utilisées pour résoudre le problème que pose une lutte particulièrement angoissante contre la mort, à l'aide d'une technologie très efficace pour maintenir le sujet en vie, mais impuissante à guérir. La source d'incertitude dans cette lutte s'est très vite déplacée de la machine, dont l'emploi est rapidement devenu une routine, au patient dont les qualités physiques et psychiques déterminent ses chances de survie dans la mesure où elles permettent ou non d'envisager avec succès une greffe d'organe.

Le choix ainsi présenté apparaît d'ordre éthique en même temps que structurel : d'un côté, la hiérarchie, l'ordre et la science traditionnelle, de l'autre, la démocratie, la coopération et la liberté de communication totale.

**Le choix ainsi présenté apparaît d'ordre éthique en même temps que structurel : d'un côté, la hiérarchie, l'ordre et la science traditionnelle, de l'autre, la démocratie, la coopération et la liberté de communication totale.
La réalité est beaucoup moins simple...**

¹ Cf. O. Kutny, Le pouvoir du malade : *Analyse sociologique des unités de rein artificiel*, thèse de doctorat, Paris, université René Descartes, 1973 ; et « Orientation culturelle et profession médicale : La relation thérapeutique dans les unités de rein artificiel », *Revue française de sociologie*, vol. 16, n° 2, 1975.

La réalité est beaucoup moins simple, car le problème que pose un tel choix est celui de la capacité des patients à supporter cette participation qui les oblige à faire face directement au risque de la mort. La décision clef, finalement, même si elle a pu être fortement influencée par des motivations éthiques, doit être cherchée à un tout autre niveau : le choix des frontières mêmes du système à l'intérieur duquel le problème va être posé. Les unités « hiérarchiques » traditionnelles avaient choisi, dès le début, de pratiquer une politique ouverte d'admission, c'est-à-dire qu'elles accueillaient sans aucune distinction tous les patients qui leur étaient adressés. Les unités « démocratiques » avaient choisi, au contraire, d'être très sélectives, c'est-à-dire de n'accepter que des patients susceptibles de faire face avec succès, physiquement, mais aussi et surtout psychologiquement, à une opération de greffe.

Dans le premier cas, on conçoit très bien qu'une politique de communications libres présentait un danger évident dans la mesure où la plupart des patients étaient incapables de tolérer la discussion en commun de leurs cas, car ils présentaient des chances de survie extrêmement variables. Dans le second, par contre, non seulement la discussion était possible puisqu'aucun des présents n'était un mauvais risque, mais elle devenait très réconfortante puisqu'elle créait un milieu de soutien chaleureux pour chacun des malades, dans la mesure où elle les engageait dans un combat commun contre les mêmes risques.

On voit donc, ici, que, derrière l'organisation structurée d'un hôpital dont le service du rein artificiel n'est qu'une partie subordonnée, peuvent s'effectuer des choix de système d'action concret : qui fait partie du système ? comment y entre-t-on ? quelles en sont les limites ? Ces choix sont consubstantiels aux choix d'objectifs¹ et aux choix de mode de gouvernement.

Quelle leçon plus générale pouvons-nous tirer de cette analyse particulièrement si on la compare à l'analyse du système politico-administratif départemental ? Pour nous, c'est essentiellement la mise en lumière du *caractère très contingent*, c'est-à-dire radicalement indéterminé et arbitraire du système d'action lui-même.

Il apparaît, en effet, tout à fait évident ici, en comparant nos quatre services, que le système, avec ses limites et ses règles [...], n'est pas du tout une donnée naturelle qui s'impose, même une fois la technologie mise au point, mais le résultat d'un choix, puisque, pour le même problème et une même technique de base, nous pouvons avoir deux choix opposés

Il apparaît, en effet, tout à fait évident ici, en comparant nos quatre services, que le système, avec ses limites et ses règles, admission ou exclusion des patients, priorité des buts à la dialyse ou à la greffe, n'est pas du tout une donnée naturelle qui s'impose, même une fois la technologie mise au point, mais le ré-

¹ Nous n'avons pas envisagé, pour simplifier le problème, le choix des objectifs, qui est très étroitement lié aux choix sur les limites du système. Le choix d'un système sélectif est en même temps le choix de la priorité donnée à l'opération de greffe, ce qui implique une coopération étroite avec l'unité chirurgicale qui en est chargée.

sultat d'un choix, puisque, pour le même problème et une même technique de base, nous pouvons avoir deux choix opposés¹.

Au lieu de s'adapter au *système naturel* qui se développerait logiquement à partir d'une situation objective, on a ici opéré un choix sur les frontières du système à constituer. Dans deux des quatre services, on a choisi de fermer l'accès et de sélectionner les malades, en vue d'objectifs d'ailleurs différents : dans un cas on a choisi le système qui permettait de développer le mode de régulation par communication ouverte, démocratique que l'on souhaitait, dans l'autre, on a choisi le système qui permettait d'obtenir le type de performances que l'on valoriserait, la greffe². Dans les deux autres, enfin, on choisissait de maintenir le système d'admission ouvert traditionnel, donc de ne pas tenter d'autres performances et de ne pas élaborer d'autre mode de régulation.

Ce choix de système d'action a été en même temps un choix de limites, un choix existentiel autour du problème de l'admission des patients-clients et un choix de stratégie qui, dans ce cas particulier, dépassait tout à fait le cadre de l'organisation contraignante à l'intérieur duquel se plaçait le service. Il fallait, certes, qu'il fut compatible avec les règles de l'hôpital en tant qu'organisation et avec son système de pouvoir. Mais cette compatibilité dépendait, pour une large part des caractéristiques du système d'action supra-organisationnel que constituent, au-delà des hôpitaux en tant qu'organisations, la médecine française et la médecine belge dans leurs rapports avec les malades, la population et la puissance publique³.

On voit donc que, dans cet ensemble à plusieurs entrées, [...] plusieurs combinaisons sont possibles. [...] Nous pouvons donc, en contrepoint du cas du système politico-administratif, faire apparaître, d'une part, que ce qui nous semble *naturel* dans un système d'action peut être effectivement contingent, [...] et, d'autre part, que la relation entre les divers choix contingents qui le constituent n'est pas, [...] une relation de cohérence de valeurs. L'effet pervers consubstantiel au phénomène système d'action est un lien, un effet propre qui ne se ramène pas à une logique universelle des valeurs des attitudes ou des comportements.

On voit donc que, dans cet ensemble à plusieurs entrées : système d'action, technologie, performances, mode de gouvernement ou régulation à différents niveaux (entre médecins, entre médecins et soignants, entre médecins, soignants et malades), plusieurs combinaisons sont possibles. On peut choisir le système d'action pour obtenir la performance ou choisir la performance en fonction de la contrainte du système d'ac-

¹ On peut contester la comparaison et affirmer que nous n'avons pas affaire au même problème à la même technique, puisqu'il s'agit dans les services « bureaucratiques », de dialyser pour survivre et dans les services « démocratiques » de dialyser pour pouvoir plus tard greffer. Il s'agit tout de même de la même maladie et de la même machine.

² Les deux objectifs ou, plutôt, les deux raisons du choix sont difficiles à distinguer, mais l'analyse effectuée par Kutty montre qu'au départ des choix d'un des services, le souci de coopération démocratique et d'esprit d'équipe est prédominant alors que, dans l'autre, c'est le souci de la performance à réaliser.

³ Dans ce plus large système d'action, le libre choix du médecin (fondé sur le libre choix du malade et l'idéologie du colloque singulier) continue à prévaloir.

tion. On peut décider du choix du système à partir du choix du mode de communication et de gouvernement plus compatible avec le choix de système que l'on a fait.

De plus, il vaut la peine de souligner qu'il n'y a pas d'analogie entre le choix de valeur implicite dans la priorité donnée, au mode de régulation « démocratique » et le choix de valeur implicite dans la décision de constituer le système qui le rend possible. Rapportée, en effet, au système d'action plus large que constitue le système de la médecine française, la décision qui conduit à une régulation plus démocratique est une décision de type élitiste qui donne au médecin un pouvoir arbitraire sur l'admission qui suscite contestation¹.

Nous pouvons donc, en contrepoint du cas du système politico-administratif, faire apparaître, d'une part, que ce qui nous semble *naturel* dans un système d'action peut être effectivement contingent, même si nous ne pouvons avoir prise sur lui, et, d'autre part, que la relation entre les divers choix contingents qui le constituent n'est pas, comme on le croit trop souvent, par facilité, une relation de cohérence de valeurs. L'effet pervers consubstantiel au phénomène système d'action est un lien, un effet propre qui ne se ramène pas à une logique universelle des valeurs des attitudes ou des comportements.

¹ Et qui est en opposition avec les valeurs professées, d'autre part, par les médecins protagonistes de ce mode d'organisation.

4.4

CITATIONS

Qualité

«La qualité n'est pas faite par les structures ou les modèles rationnels de commande. Elle est faite par les hommes. Pour améliorer le système rendu il n'y a pas de système idéal. Le meilleur système est celui qui pousse les producteurs du service à mieux coopérer entre eux et à mieux se comprendre avec leurs clients. Pour y parvenir il faut d'abord investir dans la connaissance des relations clés dont dépend la bonne coopération et les bons interfaces.

En fonction de cette connaissance, des actions sont possibles pour simplifier les process et le système tout entier. Des relations plus courtes et une transparence plus grande dans les process d'interface sont indispensables mais, pour qu'une simplification soit efficace, il faut qu'elle ait été soigneusement préparée avec les intéressés.

La santé en France souffre de ses multiples cloisonnements techniques et financiers et de l'obscurité des rapports entre professionnels et entre professionnels et clients.

La formation continue aux problèmes humains des professionnels particulièrement négligés jusqu'à présent devrait être le vecteur premier de l'effort de changement à accomplir.»

Michel CROZIER ; La qualité passe par les hommes ; La Lettre du SNMG ; Août-Septembre 1997 p. 4

Acteur

«Cet essai est finalement et avant tout une réflexion sur les rapports de l'acteur et du système. C'est en effet autour de l'existence de ces deux pôles opposés que se structure le raisonnement que nous apportons. L'acteur n'existe pas en dehors du système qui définit la liberté qui est la sienne et la rationalité qu'il peut utiliser dans son action. Mais le système n'existe que par l'acteur qui seul peut le porter et lui donner vie, et qui seul peut le changer. C'est de la juxtaposition de ces deux logiques que naissent ces contraintes de l'action organisée que notre raisonnement met en évidence.»

Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG L'acteur et le système - Les contraintes de l'action collective ; Seuil 1977, Avant propos p. 9

Initiative

«Soulignons seulement une conclusion qui s'impose comme centrale : la transformation de nos modes d'action collective pour permettre plus d'initiative et plus d'autonomie des individus ne passe pas par moins d'organisation, mais par plus d'organisation, au sens de structuration consciente des champs d'action.»

Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG L'acteur et le système - Les contraintes de l'action collective ; Seuil 1977, Introduction p. 30

Connaissance

«Dans ce contexte et dans cette perspective, un rôle particulier revient à la connaissance. Dans la mesure même, en effet, où ce n'est pas tant la rigueur des principes, la rationalité du modèle proposé ou la pureté des intentions qui commandent les résultats d'une action et d'une réforme, mais l'impact de celle-ci sur les mécanismes de jeux, les construits d'action collective existants, il devient urgent de connaître ces construits et les pratiques et comportements réels qu'ils recouvrent afin d'en comprendre le rôle et la signification dans l'ensemble social et d'en mesurer la force de résistance et les capacités d'évolution.»

Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG L'acteur et le système - Les contraintes de l'action collective ; Seuil 1977, Introduction p. 31

Idéalisme, finalité imposée du sommet et bureaucratie

«La finalité imposée du sommet aboutit nécessairement, quelle que soit sa générosité, à une contrainte bureaucratique. Contrairement aux intuitions immédiates, en effet, idéalisme et bureaucratie ne s'opposent pas dans cette pratique, bien au contraire. L'un entraîne inmanquablement l'autre. Tout simplement parce que les arbitrages qui sont enlevés aux acteurs vivant concrètement les contradictions entre finalités doivent être abandonnés à l'arbitraire des fonctionnaires chargés de l'application et de la mise en œuvre des programmes de changement. Plus le programme est rigoureux, plus les contradictions sont grandes au niveau du vécu et plus la part d'arbitraire bureaucratique augmentera.»

Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG L'acteur et le système - Les contraintes de l'action collective ; Seuil 1977, p. 381

Base et sommet, définir le bien, contradictions de valeurs

«Un système certes peut être, doit être toujours en mouvement, mais cela ne signifie pas que tous les individus qui le composent doivent l'être. L'honneur de l'homme est d'être un animal capable de résoudre les problèmes, mais il ne résout pas des problèmes tout le temps et surtout pas toujours dans le domaine de l'apprentissage social.

C'est à partir de cette distinction que l'on peut, croyons-nous, conclure sur le problème des responsabilités respectives de la base et du sommet. Le sommet ne peut imposer la mise en application d'un modèle d'ensemble ou même le respect d'une hiérarchie claire des finalités. Un tel modèle ou une telle hiérarchie, en effet, resteront impossibles à atteindre dans la mesure où la société vertueuse n'aura jamais de réalité. Les meilleures intentions dans

ce domaine aboutiront nécessairement dans la pratique à l'arbitraire bureaucratique et à la reconstitution sur d'autres bases de la hiérarchie de dépendance que l'on voulait supprimer. Et pourtant, les responsabilités des dirigeants sont essentielles. Mais elles sont moins spectaculaires. Il ne s'agit pas pour chaque responsable de définir le bien pour les gens qui ont le droit d'avoir d'autres définitions en tête, mais de rendre possible à ceux qui dépendent de lui de découvrir les contradictions de valeurs et de finalités qui existent effectivement à leur niveau et de trouver le moyen de les résoudre. Ceci implique, de façon plus claire et développée qu'à la base, connaissance et stratégie, mais n'implique pas nécessairement d'autre finalité. Peut-être devra-t-on souligner seulement que le leadership devient à ce niveau de plus en plus inséparable de la connaissance et que, dans cette perspective, la transformation intellectuelle et le renouvellement de l'expérience sont ici beaucoup plus importants que le choix abstrait de finalité. Si, actuellement, il arrive qu'on manque souvent de perspective et de capacité d'expérimentation à la base, au sommet, en revanche, il semble bien que l'on manque toujours de connaissance et même simplement d'expérience de la complexité et aussi de la richesse du vécu au niveau opérationnel. Le complexe du "n'y a qu'à" nous semble en France - et pas seulement là - plus répandu au sommet qu'à la base.»

Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG L'acteur et le système - Les contraintes de l'action collective ; Seuil 1977, p. 387-388

Société idéale, marge de liberté et responsabilité

«La société vertueuse n'est pas possible. On ne peut hiérarchiser les choix des finalités et les intégrer dans un modèle de société idéale. C'est donc l'homme lui-même qui doit porter la responsabilité première du changement. Non pas l'homme abstrait ou l'homme universel. Mais l'homme concret et de ce fait même limité, qui agit à sa place et dans son contexte. Puisqu'elle ne confirme pas le déterminisme sociologique commode, qui permet à l'acteur de chercher dans le système une excuse à ses échecs, l'analyse scientifique l'invite à y découvrir, avec la marge de liberté dont il dispose, sa véritable responsabilité.»

Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG L'acteur et le système - Les contraintes de l'action collective ; Seuil 1977, p. 388

Document n° 5

Documents supports de l'exposé de M. Jean de Kervasdoué

On trouvera ci-après les documents mis au dossier des participants par M. de Kervasdoué en complément de son exposé :

- 5.1 Une courte notice biographique
- 5.2 Un article intitulé "**Pour une évaluation des politiques publiques** - Réflexion à partir de la sociologie des organisations" - Annales des Minse - 1981
- 5.3 Un article intitulé "**L'hôpital vu d'en bas**" paru dans le journal Le Monde du 28 novembre 2003
- 5.4 De courts extraits du livre "**L'hôpital**" dans la collection "Que sais-je" (PUF) en Mai 2004
- 5.5 Un article intitulé "**Au nom de quoi soigner ?**" paru à la Documentation Française dans Les Cahiers Français (n° 324, janvier-février 2005 "La santé", pp. 33-38)
- 5.6 Un article intitulé "**La politique de santé et l'argent en France**" (Sociétal - 2005)

5.1

Notice biographique

Jean de KERGUIZIAU de KERVASDOUE

Né le 28/12/1944 à LANNION (22) - Marié (1967), 2 enfants
 Adresse : Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) - 292, rue Saint-Martin
 - 75141 PARIS Cedex 03
 T 01 40 27 28 49 - Fax : 01 40 27 23 49- Courriel électronique : dekervas@cnam.fr

ETUDES

1971-1972	Université « Cornell »	Doctorat en Socio-Economie (Ph.D.)
1969-1970	Université « Cornell »	Master in Business Administration (MBA)
1967-1969	Ecole Nationale du Génie	Ingénieur du Corps du GREF Rural des Eaux et Forêts
1964-1966	Institut National Agronomique	Ingénieur Agronome (Paris)
1966-1967	Service Militaire	Détachement du Corps du GREF au Ministère de la Coopération. Affectation à l'Union Nigérienne de Crédit et de Coopération, responsable de cet organisme pour les provinces de TAHOUA et AGADES

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

1997/....	Professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM)
1986/1997	Président Directeur Général de SANESCO, société spécialisée dans la gestion des Institutions de santé
1981/1986	Directeur des Hôpitaux, Ministère de la Santé
1981	Chargé de mission au Cabinet du Premier Ministre
1980/1981	Directeur du Centre d'Evaluation et de Prospective du Ministère de l'Agriculture
1979/1980	Directeur adjoint du Centre d'Evaluation et de Prospective du Ministère de l'Agriculture
1975/1979	Responsable des Eudes Economiques à l'Assistance Publique de Paris
1973/1980	Chargé de Recherche à l'Ecole Polytechnique, puis Maître de Recherche à partir de 1980.

AUTRES RESPONSABILITES

1999-2000	"Visiting Professor" à l'Université de YALE (USA)
Depuis 1998	Membre du comité de rédaction de la revue "Politiques et Management Public"

- Depuis 1994 Président de la Formation "Santé - Protection - Sociale " du Conseil National de l'Information Statistique (CNIS)
- 1989 Président du Groupe de travail "Santé" Commission "Santé Protection Sociale" du Xème Plan
- 1991 Membre de la Commission du Plan "Santé 2010" Présidée par Raymond Soubie.

PUBLICATIONS

- o Jean de KERVASDOUE, John KIMBERLY, Victor RODWIN : LA SANTE RATIONNÉE, Editions Economica, 1981
- o Jean de KERVASDOUE, John KIMBERLY, Victor RODWIN : THE END OF AN ILLUSION, The Future of Health Policy in Western Industrialized Nations, University of California Press, 1984
- o Jean de KERVASDOUE : LA SANTE INTOUCHABLE, Editions JC LATTES, Paris 1996
- o Jean de KERVASDOUE : SANTE POUR UNE REVOLUTION SANS REFORME, Éditions Gallimard, Paris 1999
- o Jean de KERVASDOUE : LE CARNET DE SANTE DE LA FRANCE EN L'AN 2000, Editions Syros-La découverte, Paris 2000 (Ouvrage publié sous l'égide de la Mutualité Française)
- o JEAN DE KERVASDOUE : LA QUALITE DES SOINS EN France, Les Editions ouvrières, Paris 2000
- o JEAN DE KERVASDOUE ET REMI PELLET : LE CARNET DE SANTE DE LA FRANCE 2000-2002, Editions Economica, Paris 2002
- o JEAN DE KERVASDOUE ET RAYMOND LEPOUTRE : LA SANTE MENTALE DES FRANÇAIS , Editions Odile Jacob, Paris 2002
- o JEAN DE KERVASDOUE : LE CARNET DE SANTE DE LA FRANCE EN 2003 Editions DUNOD - FNMF, Paris 2003
- o JEAN DE KERVASDOUE : LA CRISE DES PROFESSIONS DE SANTE, Editions DUNOD - FNMF, Paris 2003
- o JEAN DE KERVASDOUE : L'HOPITAL, « Que sais-je ? », PUF, Paris 2004.
- o JEAN DE KERVASDOUE : LE CARNET DE SANTE DE LA FRANCE EN 2004, Editions DUNOD - FNMF, Paris, à paraître en septembre 2004.
- o JEAN DE KERVASDOUE : L'HOPITAL VU DU LIT, LE SEUIL, 2004.
- o Auteur de très nombreux articles dans des revues à comité de lecture.
- o Responsable de la publication de plus de 600 travaux d'étude et de recherche.

DECORATION

Officier de la Légion d'honneur.

DISTINCTION

Membre de l'académie des technologies.

Membre du conseil éditorial
de « Transparency international »

5.2

Pour une évaluation des politiques publiques

Réflexion à partir de la sociologie des organisations

par Jean de KERVASDOUE

Centre de recherche en gestion de l'Ecole polytechnique
Annales des Mines - Juillet-Août 1981, pp. 133 à 144

Les services et entreprises publics sont aujourd'hui accusés de tous les maux. Il est en effet, de bon ton de parler de leur inefficacité et de leur mauvaise gestion et de considérer qu'ils sont en grande partie responsables des difficultés économiques de notre pays¹.

Cet article montre que le problème n'est pas si simple, car les objectifs des services publics sont rarement mesurables et il est donc impossible d'utiliser les techniques de gestion traditionnelles, ce qui conduit paradoxalement à une définition très rigide des postes budgétaires dont le but est d'éviter toute usurpation des fonds publics.

Si, à cette raison, on ajoute, d'une part, la dissociation entre recettes et dépenses et, d'autre part, le principe de l'annuité budgétaire, on voit que les mécanismes de gestion sont difficilement transférables du secteur privé au secteur public comme on le laisse souvent croire.

L'amélioration du fonctionnement des services publics ne peut se faire que par une évaluation régulière des activités de ce secteur. Il faut, en dépit des difficultés, essayer de savoir si les objectifs fixés ont été atteints et pour ce faire il existe un certain nombre de méthodes qui sont présentées dans la dernière partie de cet article.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION

II. TECHNIQUE ET CONTROLE

Technologie et méthode de gestion
Technologie et usurpation
Technologie et changement
Difficulté de mesure de l'activité du secteur public
Dissociation entre recettes et dépenses
L'annuité budgétaire

III. L'EVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

Les principes de base de l'évaluation
Pourquoi cette loi, à cette date ?
Les difficultés techniques
Evaluation et décision

IV. CONCLUSION

MOTS CLES : EVALUATION, SERVICE PUBLIC, SOCIOLOGIE DES ORGANISATIONS

¹ Cet article a été rédigé en janvier 1981

I. INTRODUCTION

Au cours des vingt-cinq années de croissance économique forte et continue qui ont suivi la deuxième guerre mondiale, on a assisté en France comme dans les autres pays développés à une croissance encore plus rapide des secteurs publics et parapublics. Elle fut particulièrement nette dans les domaines de l'éducation, de la santé et de l'aide aux catégories défavorisées : handicapés physiques et cérébraux, personnes âgées, ménages ayant de bas revenus, etc. Les fondements de l'idéologie libérale ne furent pas vraiment remis en question au cours de cette période et, si certains remarquaient que cette évolution conduisait à créer une société sans risque de personnes assistées, c'étaient à vrai dire les seules critiques formulées et la balance entre avantages et inconvénients était considérée comme largement positive. Puis la croissance s'est ralentie, voire même arrêtée, à la suite des événements internationaux du début des années 1970 : modification profonde du système monétaire international, croissance du coût des matières premières agricoles, minérales, et croissance du prix du pétrole.

Cependant, l'impact de ces difficultés économiques ne se fit pas immédiatement sentir. Le secteur public et parapublic a continué à croître sensiblement plus vite que le produit national brut, comme s'il possédait une dynamique propre indépendante des conditions économiques générales. Il a fallu les transformations économiques et politiques profondes de ces cinq dernières années pour s'attaquer à ce que certains représentants de partis politiques considéraient comme un dérèglement fondamental des sociétés occidentales. Au Danemark, en 1974, le Parti du Progrès de Mogens Glistrup s'est battu pour diminuer le taux d'imposition. Aux Etats-Unis, en 1976, les discours de Ronald Reagan et de George Wallace dominèrent le débat des élections primaires à la Présidence, ils avaient pour contenu essentiel une critique du rôle croissant de l'Etat et une proposition de diminuer ses dépenses et donc le taux d'imposition. Au Canada, le conservateur Jo Clark fut élu car il proposait un programme similaire. En Grande-Bretagne, cet objectif associé à la volonté de lutter contre le pouvoir syndical fut à l'origine du succès des conservateurs. En 1980, Ronald Reagan fut élu Président des Etats-Unis pour mettre en application ce qu'il proposait depuis longtemps. En France, enfin, depuis 1976, le Premier ministre Raymond Barre a défendu vigoureusement une rigueur budgétaire qui n'était plus de mise depuis longtemps, sans toutefois proposer une décroissance globale des prélèvements fiscaux, ce que vient de faire Jacques Chirac, candidat à la Présidence de la République.

Ce mouvement s'est accompagné d'une critique de la fonction publique et des fonctionnaires : « inefficaces », « protégés », sont des qualificatifs que l'on entend de plus en plus souvent dans la bouche des hommes d'affaires et de certains hommes politiques. Certes, la caricature des fonctionnaires ne date pas d'hier. Courteline en France fit beaucoup pour les « Ronds de cuir » et tout le monde entend répéter depuis longtemps que dans la fonction publique « ceux

qui arrivent en retard croisent dans l'escalier ceux qui partent en avance », on pourrait donc considérer que ces critiques sont simplement une nouvelle version moins drôle et plus accusée de l'image d'Épinal traditionnelle. Mais, actuellement, un argument nouveau et qui paraît relativement important est mis en avant : « les administrations », contrairement aux entreprises privées, seraient mal gérées ; elles auraient donc d'importantes réserves de productivité d'où il serait possible de faire des économies sensibles en appliquant au secteur public des techniques de gestion en vigueur dans le privé et en limitant la sécurité de l'emploi qui « démotive » les administrateurs du « public ». Que penser de ce constat et de ces remèdes ? C'est à ces questions que nous allons consacrer les pages qui suivent en montrant tout d'abord qu'il y a une différence de nature entre les activités du secteur privé et celles du secteur public et que le transfert des techniques dites efficaces du premier secteur au second ne serait pas nécessairement suivi d'effet, nous rappellerons ensuite la nature des contraintes qui pèsent sur le secteur public, nous montrerons enfin les techniques qu'il serait possible d'utiliser pour améliorer la gestion de ce dernier.

II. TECHNIQUE ET CONTROLE¹

Les « méthodes modernes de gestion » (autres mots pour méthodes de contrôle et méthodes de choix), qui sont enseignées dans les écoles de commerce, ont été développées dans les entreprises industrielles. Or, dans ces entreprises, on peut le plus souvent faire un lien entre moyens et résultats, ou, comme le dirait un économiste, définir une fonction de production. Ces méthodes sont bâties sur une conception très mécaniste² des organisations et de la société. Pour produire une automobile ou une machine à laver, il faut tant d'hommes, tant de kilogrammes d'acier, tant de circuits électroniques. On « optimise » le nombre d'heures, d'hommes par machine, la qualité de matière première par produit et on appelle cela « recherche de l'efficacité ». Effectivement, dans ce type de secteurs, de telles mesures peuvent donner des indications utiles, bien qu'il ait été montré qu'elles ne suffisaient pas à long terme³.

Mais une organisation ne se réduit pas à une structure vide, comme le croient certains structuralistes (Blau et Schoenherr, 1971), ou à une fonction de production, comme le prétendent les micro-économistes. Selon d'autres travaux parmi lesquels les nôtres (J. de Kervasdoué, J. Kimberly, 1977) une organisation ne peut être comprise que si l'on prend en compte la stratégie des groupes

¹ Ce paragraphe est paru dans un article de l'auteur : « Les politiques de santé sont-elles adaptées à la pratique de la médecine ? » - Sociologie du Travail, III, 1979.

² Au lieu de l'analogie mécanique, on a vu récemment apparaître l'analogie biologique. basée sur la théorie des systèmes. Elle a aussi des inconvénients.

³ En effet, des gains de productivité dans la fabrication de locomotives à vapeur n'ont pas suffi pour permettre la survie des firmes qui les fabriquaient. Il fallait aussi prévoir le développement des locomotives diesel et de la traction électrique.

pour lesquels elle est un enjeu ; soit que ces groupes représentent des membres de cette organisation (par exemple, les médecins dans le cas de l'hôpital), soit que ces groupes aient un intérêt économique, politique, voire même symbolique, dans ces organisations (par exemple, l'industrie bio-médicale, toujours dans le même cas).

Or, ces groupes ont une stratégie qui se développe sur un terrain. L'analogie du terrain, dans notre cas, est la technique¹ qui, utilisée dans le sens où nous l'entendons ici, comprend non seulement l'ensemble des outils et des savoir-faire, mais également les normes d'organisations sociales qui lui sont associées (Jacques Ellul, 1977). Technique et résultats, technique et raison d'être de cette technique sont indissociables. Les techniques sont plus ou moins formalisables, plus ou moins décomposables en gestes élémentaires et les résultats sont plus ou moins mesurables, le terrain et la stratégie des groupes vont donc varier avec ces différents facteurs.

Technologie et méthode de gestion

Si l'on peut mesurer approximativement l'activité d'une entreprise productrice d'électricité par deux indicateurs globaux simples, le nombre de kWh produits et le coût moyen d'un kWh, il est plus difficile d'évaluer les objectifs d'un centre de recherche ou de l'Eglise catholique, deux mots et deux chiffres n'y suffiraient pas ; les dimensions mêmes ne recueilleraient pas de consensus, sans parler bien entendu d'indicateurs de résultats ou de mesure opérationnelle de chacune de ces dimensions. Entre ces deux extrêmes, il peut y avoir tous les intermédiaires imaginables ; plus de deux critères dont certains sont mesurables quantitativement (échelle cardinale) et d'autres qualitativement (échelle nominale) ; il peut y avoir des critères de moyens et des critères de résultats, ou l'un seulement mais pas l'autre. Pour simplifier, nous n'avons pris que les extrêmes. A cette possibilité de mesure des résultats s'ajoute, dans notre analyse des activités organisées, une seconde dimension qui est la possibilité de formaliser une technique.

Si, depuis le début du siècle, sous l'influence du taylorisme, les savoirs des différents métiers ont, petit à petit, cédé la place à des processus répétitifs et formalisés, il reste encore beaucoup d'activités humaines dans lesquelles cette évolution n'a pas encore atteint le stade ultime de la chaîne de montage, où chaque geste, chaque dix-millième d'heure est programmé, où rien n'est laissé au hasard... On n'a pas encore réussi à programmer la main du sculpteur, à connaître quelle était la manière dont un médecin établit son diagnostic², à savoir combien il faut d'hommes et d'argent pour faire un « bon » film.

¹ Le mot « technique » est souvent remplacé par « technologie » chez les auteurs anglo-saxons (Woodward, Thompson, Perrow, Lawrence et Lorsch), mais le mot « technique » a un sens plus large en français et semble plus approprié.

² Bien qu'il existe des chercheurs qui s'attellent à ce problème.

Le fait de pouvoir mesurer les résultats d'une technique (la connaissance du professeur a-t-elle ou non été transmise aux élèves ? Le film a-t-il été vu par 10.000 ou 50.000 spectateurs ?) n'implique pas nécessairement que la technique soit potentiellement formalisable, car il y a de très nombreuses façons d'aboutir à ce résultat.

Si maintenant on rapproche ces deux dimensions, elles nous conduisent à quatre catégories idéal-typiques (fig. 1).

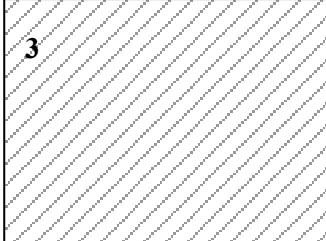
		OUI	Techniques formalisables	NON
Résultats mesurables	OUI	1 Exemples : La plupart des activités productrices des entreprises industrielles	2 Exemples : La production de films	
	NON	3 	4 Exemples : Les Eglises	

Fig. 1. - Catégories idéal typiques

Logiquement, il ne devrait pas y avoir d'organisation dans les cellules 3 et 4. Or on en trouve. Comment expliquer que certaines techniques soient formalisées alors qu'elles ne sont potentiellement pas formalisables, c'est-à-dire que l'on n'est pas capable de montrer que la technique employée aboutit aux objectifs qui justifient l'existence de cette organisation ou de cette institution ? Pour répondre à ces questions, il nous semble important d'examiner ce que nous appelons le paradoxe de la bureaucratisation ; pourquoi les organisations les plus formalisées, les plus rigides, se trouvent-elles dans les domaines les moins formalisables alors que le principe de base des bureaucraties, selon Weber (1920), est la rationalité, c'est-à-dire la volonté permanente d'adapter les moyens aux fins ? Si nous ne pouvons pas mesurer les fins, il est donc logiquement impossible d'appliquer le principe de la rationalité.

Technologie et usurpation

Nous pensons que l'on peut expliquer, en partie, ce paradoxe en se référant à la théorie de S. Becker et G. Gordon (1966). Selon ces auteurs, une organisation est créée par un propriétaire afin de bénéficier, soit de la division du tra-

vail, soit de la mise en commun de ressources. Mais ce propriétaire¹ (personne physique ou morale) doit engager des collaborateurs qui peuvent usurper ces ressources, utiliser les moyens mis à leur disposition pour atteindre leurs propres objectifs et non pas ceux fixés par le propriétaire. La facilité d'usurper le droit du propriétaire est plus ou moins grande selon que l'on se trouve dans l'un ou l'autre des types d'organisation définis ci-dessus. Quand les objectifs sont mesurables et la technologie connue et programmée, le propriétaire peut non seulement vérifier si les objectifs qu'il s'est assigné sont effectivement réalisés, mais encore contrôler la contribution de chacun au cours des différentes étapes du processus de production. Les dangers d'usurpation sont alors réduits au minimum et la technique de contrôle est simple : il suffit de savoir si les règles et les procédures définissant le processus de production ont été suivies. Le propriétaire essaiera donc de se trouver dans cette situation et, pour ce faire, il se rapprochera, dans la mesure du possible, de la situation idéale ; il essaiera donc de passer de la catégorie 2 à la catégorie 1 ou de la catégorie 4 à la catégorie 3.

Mais comment contrôler les procédures quand la technique n'est pas objectivement programmable, quand le savoir-faire existe à peine² ? Le propriétaire, déterminé par la société, choisit³ alors une définition culturelle de la technique. La technique n'a plus alors sa justification dans la preuve de son efficacité ou dans un lien empirique entre moyen et fin, mais une définition « a priori » qui peut dépendre de valeurs morales et religieuses, d'expériences passées, de généralisation de phénomènes dont l'efficacité a été prouvée dans d'autres secteurs. La technique organisationnelle est ainsi plus rituelle que rationnelle au sens de Weber : Il peut donc y avoir des techniques formalisées sans qu'elles soient rationnellement formalisables et sans que l'on soit capable d'adapter moyen et fin. Dans ce cas, la formalisation de la technique vient de la nécessité d'un contrôle. Elle est imposée par le propriétaire ou ses représentants. Le schéma de la figure 1 qui s'appuyait sur un raisonnement logique doit être remplacé par celui de la figure 2 plus proche de la réalité et le qualificatif de « formalisable » doit être remplacé par celui de « formalisé ».

¹ Le mot « propriétaire » peut surprendre, il existe pourtant toujours. Dans le cas de l'Administration, c'est le peuple français, qui investit le Président de la République et le Parlement.

² Il existe une technique de gestion adaptée à ce type d'activité, elle est appelée direction par objectif et permet un certain contrôle du propriétaire. Cependant, le contrôle par les objectifs est un contrôle a posteriori, il y a donc une forte tendance de ce propriétaire, ou de son représentant, à essayer de passer dans la case 1' en définissant des normes et des procédures pas nécessairement adaptées. Le propriétaire préfère le contrôle sur les procédures car il a lieu au moment du processus de production et permet de déceler plus rapidement l'usurpation. C'est ce qui s'est passé à l'ORTF quand on y a introduit la comptabilité analytique, c'est ce qui se passe aussi dans de nombreuses sociétés de conseil. La case 2' est donc très instable.

³ Ce choix paraît d'ailleurs le plus souvent « naturel » ou « évident »

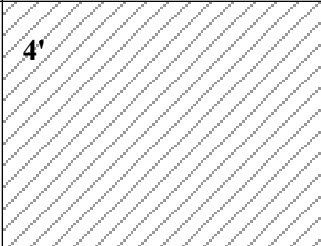
		OUI	Techniques formalisables	NON
Résultats mesurables	OUI	1' La plupart des activités productrices des entreprises industrielles		2' La production de films
	NON	3' Eglise, école hôpital, prison		4' 

Fig. 2. - Catégories idéal types, la notion de technique formalisée remplaçant celle de technique formalisable

C'est ainsi que la technique de l'hôpital psychiatrique a existé en fonction de l'idée « a priori » que l'on se faisait du malade mental (C. Perrow, 1966) ; l'école s'est développée et a survécu sans preuve vraiment déterminante de l'efficacité de la technique pédagogique dominante par rapport à d'autres techniques concurrentes mais culturellement impensables ; les bureaucraties les plus formalisées (aide sociale, prévention contre la délinquance...) existent dans les domaines où l'on peut imaginer des techniques concurrentes et où le bien-fondé des techniques utilisées n'est pas étayé. Les bureaucraties qui existent dans les domaines où la technique est culturelle et les résultats peu mesurables sont aussi les plus rigides, car comment faire la preuve du bien-fondé d'un changement s'il n'y a pas consensus sur ce qui doit changer et sur la manière de mesurer le progrès ?

Technologie et changement

En effet, Bardach (1977) a montré que les gens réagissent en fonction de ce qu'ils peuvent perdre à l'occasion d'une réforme et ils sont moins sensibles à ce qu'ils pourraient gagner, car le gain n'est alors qu'hypothétique. La première réaction est toujours conservatrice. Pour la dépasser, il est nécessaire de faire la preuve que le changement proposé permettra d'aboutir à certains résultats bénéfiques pour les acteurs concernés. Pour cela, une condition nécessaire est que ceux-ci s'entendent sur les mots : « résultats bénéfiques » ; si cette

condition n'est pas remplie, la réaction conservatrice l'emportera et le changement proposé aura très peu de chances d'aboutir¹.

Quand il n'existe pas d'objectifs directement mesurables, on s'efforce de trouver des critères qui s'en approchent et cette proximité est très influencée par la culture. C'est ce que Wildavsky (1977) appelle le « principe de déplacement des objectifs », en disant que « tout objectif qui ne peut être atteint sera remplacé par un objectif qui peut être approché ». Le qualificatif important pour nous n'est pas « approché » mais « mesuré », car une organisation - ou une institution - n'existerait pas si ses fondateurs ne pensaient pas atteindre leurs objectifs ; mais ils ne peuvent pas toujours savoir s'ils les ont atteints... C'est ainsi que l'Eglise catholique, qui a quelques difficultés à mesurer le nombre d'âmes sauvées, a mesuré pendant longtemps le nombre de baptêmes, de fidèles assistant à la messe, de candidats à la prêtrise.

Les méthodes de changement ne sont d'ailleurs pas les mêmes dans ces différentes organisations. Dans le type 1', le changement peut être rationnel et progressif ; les nouvelles méthodes qui apparaissent peuvent être intégrées petit à petit puisqu'il y a consensus sur ce que l'on doit produire et qu'il est possible de prouver qu'une méthode concurrente est meilleure (ou plus mauvaise) par rapport à un ou à plusieurs critères. Dans le type 3', le changement ne peut être que brutal et discontinu et se fera par la création d'une autre organisation ou institution. Il faut de nouveaux « a priori » philosophiques, un nouveau paradigme qui viendra justifier la nouvelle technique et c'est là que les luttes sont les plus dures (guerres de religion, conflits entre différentes écoles dans les sciences).

La plupart des activités du secteur public se trouvent dans la classe 3' du schéma 2 (techniques formalisées, résultats non mesurables). Certes, dans pratiquement tous les pays du monde, la puissance publique contrôle directement ou indirectement les monopoles techniques aux résultats mesurables, mais qui sont le plus souvent des réseaux pour lesquels la concurrence directe est virtuellement impossible² (l'électricité, téléphone, poste, chemin de fer, etc.), d'où leur contrôle par l'Etat.

Difficulté de mesure de l'activité du secteur public

Mais, le plus souvent, les résultats d'une action précise dans le secteur public sont difficiles à mesurer :

¹ C'est également parce qu'il est nécessaire de choisir que lorsqu'une organisation a deux critères de performance - l'un mesurable, l'autre non - elle favorise le critère mesurable. Ce qui a, en outre, l'avantage de la simplicité ! (C. Riveline, 1977).

² Cette impossibilité a été illustrée par l'histoire du chemin de fer aux Etats-Unis durant la seconde moitié du XIXe siècle. Les lignes concurrentes furent très rapidement rachetées par la compagnie ayant la plus grosse capacité financière. Les vainqueurs de cette autre bataille du rail se trouvèrent alors en situation de monopole et purent donc fixer les tarifs en conséquence au détriment des utilisateurs ce qui incita la puissance publique à intervenir.

- parce que l'effet ne se fera sentir que beaucoup plus tard (éducation, gestion des forêts) ;
- parce que l'occasion n'est pas souvent donnée de tester l'efficacité des mesures prises, c'est le cas d'une armée en temps de paix¹, et la qualité des grandes manœuvres n'y feront rien ;
- parce qu'il est difficile de séparer l'effet de cette action précise d'autres facteurs qui agissent simultanément sur le phénomène que l'on souhaite modifier : comme pour les mesures financières destinées à accroître la natalité ; si l'on constate à la suite de leur mise en place une recrudescence effective de cette natalité, comme ce fut le cas en France en 1981, on peut se demander si elle est due à cette mesure ou à des facteurs démographiques, sociologiques, économiques ou culturels, sur lesquels elle ne pouvait pas avoir d'effet ?
- parce que la mesure utilisée a d'autres objectifs que ceux annoncés officiellement, comme par exemple les hôpitaux psychiatriques qui sont certes des lieux de soins mais aussi d'isolement des malades mentaux ;
- parce qu'enfin il n'existe pas de critère pour mesurer simplement l'action menée, comme dans le domaine des affaires étrangères.

Toutes ces raisons et probablement d'autres montrent d'une part que les objectifs et donc les résultats de l'action de l'Administration sont difficilement mesurables et d'autre part que très souvent les techniques utilisées pour y parvenir sont nombreuses. Faute de critères précis, il n'y a donc pas de façon simple de privilégier l'une plutôt que l'autre et les dangers d'usurpation sont très grands.

Pour s'en prémunir, les Etats ont une parade bien connue qui est d'arrêter à l'occasion du budget chaque type de dépenses, de préciser qui peut les engager et qui peut les payer, ce faisant ils définissent la technologie. Chacun connaît la minuterie des règles de la comptabilité publique sans qu'il soit nécessaire de détailler ce point.

Un tel système est avant tout conçu pour limiter tout danger d'usurpation, c'est-à-dire pour éviter que les agents de l'Etat ne se servent des fonds publics pour asseoir leur propre pouvoir. Nous avons vu que ce risque était particulièrement important dans une situation où l'on n'avait pas, en théorie, d'indicateur précis de résultats, car dans ce cas, il est très difficile de démontrer qu'il y a eu usurpation, sauf bien entendu quand l'agent s'est servi directement dans la caisse.

Certes, ce système est un système rigide mais il évite toute discussion constructive entre écoles concurrentes, entre les partisans de la méthode A et ceux de la méthode B pour atteindre l'objectif C. Les discussions sont ici limitées

¹ Les récits historiques ou la littérature romanesque montrent tous que la gestion d'une armée en temps de guerre diffère assez profondément de celle qui est appliquée en temps de paix.

car les dépenses engagées ne sont pas remises en cause au moment du vote du budget ; donc les méthodes en vigueur à un moment donné, qui reçoivent une dotation budgétaire ont un avantage considérable par rapport à leurs concurrentes non encore instituées, car non seulement elles s'opposent aux tenants des méthodes existantes mais encore comme il n'y a pas de consensus sur les critères de résultats, il leur est difficile d'apporter une preuve irréfutable de leur plus grande efficacité.

A cette difficulté de contrôler la majorité des activités du secteur public par l'utilisation d'indicateurs de moyens, s'ajoutent deux autres particularités importantes du secteur public : la première est la dissociation entre recettes et dépenses, la seconde est l'annuité budgétaire.

Dissociation entre recettes et dépenses

La presse, les habitués du café du commerce et de nombreux experts en « management » s'inquiètent souvent de la mauvaise gestion des services publics quand on leur annonce le déficit de la Sécurité sociale, de la SNCF ou de n'importe quelle autre entreprise publique. Si les conséquences de ce déficit sont en partie les mêmes dans le public et dans le privé, et conduisent le plus souvent à des réductions d'effectifs et autres limitations de dépenses, dans un service public la présence d'un déficit (ou d'un excédent) ne constitue pas en lui-même un signe de bonne ou de mauvaise gestion.

Cette affirmation peut paraître choquante ; il n'en est rien cependant quand on sait comment se calcule un budget. Prenons le cas d'un établissement hospitalier ; pour préparer le budget de l'année n-1, on prend celui de l'année n, on étudie le coût des nouvelles activités et pour chaque poste de dépenses (personnel, alimentation, matériel, pharmacie,...) on applique un coefficient multiplicateur, fonction de l'estimation de la croissance d'activité et de la croissance des prix. Puis on estime le nombre de journées d'hospitalisation que l'on divise par le budget prévisionnel pour avoir le prix de journée. Supposons qu'il y ait eu plus de journées d'hospitalisation, toutes choses étant égales par ailleurs, il y aura alors en fin d'année un excédent de recettes ; si par contre les salaires (ou tout autre type de dépenses) ont crû plus vite que prévu sans que l'administration de l'hôpital en soit responsable (programme national applicable à tous les agents de la fonction publique), il y aura un déficit.

Au début des années 1970, le téléphone français, qui n'était pas en déficit, coûtait à nos compatriotes beaucoup plus cher que le téléphone suédois ou américain aux habitants de la Suède ou des Etats-Unis. On peut donc très bien avoir des excédents sans avoir pour autant un service particulièrement bien géré.

Dans les services publics, les excédents ou les déficits budgétaires sont des erreurs de prévision et non des indicateurs de gestion.

Pour pallier en partie cet inconvénient, il existe plusieurs méthodes comme les comparaisons internationales ou la méthode du calcul des surplus mis au point par Electricité de France ou la comptabilité de gestion qui permet de comparer le coût des unités produites quand on connaît ces unités (ce qui n'est pas toujours le cas) et que l'on peut attribuer, sans trop d'arbitraire, les coûts fixes à chacune d'entre elles.

Cette indépendance entre recettes et dépenses est encore plus nette pour l'Administration puisque les recettes proviennent de l'impôt et les dépenses du processus budgétaire. On se trouve donc, dans un cas comme dans l'autre, loin de la situation de concurrence parfaite telle qu'elle est définie en micro-économie ou le consommateur, en achetant ou en n'achetant pas le bien d'une entreprise, juge en permanence de son efficacité relative par rapport à d'autres entreprises offrant des produits analogues sur le marché. Dans ce cas et dans ce cas seulement, l'équilibre du compte d'exploitation est indicateur de gestion car il permet une évaluation permanente par le marché de la qualité et du prix des produits et une évaluation de la gestion de l'entreprise qui font ces biens.

L'annuité budgétaire

Le principe de l'annuité budgétaire n'est pas intrinsèquement lié à la nature des activités du secteur public. Il n'en est moins bien établi et présente une série de conséquences que nous allons analyser succinctement.

- L'Etat ne s'engage, sauf exceptions¹, que pour un an, or le volume du budget, son équilibre ou son déficit dépendent surtout des considérations macro-économiques. Les plans de relance, quand ils apparaissent, donnent des à-coups qui ont des conséquences sur les administrations (il faut par exemple dépenser rapidement des crédits d'investissement sans être certain d'avoir plus tard des crédits de fonctionnement) mais aussi sur les fournisseurs de l'Administration qui essaient de répondre à cette demande immédiate et qui peuvent se retrouver à terme en faillite², faute de pouvoir s'ajuster rapidement à un tarissement relatif des crédits. Il existe des exemples nombreux dans le bâtiment³, mais aussi dans la fourniture de matériel téléphonique, de commandes pour l'armée, etc.
- A l'exception des examens de la Cour des comptes qui juge avant tout de la régularité des procédures, la fin de l'année budgétaire constitue plus une limite physique dans l'engagement des dépenses qu'une occasion de bilan qui permettrait d'examiner si les missions fixées au départ ont été effectivement accomplies. Peu d'administrations entreprennent cette tâche et le Parlement français, contrairement à certains homologues étrangers n'est

¹ Actions prioritaires du Plan.

² On peut signaler en outre que la faillite peut venir des délais de paiement de l'Administration, d'où la nécessité pour les entreprises privées de se couvrir contre ces délais en demandant un prix qui inclue le taux d'intérêt demandé par l'établissement bancaire qui sera éventuellement amené à leur faire une avance de fonds.

³ Voir par exemple Gérard de Pourville.

pas habilité à le faire. Les hauts fonctionnaires (Cour des comptes, inspection des Finances) sont des gardiens des normes et non pas des gestionnaires.

Annuité budgétaire, absence de liens entre recettes et dépenses, difficultés de mesurer l'efficacité de l'Administration, toutes ces raisons paraissent mieux expliquer les difficultés de gestion des services publics que celles que l'on avance le plus souvent comme par exemple le statut des personnels de la fonction publique. En effet, dans certains pays et en particulier au Japon, le personnel des entreprises privées a des garanties analogues sans que toutefois on prétende que ces entreprises sont mal gérées¹.

Pour améliorer la gestion des entreprises publiques et de l'Administration, il semble nécessaire non pas tant de transférer les méthodes de gestion du secteur privé, ce qui est déjà fait et n'a pas pour autant résolu les problèmes de fond, que d'inventer des méthodes spécifiques d'évaluation des résultats à moyen et long terme des politiques mises en œuvre. Il faut essayer, même si c'est difficile, de préciser les objectifs, de discuter a priori des différentes méthodes pour y parvenir et enfin, a posteriori, d'évaluer la méthode qui a été retenue.

Si les méthodes de rationalisation des choix sont bien connues en France, bien que de moins en moins appliquées après une brève apogée durant les premières années de la décennie 1970, les méthodes d'évaluation sont moins développées. Nous allons les présenter dans les pages qui suivent.

III. L'ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

Mais qu'est-ce que l'évaluation ? Nous pouvons reprendre la définition de Bernard Cazes (1974) : « Évaluer une politique, cela consiste à essayer de mesurer la part qui lui revient dans la variation d'une situation sur laquelle elle a été escomptée avoir exercé une influence, et la part imputable à des facteurs extérieurs à cette politique (y compris les politiques ne visant pas expressément la situation en question) ».

L'évaluation s'applique donc surtout a posteriori et les méthodes utilisées sont principalement des méthodes empiriques. La philosophie de l'évaluation est donc différente de celle de la Rationalisation des Choix Budgétaires (RCB) qui suppose une méthode logico-déductive et des études a priori. Dans la pratique, cependant, ces méthodes sont complémentaires.

Dans les lignes qui vont suivre, nous allons décrire les principes de base d'une étude d'évaluation et les difficultés intrinsèques de cette méthode. Nous décrivons ensuite certains des problèmes soulevés par leur mise en œuvre.

¹ Toutefois, au Japon, il existe un lien entre la qualité du travail et la rémunération, ce qui n'est pas toujours le cas dans la fonction publique française.

Les principes de base de l'évaluation

Pour réaliser une étude d'évaluation, il est nécessaire de faire l'hypothèse que l'action de l'Etat est rationnelle¹, au sens de Weber, c'est-à-dire qu'il y a une adaptation volontaire des moyens aux fins. Il en découle que toute intervention de la puissance publique est en fait une théorie du changement du social. On peut donc la formaliser en indiquant qu'en agissant sur X, Y ou Z, le législateur estime qu'il y aura modification des variables U, V ou W. Par exemple, en donnant une indemnité financière aux éleveurs de montagne, on pense maintenir une population agricole dans ces zones défavorisées. Le rôle de l'évaluation est de vérifier si c'est bien le cas, et si en voulant agir sur la variable U, on n'a pas agi sur d'autres variables, et de ce fait s'il n'y a pas eu des effets indirects, fastes ou néfastes. Il semble que la première démarche dans une politique d'évaluation est de se poser la question de savoir pourquoi cette loi ou cette réglementation est apparue et pourquoi elle est apparue à un moment déterminé ? La réponse à ces questions permet en effet de connaître le contexte et d'éviter les contresens.

On dit (méchamment) que tout homme politique est victime inconsciente d'un économiste décédé. C'est probablement caricatural, car les économistes vivent comme le reste de la population de plus en plus longtemps... mais il est indéniable que le sens commun, le « bon sens », les « évidences » économiques ou sociologiques, sont directement issus de théories plus ou moins anciennes et il est en général possible de découvrir la filiation intellectuelle.

Il se peut également que la loi ait un raisonnement original, il est alors le plus souvent contenu de façon explicite dans les textes. Mais il serait naïf de croire que tous les modes d'intervention possibles pour aboutir à l'objectif recherché sont analysés simultanément au moment de la préparation d'un texte, car la formation des agents et l'organisation administrative limitent les choix possibles qui sont également restreints par la question de la légitimité.

Prenons un exemple didactique qui, bien entendu, ne correspond à aucune réalité. Supposons que nous soyons maire d'une ville de 200.000 habitants et que nous constatons des encombrements importants aux heures d'affluence d'entrées et sorties des bureaux et des usines. Nos administrés sont mécontents, le sujet a été abordé plusieurs fois au conseil municipal et tout le monde est d'accord pour trouver une solution. Que va-t-il se passer ? Il est très probable que le maire va rencontrer le directeur départemental de l'Équipement, que celui-ci va en parler à ses collaborateurs, que les bureaux d'étude vont se mettre au travail et que plusieurs mois après, ces services vont présenter à la mairie des projets de modification de la voirie et que l'on demandera au conseil municipal de choisir entre ces différentes solutions.

¹ Cette affirmation n'est pas contradictoire avec ce qui a été dit précédemment : que les objectifs soient difficiles à mesurer simplement ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'objectifs et qu'il ne faut pas essayer de les mesurer.

Pour résoudre le problème posé, il y avait évidemment d'autres solutions : l'instauration d'horaires variables dans les entreprises, une réorganisation des transports en commun, une nouvelle politique de l'urbanisme, etc. Pourquoi s'est-on contenté de l'étude de quelques alternatives d'une des voies de solutions possibles ? Il y a plusieurs raisons. La première est que l'histoire institutionnelle a « pré-câblé » les réponses à certains problèmes et que certains groupes professionnels, ici les ingénieurs des Ponts et Chaussées, se les sont appropriés. La seconde est que la puissance publique n'est pas toujours légitime pour intervenir. Par exemple, la mairie ne peut pas forcer les entreprises installées dans la commune à adopter les horaires variables pour résoudre les questions de circulation. Elle n'a pas dans notre pays cette légitimité. La troisième est la question du temps : certaines solutions même imparfaites auront des conséquences relativement rapides et visibles qui montreront aux administrés et futurs électeurs que « le problème a été pris en main ». Il y a enfin une quatrième raison qui est que des solutions de natures différentes sont difficilement comparables, à moins d'utiliser des méthodes multi-critères au manie-ment complexe.

Ce n'est qu'au milieu des années 1960 que la question essentielle du passage d'un problème à ses solutions possibles a commencé à être étudiée dans la littérature sociologique et économique, en particulier à la suite des travaux de Cyert et March (1963) et de l'école de Carnegie. Ils ont montré que la rationalité était « limitée », que l'on cherchait là où on avait l'habitude de chercher ; si dans une entreprise, on pose le même problème aux responsables de la production et à ceux du marketing, les premiers y répondent avec une solution « production » et les seconds avec une solution « marketing ». Il ne faut pas voir dans cette attitude une simple question d'intérêt, mais plutôt une question de « paradigme » pour utiliser le terme de Kuhn (1970) ; c'est-à-dire un ensemble d'a priori théoriques et méthodologiques qui limitent le champ du possible et qui permettent d'agir : cette limitation est donc nécessaire et utile, toutefois, si tous les conseillers ont la même formation, la même logique administrative, il est peu probable que des solutions différentes apparaîtront. Le problème de l'action n'est pas tant celui du choix de solutions, que celui de la recherche de ces solutions, c'est peut-être une des raisons pour lesquelles il n'est pas nécessaire d'avoir fait des études économiques poussées pour réussir en affaires ou en politique...

Avant de passer au point suivant, il nous faut cependant revenir brièvement sur la question de la légitimité. Dans les démocraties occidentales, l'Etat est saisi d'un nombre croissant de problèmes qui n'étaient pas considérés comme étant de son ressort il y a encore quelques décennies, c'est en particulier le cas de la politique industrielle du développement régional, etc. Cependant, les moyens d'action dont il dispose ne sont pas toujours à la mesure des problèmes qu'il est censé résoudre. Ce n'est qu'indirectement, par exemple, qu'il peut agir sur la fusion ou la création d'entreprises ; il peut par contre créer facile-

ment un centre de recherches, développer des instituts techniques, augmenter les crédits de remembrement et d'irrigation. Il agira donc de façon privilégiée sur ce qu'il contrôle même si ses actions n'ont qu'un lien ténu avec l'objectif recherché.

Pourquoi cette loi, à cette date ?

Dans toute étude d'évaluation, il faut également se demander pourquoi la mesure que l'on étudie est apparue à une date précise. C'est la question de l'agenda politique. A un moment donné, il existe de très nombreux problèmes politiques potentiels, mais seulement certains d'entre eux sont pris en compte. Pourquoi ? Quel est le contexte ?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de faire de la sociologie politique et administrative et d'essayer de répondre aux questions suivantes : Qui avait intérêt à cette mesure ? Qui l'a poussée ? Qui l'a combattue ? Le compromis a-t-il transformé la mesure initiale ? Comment ce débat se place-t-il dans l'ensemble des débats politiques du moment ? La réponse à cette question montre d'ailleurs qu'il n'y a en général pas une mesure, mais une série de mesures transformées successivement au cours des différentes étapes de préparation et de mise en œuvre.

Il est alors nécessaire de se demander quelle est la mesure que l'on évalue. Nous pensons que toute étude d'évaluation doit analyser ces transformations successives et pour prendre le cas d'une loi, il faut aller des textes préparatoires jusqu'au décret d'application en passant par les modifications successives introduites par les deux Chambres, les intentions du Gouvernement, etc.

Le travail ne s'arrête d'ailleurs pas aux décrets d'application, il faut également étudier la mise en œuvre concrète sur le terrain. On constatera alors que des négociations entre groupes d'intérêts continuent à se poursuivre à ce niveau (Padioleau, 1980), que certaines des mesures prévues ne sont pas utilisées, que d'autres sont interprétées, que d'autres enfin sont appliquées sans modifications, qu'enfin ces mesures sont plus ou moins compatibles avec la réglementation pré-existante (Jean-Pierre Ponsard, 1981, et Gérard de Pourville, 1981). On essaiera également de distinguer à chaque étape les fonctions latentes des fonctions manifestes des mesures retenues.

Les difficultés techniques

Elles sont de même nature que les difficultés rencontrées par les chercheurs en sciences sociales. Nous les rappellerons brièvement.

a) Le problème de la mesure

Les théories sont des relations entre concepts, mais on ne les invalide que si l'on est capable de passer du niveau des concepts à celui des mesures opérationnelles. Or, cette transformation a pratiquement toujours une part d'arbitraire influencée par des a priori théoriques. Comment mesurer le « progrès

social », le « développement harmonieux », ou même la « criminalité », l'« urbanisation », la « valeur ». A un concept donné correspondent souvent plusieurs mesures opérationnelles. Mais toutes les mesures ou « variables » n'ont pas les mêmes caractéristiques mathématiques. Au cours du processus d'opérationnalisation, on a tendance à favoriser les mesures cardinales non seulement parce qu'il est alors possible d'utiliser des outils mathématiques puissants (les statistiques paramétriques), mais aussi parce qu'elles donnent l'impression d'être plus « objectives ». Le choix de la mesure opérationnelle des critères de résultats et de moyens est donc une étape importante dans laquelle peut s'introduire des biais qui risquent de remettre en cause les résultats de l'étude. Il peut être sage d'utiliser à ce stade plusieurs mesures d'objectifs, ou tout au moins, de faire explicitement le raisonnement qui a conduit à privilégier une mesure plutôt qu'une autre.

b) Méthodes d'évaluation et plans d'expériences

1. L'expérimentation aléatoire

En toute rigueur scientifique, seule l'expérimentation sociale aléatoire ayant un impact relativement mineur sur le système social peut-être évaluée de façon rigoureuse.

Dans ce plan d'expérience, il y a un groupe expérimental et un groupe de contrôle, l'appartenance à l'un ou l'autre groupe est effectuée de façon aléatoire. Les éventuelles différences entre ces deux groupes sont donc essentiellement attribuables à la modification introduite dans le groupe expérimental.

L'impact doit être relativement mineur car si la nature du système social change, il y aura également modification du groupe de contrôle.

L'expérience la plus connue utilisant cette méthode est celle de l'impôt négatif du New Jersey (Pechman et Timpane, 1975). A notre connaissance, elle n'a jamais été utilisée en France de façon explicite. Cette méthode a l'inconvénient d'être lourde, coûteuse, difficilement applicable.

Elle soulève en outre des problèmes éthiques : « si la mesure est bonne, pourquoi ne pas l'appliquer à toute la population ? » Elle est, nous l'avons vu, limitée ; enfin, elle convient mal aux habitudes politiques françaises.

2. La quasi-expérience

La plupart des études d'évaluation sont ce qu'il est convenu d'appeler d'après Campbell et Stanley (1963), des quasi-expériences, c'est-à-dire que l'expérimentateur ne contrôle pas le phénomène étudié, les variations lui sont imposées de l'extérieur. Certes, il peut faire des mesures avant, pendant et après, mais il lui est impossible de limiter la variation d'un facteur à un groupe qu'il aurait privilégié. Par exemple, le port de la ceinture de sécurité s'est appliqué à l'ensemble de la population et non pas, par exemple, aux seuls propriétaires de voiture dont le numéro d'immatriculation est impair...

De tels plans d'expérience soulèvent toute une série de problèmes¹ pour attribuer les variations constatées, à la variable étudiée. On peut en limiter l'importance, on ne peut pas les éliminer totalement.

Dans ce type d'étude, il y a deux grandes catégories de plans d'expériences selon que les variables sont toutes mesurées en même temps (coupe instantanée) ou à des époques différentes (études longitudinales). Dans la mesure du possible, les études longitudinales doivent être préférées. Les hypothèses qu'il est nécessaire de faire pour une coupe instantanée sont en général trop contraignantes.

Les difficultés méthodologiques que nous venons de signaler sont des difficultés intrinsèques qu'il est possible de limiter, pas de faire disparaître. Elles se posent de façon plus ou moins aiguë selon la nature du problème étudié. Elles sont plus ou moins élégamment traitées selon le talent des chargés d'étude.

Jusqu'à présent, nous avons supposé que les études d'évaluation étaient justifiées et ne posaient que des problèmes techniques. Nous allons voir que ce n'est pas le cas et que la question de la relation entre étude et décision est de première importance.

Evaluation et décision

La relation entre connaissance et décision est une relation complexe et peu analysée. De nombreux responsables d'étude sont souvent déçus de voir que leurs recommandations ne sont pas prises en compte, que leur étude « ne sert à rien ». Et, pourtant, ils devraient savoir par exemple que ce n'est pas parce que les fumeurs savent qu'il est dangereux de fumer qu'ils s'arrêtent de le faire pour autant. Les comportements individuels ou collectifs ont le plus souvent de très nombreuses racines qui ne sont pas uniquement une « affaire de volonté » individuelle ou collective.

Les raisons de l'un ne sont pas celles de l'autre, et nous allons brièvement analyser la relation étude-décision afin de classer les difficultés les plus courantes.

a) Qu'est-ce que ça changerait ?

Avant d'entreprendre une étude d'évaluation, il faut supposer l'information collectée et se demander si la connaissance de cette information changerait

¹ Campbell et Stanley (1963) indiquent huit classes de facteurs qui, dans une quasi-expérience, peuvent mettre en cause la validité interne de l'évaluation, c'est-à-dire que les modifications observées ne sont en fait pas dues à la mesure étudiée, mais à d'autres phénomènes. Ils intitulent ces facteurs « Histoire », « Maturation », « Effet de mesure », « Instrumentation », « Régression statistique », « Biais dans l'échantillonnage », « Mortalité expérimentale », « Interaction sélection-maturation ». Ils indiquent également quatre facteurs limitant la validité externe, c'est-à-dire la possibilité de généraliser la situation expérimentale à l'ensemble de la population : « Réaction due à l'expérience », « Interaction ; entre la variable expérimentale et les critères de sélection », « Réactions dues aux conditions de l'expérience », « Interférences dues au traitement multiple ».

potentiellement le cours des choses. La réponse à cette question n'est pas toujours oui, soit parce qu'il n'y a pas d'alternatives à la situation actuelle ou simplement des alternatives très onéreuses, soit que l'on sait très bien que les autres solutions sont inapplicables même si elles sont plus efficaces.

Cette démarche paraît évidente et pourtant elle n'est pas toujours suivie, par exemple, dans un hôpital de l'Assistance publique de Paris, 45 % des analyses de sang demandées en urgence ne sont pas réclamées par l'équipe de garde. Cette information était-elle toujours potentiellement utile ? Il est probable que non.

b) *Quelle est la demande ?*

Une demande d'étude d'évaluation peut être faite pour plusieurs raisons. Il y a tout d'abord des raisons techniques : connaître les besoins d'une population déterminée, allouer des ressources, évaluer des impacts, améliorer la qualité d'un service rendu, produire des informations... Mais, il peut aussi y avoir des raisons politiques : assurer le contrôle social sur une population ou une institution, retarder une décision sous prétexte d'étude, réaliser une action symbolique, certains diraient « théâtrale », pour indiquer que l'on s'occupe du problème. Il n'y a d'ailleurs pas toujours une coupure nette entre ces fonctions techniques et politiques, que l'on peut également qualifier de fonctions manifestes et de fonctions latentes.

La première tâche du responsable d'étude est d'analyser la demande sous ses deux aspects.

c) *Qui réalise l'étude ?*

Une étude d'évaluation peut être réalisée par le responsable de la mesure à évaluer, par son service, par un service de l'administration autre que celui qui est directement concerné, par un organisme indépendant, équipe de recherche ou société de conseil. On peut indiquer qu'en principe plus l'organisme est indépendant, moins l'étude est biaisée¹, mais plus il est difficile d'accéder à l'information pertinente. Toutefois, l'indépendance totale risque de conduire à des réactions de rejet quand les conclusions de l'étude seront déposées. Pour éviter cette réaction, il paraît donc sage de faire participer les responsables concernés aux travaux intermédiaires afin d'assurer un éventuel suivi ultérieur ; cette relation risque cependant de limiter la liberté d'action des responsables de l'étude.

d) *Quelle publicité ?*

La réponse ici paraît claire : il faut que la publicité soit la plus grande possible. C'est un garant de la qualité : en effet, plus le nombre des lecteurs sera grand, plus l'étude sera critiquée, mieux les failles seront connues. La publici-

¹ Ce n'est cependant pas une règle absolue car le service d'étude peut avoir son propre agenda et biaiser d'une autre façon.

té doit être la règle, la prudence, l'exception, Mais on sait que cette position de principe n'est pas toujours appliquée, l'information, le constat gêne.

e) Le temps

Le schéma idéal d'une étude est : demande, analyse, présentation des résultats, action (éventuellement). Malheureusement, ce schéma n'est pratiquement jamais réalisé car les impératifs du commanditaire ne sont pas les mêmes que ceux qui ont en charge l'étude. Nous avons vu que les problèmes n'apparaissent pas tous en même temps sur l'agenda politique, et qu'il faut pour cela un certain nombre de circonstances favorables. Ce qui est vrai de leur apparition l'est aussi de leur disparition. Un responsable ne peut en général pas attendre les un à cinq ans nécessaires pour la réalisation d'une étude sérieuse. Il demandera donc des rapports intermédiaires, des « idées » et, si le problème est « chaud », il arrive souvent que l'étude d'évaluation n'ait plus d'objet car la mesure à évaluer a été transformée dans le courant de l'étude. Il se peut aussi que le problème soit oublié ou considéré comme secondaire car les conditions économiques ou politiques se sont transformées.

Il n'y a pas de solution systématique à ce problème. La meilleure est de prévoir suffisamment longtemps à l'avance les questions qui vont se poser et d'engager des études afin qu'elles soient disponibles au moment où elles pourront être utilisées. Les études d'évaluation comme toutes les études posent donc le problème de leur utilisation. Nous renvoyons le lecteur aux travaux réalisés par le Centre de gestion scientifique de l'Ecole des mines de Paris (1979) qui traitent spécifiquement de ce sujet. Toutefois, nous pensons qu'une étude d'évaluation, quand elle est de qualité, et qu'elle est publique, reste rarement lettre morte. Elle est utilisée comme arme par les groupes de pression qui ont intérêt à ce qu'un changement se produise.

IV. CONCLUSION

Alors que dans de nombreux pays occidentaux les études d'évaluation se sont développées de façon considérable durant ces dernières années, soit parce qu'elles sont requises par la loi comme aux Etats-Unis pour tout nouveau programme fédéral, soit qu'il existe une équipe spécialisée comme le « Central Policy Review Staff » britannique, rattaché directement au Premier ministre, il y a encore peu d'exemples d'études d'évaluation en France. Elles sont en général le fait de chercheurs ou de professeurs de l'enseignement supérieur, Angelmar et Padioleau (1977), Padioleau (1980), Kervasdoué (1976), (1979), Boudon (1977), Lagadec (1977), Bienaymé et Tezenas du Montcel (1977), Yon (1976), Pouvourville (1981), Ponssard (1981). Il est relativement rare que ces études aient été faites à la demande d'une administration bien que cela commence à se généraliser. Il ne nous est peut-être pas naturel de considérer l'intervention de l'Etat comme une théorie du changement social, comme un sa-

voir plus ou moins bien adapté. La loi conserve un caractère sacré, alors que dans d'autres pays elle a surtout un côté empirique, ça marche ou ça ne marche pas et si ça ne marche pas, pourquoi ne pas essayer de savoir pourquoi. L'évaluation ne doit pas devenir une mode mais une activité habituelle d'autant plus nécessaire que les crédits de l'Etat vont se restreindre dans les années à venir et qu'il sera donc nécessaire d'abandonner certaines activités pour pouvoir en entreprendre de nouvelles. Dans cette circonstance, les études seront les conditions nécessaires même si elles ne sont pas suffisantes.

BIBLIOGRAPHIE

C.C. ABT

« Social Science Research and the Modern State » - DAEDALUS - FALL, 1979.

R. ANGELMAR

« L'évaluation des politiques publiques » Communication au séminaire GAPAC. L'analyse des politiques publiques - Maison des sciences de l'Homme, 17 février 1978.

E. BARDACH

« The implementation game : what happens after a bill becomes a law » MIT Press, 1977

S. BECKER, G. GORDON

« An entrepreneurial Theory of Formal Organizations ; part 1 : Patterns of Formal Organizations », Administrative Science Quarterly, 11 déc. 1966, p. 315-334.

A. BIENAYME & H. TEZENAS du MONTCEL

« Contrôle et politique des prix : éléments pour une analyse de l'Economie Administrative » Chroniques SEDEIS - 15 mai 1977, p. 351-370.

P. BLAU

The Structure of Organizations. New York, Basic Book, 1971.

R. BOUDON

« Effets pervers et ordre social », Paris : Presses universitaires de France, 1977.

D.T. CAMPBELL & J.C. STANLEY

« Experimental and quasi-experimental designs for research », Chicago : Rand McNally, 1963.

B. CAZES

« L'analyse stratégique », Document Plan. 1974.

S. CHARBONNEAU & J.G. PADIOLEAU

« La mise en œuvre d'une politique publique réglementaire : le défrichement des bois et forêts », Revue française de Sociologie, XXI, 1980, 49-75.
Cour des comptes. Rapport au Président de la République. Journal officiel, 2 juillet 1977, p. 1288.

R.M. CYERT & J.G. MARCH

« A behavioral theory of the firm » Englewood cliff. N.J., 1963.

J. ELLUL

« Le système technicien », Calmann-Levy, 1977

J. de KERVASDOUE, L. FABIUS, M. MAZODIER & F. DOUBLET

« La loi et le changement social : la loi sur les fusions et les regroupements de communes », Revue française de Sociologie - Juillet, Septembre 76.

J. de KERVASDOUE

« Les politiques de santé sont-elles adaptées à la pratique de la médecine ? », Sociologie du travail, N.J. 1979

J. de KERVASDOUE, J. KIMBERLY

« Are organizational structures culture free ? the case of hospital innovations in the U.S and France », papier présenté à Honolulu, Hawaï, septembre 1977 à la Conférence on « Crosscultural studies on Organizational Functioning »

T.S. KUHN

« The structure of scientific revolution » University of Chicago Press, 1970.

P. LAGADEC

« L'étude d'impact : instrument d'évaluation des décisions lourdes », Futuribles, hiver 1977

J.A. PECHMAN & P.M. TIMPANE

Eds Work Incentives and Income Guarantees. Washington D.C. : Brookings, 1975.

C. PERROW

« Hospitals : technology, structure and goals », in Handbook of Organizations, James G. March, Chicago, Rand Mc Nally, 1965, p. 910.931.

J.P. PONSSARD

« Marchés publics et innovation : concurrence ou régulation ? », Revue Economique, 1981.

G. de POUVOURVILLE

« Les achats publics, outils indociles d'une politique industrielle ». A paraître dans Economie et Société. Collection Science de gestion, 1981.

M. RENAUD

« Réforme ou illusion ? Une analyse des interventions de l'Etat québécois dans le domaine de la santé », Sociologie et Sociétés, 9, avril 1977.

M. WEBER

Economie et Société, tome 1, traduction française, Plon, 1971.

A. WILDAVSKI

« Doing better and feeling worse », Daedalus, Winter 1977

B.YON, F. COUTENSOU & M. YON

« La réglementation des prix dans les I.A.A. », Ministère de l'Agriculture, 1976.

5.3

Le Monde*Edition du 28.11.2003***L'hôpital vu d'en bas**

Jean de Kersvadoué

Nous reproduisons ici un article paru dans Le Monde du 28 novembre 2003. Jean de Kersvadoué a repris ce récit dans un livre intitulé "L'Hôpital vu du lit", en le prolongeant de considérations plus techniques sur le fonctionnement et la réforme de l'hôpital.

Le récit paru dans le Monde comme les premiers chapitres de ce livre ont donné lieu à des critiques louangeuses mais aussi, parfois virulentes. Certains y voyaient une attaque contre l'hôpital, d'autres la découverte bien tardive de la réalité de terrain par un haut responsable du système. Nous y voyons au contraire la justification d'une vie d'engagement au service de l'hôpital. C'est la raison pour laquelle nous avons cru utile de reproduire cet article ici.



- Broché: 167 pages
- Editeur : Seuil (22 Sep 2004)
- Langue : Français
- ISBN: 2020678462
- Dimensions (en cm): 15 x 2 x 22

Le Monde

Edition du 28.11.2003

L'hôpital vu d'en bas

Jean de Kersvadoué¹



Le monde hospitalier, il le connaissait surtout vu d'en haut. Ancien directeur des hôpitaux au ministère de la santé,

Jean de Kersvadoué s'est retrouvé usager à la suite d'un accident. Voici le récit de son hospitalisation.

Les faux plafonds des couloirs suintent, la lumière est blafarde, une foule nombreuse s'empresse. Les patients, les familles et les différentes corporations hospitalières se distinguent par leur uniforme et le teint du visage. Je suis rapidement pris en charge par un médecin : pouls, température, tension, prise de sang, prescription d'un analgésique, prescription de radiographies ; mais aussi radio et musique reggae, souffrance et ambiance antillaise, deux mondes se côtoient.

L'examen clinique indique un enfoncement du bassin.

Le brancard est sorti du cabinet médi-

cal, j'attends que des brancardiers se libèrent pour me conduire à la radio. Il me semble être revenu dans le large couloir intérieur par lequel j'étais arrivé : quelques bancs, des personnes qui attendent. Qui ? Quoi ? Un membre de leur famille, un document, une consultation ? Des gardes déambulent lentement, triste nouveauté - il y a vingt ans, les urgences n'étaient pas surveillées. J'aperçois quelques compagnons d'infortune sur des brancards dans le couloir, et en devine d'autres, dont les pieds sortent de box spartiates, certains ouverts, d'autres fermés par un rideau gris à la propreté incertaine. On y chuchote. J'ai mal et froid, j'attends immobile. La douleur m'enferme. Quelle heure est-il ? Mon brancard bouge, un Antillais chaleureux me conduit vers la salle d'attente du service d'imagerie. Il trouve les mots et l'attitude pour me faire croire quelques instants que tout cela est bien banal. Magie du charme ! Je croise le regard d'autres âmes errantes, à l'évidence elles souffrent. Pourquoi sont-elles debout ? Mon brancard est parqué en salle d'attente de la radio.

¹ Directeur des hôpitaux au Ministère de la Santé de 1981 à 1986, Jean de Kersvadoué, 59 ans, est aujourd'hui professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM). A la direction des hôpitaux, il avait mis en œuvre la réforme du "budget global". Il a notamment publié, chez Gallimard, *Santé : pour une révolution sans réforme*.

Il y a bientôt trente-cinq années, étudiant aux Etats-Unis, un de mes professeurs de l'université Cornell m'a convaincu d'écrire une thèse de doctorat portant sur l'organisation hospitalière. Depuis, je n'ai plus quitté le monde de la santé : chercheur, directeur des hôpitaux au ministère, consultant, de nouveau professeur, ce secteur me passionne toujours. Il me paraît, plus qu'un autre, révélateur du fonctionnement de nos sociétés modernes car, quelle que soit la question que l'on traite en politique de santé ou, plus modestement en gestion hospitalière, on ne peut en ignorer la dimension éthique, scientifique, sociale ou économique. Mon intérêt pour l'hôpital n'est pas qu'intellectuel, il est aussi politique. Nos concitoyens, alors qu'ils sont fragiles, doivent y trouver le meilleur service possible, compte tenu des contraintes, notamment financières. Les hôpitaux sont le prisme à travers lequel je vois le monde. Ils me sont familiers debout, je les découvre couché. Le paysage change.

Une (...) manipulatrice, aidée d'un brancardier, me fait entrer et m'explique qu'il va falloir me transférer du brancard à la table de l'appareil. J'examine cette table, elle est lisse, froide et plate - si plate - alors que je me sens rigide, fragile et tordu comme un verre de Venise ! Je ne comprends pas immédiatement qu'elle s'attende à ce que je puisse me transférer sans aide. J'en suis totalement incapable.

Quelques efforts aux résultats minuscules démontrent ma réelle incapacité. Je demande s'il n'existerait pas

dans le service une "machine de transfert", appareil banal qui ressemble à une potence sur roulettes, permet de porter un malade d'un brancard ou d'un siège sur un lit (...). J'ai l'impression d'avoir prononcé une incongruité, peut-être parce que cette machine a été demandée à vingt reprises par l'équipe et n'a pas été satisfaite - le bon bordereau devait manquer - ou tout autre prétexte efficace des grandes bureaucraties... En attendant, toujours est-il qu'il va falloir que je passe de l'un à l'autre, l'Everest.

On va chercher du renfort. Un premier volontaire ne suffit pas, nouvel appel pour la corvée, un second arrive, monte sur la table d'à côté, recule, tombe dans le vide, fait le grand écart, heureusement ne s'accroche pas à mon drap, se relève en jurant ; émotions, pas trop de mal. Chacun reprend ses esprits et tous tentent à nouveau de soulever et de faire glisser le drap dans lequel je suis enveloppé pour passer du brancard à la table, cette manipulation m'évoque celle réalisée par les fromagers de gruyère pour transvaser le lait caillé de la grande bassine de première fermentation dans un moule. J'ai redouté le pire.

Il existe.

La surveillante puis l'administratrice de garde viennent prendre de mes nouvelles, leur chaleur formelle me rassure et me touche. Il est vrai que je suis, même abîmé, persona grata. Je retraverse le couloir, et le médecin qui m'a accueilli, en me montrant les radios, confirme son diagnostic : le bassin a bien été enfoncé, et il y a

plusieurs fractures du cotyle. La tête du fémur a traversé le bassin et causé plusieurs éclatements. Il me laisse entendre que c'est sérieux et que ce sera long, plusieurs mois, sans autres précisions : *"Vous verrez le chirurgien."*

L'hôpital, c'est d'abord l'angoisse et la souffrance, les hospitaliers le savent, c'est leur affaire, de mieux en mieux prise en charge d'ailleurs. Cependant, le discours compassionnel à l'égard du malade de ceux qui ne pratiquent pas les soins, de ceux qui ne sont pas en contact direct avec lui - fonctionnaires, politiques, journalistes - m'a toujours écoeuré. Je hais ces circulaires et ces discours dégoulinants de bonnes intentions qui proclament que l'on doit *"mettre le malade au centre du système de santé"*, alors que, dans certains services, à certaines heures, personne ne décroche le téléphone pour répondre aux familles, que les locaux sont crasseux, que le contrôle qualité n'existe pas et que les malades errent dans des services d'urgences où ils ne devraient pas se trouver. La plupart de ceux que j'ai croisés ce soir-là avaient une rage de dents qui aurait pu être soignée en ville.

Retour dans le hall, la chronologie précise de cette longue soirée s'estompe. L'interne de chirurgie passera. Il m'annoncera que l'on peut m'opérer.

En attendant, je vais, me dit-on, pouvoir monter au "service porte", où une chambre m'attend. En fait, je resterai encore une bonne heure entre la salle de droite, le box de gauche et le couloir. Il me sera fait une deuxième prise de sang de contrôle. On cherchera mes *"papiers"* qui s'entassent

sur ceux d'autres dossiers. Comment ne peut-il ne pas y avoir d'erreurs dans une telle désorganisation ? Un compagnon de ma longue convalescence me racontera que, dans un autre hôpital parisien, on a annoncé à sa mère qu'elle était atteinte d'un cancer. Elle n'avait rien. L'erreur, due à un mauvais classement de compte rendu d'anatomopathologie, sera découverte dix jours plus tard.

Vue du malade couché qui, lui, ne voit que le plafond, la suite des événements qu'il subit, si elle n'est pas totalement aléatoire, lui semble difficile à comprendre. Les décisions du médecin de garde, clairement le chef d'orchestre de cette fourmilière, sont rapides.

L'équipe pare au plus pressé : vous, puis un autre. Mais pourquoi vous plutôt que l'autre : le plus jeune, le plus cassé, le plus pénible, celui qui est proche de la porte ? On se demande quelles sont les priorités et surtout pourquoi l'intense et réelle attention de quelques instants est suivie de longs moments d'abandon.

Il y a des raisons qui font que l'organisation des urgences est difficile, et je ne parle ici ni du manque de personnel ni de la croissance annuelle des admissions, à un taux moyen de 5 % au cours des dix dernières années. Le service d'urgences est le sas entre les désordres de la ville et l'organisation de l'hôpital. Personne ne disconvient qu'il est essentiel d'adapter les urgences, d'investir dans des locaux d'un autre âge, mais les "renforcer", sans préciser où et comment, ne mènera nulle part.

Le premier investissement, l'urgence pour les urgences, est dans l'organisation. Certes, les urgences sont par essence aléatoires, désordonnées, complexes, mais ce constat n'implique pas nécessairement que leur organisation ne soit réduite qu'à l'ouverture d'un dossier, à la sortie d'une étiquette "code-barres" - que l'on mettra plusieurs heures à coller sur mon lit - et à l'enregistrement de données cliniques, biologiques et radiologiques dans de vagues chemises et une grande enveloppe brune. En guise d'organisation, toutes informations et toutes décisions remontent aux médecins, donc le flux des patients est contraint par l'organisation du temps des praticiens de garde. Le verbe du docteur domine et semble remplacer toute procédure.

Quant à la qualité de l'information du malade, à ce stade du séjour, elle fait penser à celle de la SNCF pour ses usagers : *"Le train est arrêté sur la voie, n'ouvrez pas les portières."*

Pour être tout à fait exact, le patient allongé bénéficie également de la chance de se voir distribuer une "charte du patient hospitalisé" et un questionnaire. Qui, à 11 heures du soir, perclus de douleurs ou simplement angoissé, a la capacité de lire cette charte et de répondre à ce questionnaire ? Du point de vue juridique cependant, cette remise en main propre désengage l'hôpital : le patient est, pour l'administration, "informé" de ses droits.

Plus tard, de ma chambre, j'entends du fond du couloir monter une plainte régulière, un râle, qui va et revient avec la respiration de cette autre per-

sonne. Elle souffre là-bas, pas loin. Il ne s'agit pas de cris comme ceux entendus aux urgences, mais l'expression de la souffrance à l'état pur, un cristal de désespoir ; il se grave dans ma mémoire. Je suis entré dans la nuit des autres. On partage peu l'intimité de la nuit. Voilà qu'inopinément elle s'ouvre. En quittant le "service porte", j'apprendrai que cette souffrance, qui s'exprimait le lendemain encore, était celle d'un malade atteint de la maladie d'Alzheimer et d'autres lésions organiques. Personne, aucune unité d'hospitalisation, ne semblait en vouloir. Il attendait donc dans ce service de passage.

En début d'après-midi, j'apprends que la chambre en chirurgie est prête, je vais pouvoir y monter. Rien ne se passe avant 16 heures, quand deux brancardiers énergiques entrent dans ma chambre du "service porte" et disent qu'ils vont me descendre à la radio. Je demande la raison de ce nouveau cliché, on me répond : *"Le médecin dit qu'il vous faut une radio."* Aucune autre précision ne me sera donnée. Le lit roule vers l'ascenseur et y pénètre, mais, du fait de la petite potence qui tient mon pied en extension, l'ascenseur ne se referme plus, le lit est ainsi trop long de quelques centimètres. *"Non, non, on vous ramène dans votre chambre et on va demander à la radio de monter."* Pourquoi n'a-t-on pas commencé par là, me dis-je ?

Je reviens donc à la case départ. L'appareil de radio poussé par un brancardier et précédé d'une manipulatrice, hiérarchie oblige, arrive vingt minutes plus tard. En voyant l'appareil,

j'en déduis qu'il m'a été prescrit une autre radio du poumon. Ils sont maintenant une petite dizaine dans le couloir : les premiers brancardiers (ils n'ont pas bougé), l'équipe de la radio, un médecin senior du "service porte", des internes, des infirmières...

"Pourquoi voulez-vous me faire une autre radio du poumon ?", dis-je à la cantonade.

- Parce qu'il n'y en a pas dans votre dossier, m'est-il répondu.

- Il me semble que mon poumon a été suffisamment irradié hier soir, on m'en a déjà fait trois !", répliquai-je d'un ton peu commode.

Cette réponse semble perturber suffisamment le groupe pour que la porte se referme. Je devine qu'ils s'affairent. Plus rien. Vingt minutes plus tard, la porte s'entrouvre pour autre chose, je les aperçois près du négatoscope qui feuilletent mon dossier. L'appareil de radio repart.

"Alors ?

- On les a retrouvées dans le dossier du scanner, elles étaient mal classées", dit le médecin senior sans se retourner.

Pas d'excuses.

Tout cela a duré une bonne heure et demie et occupé de six à huit personnes. Je fais un rapide calcul de coût : au moins 500 euros, charges comprises, sans parler d'une irradiation inutile et de l'inquiétude de souffrances à venir. L'inquiétude change d'objet, je n'ai plus aucune confiance dans la nature des informations de mon dossier, constitué à la va-vite. En outre,

l'équipe soignante montre qu'elle est incapable de retrouver la trace d'examens de radiologie réalisés hier soir, la fameuse traçabilité des actes ne semble pas encore être mise en œuvre.

Faute de contact entre le "service porte" et l'orthopédie, j'attendrai jusqu'à 20 h 30 l'honneur d'être brancardé par deux chirurgiens.

L'hôpital est un orchestre sans chef. Chaque "patron", chef de service, est nommé par le ministre de la santé et non par le conseil d'administration de l'établissement. Il tire son pouvoir d'un texte qui date du régime de Vichy (1943), en application du "führerprinzip".

L'hôpital est plus une rue commerçante qu'une organisation moderne, chaque boutique est indépendante, et la communication entre elles c'est : "Si je veux, quand je veux."

L'étage d'orthopédie me paraît plus propre et, si la chambre est petite, elle semble calme (très provisoirement). J'y serai seul, privilège certain. Le dîner, servi à 18 heures, m'attend. Un des volets est bloqué, l'autre peut se fermer, mais encore faut-il pouvoir quitter son lit. Le service attend une réparation depuis plusieurs semaines, c'était encore le cas quand je suis parti.

Après l'opération, encore incapable de franchir le mètre qui me sépare des toilettes, je demande à la très efficace aide-soignante de ce matin-là quand elle pourrait passer m'aider. Je lui précise qu'à 10 h 30 les kinésithérapeutes viendront me placer un appareil pour bouger lentement ma

jambe du côté opéré et, qu'en conséquence, il serait préférable que cela ait lieu avant (c'est le malade qui tente une vague coordination). Elle arrive à 10 heures, souriante et gaie, commence à passer un gant de toilette sur le côté gauche, puis s'en va en me disant : *"Je reviendrai."* Je reste découvert.

A 10 h 30, rien, 11 heures, pas de signe de vie, les kinés attendent dans le couloir, l'appareil aussi. A 11 h 30, je commence à m'impatiser. Elle arrive à midi. Comme je lui fais remarquer qu'on ne laisse pas un patient à moitié nu pendant deux heures, elle me répond : *"Je vous avais dit que je reviendrai, mais je n'ai pas précisé quand."*

Le temps du malade ne compte pas, à commencer par les réveils matinaux pour vous demander si vous avez bien dormi, alors qu'épuisé, vous venez de trouver le sommeil. Le travail n'est pas organisé par une programmation concertée de la demande des malades, mais par des textes et l'urgence ressentie de l'équipe.

Mais si le travail à l'hôpital est organisé comme à la cour d'Autriche au XIX^e siècle (ceux qui ouvraient et fermaient les fenêtres ne les lavaient pas), il manquera toujours de personnel. Je sais, depuis mes premières lectures de Michel Crozier, que plus les statuts sont précis, donc rigides, plus ils protègent ceux qui en bénéficient, mais ne pas combattre cette évolution met l'hôpital en danger ! La pénurie est aussi créée par les règles statutaires, mais ce n'est pas l'unique raison. La pénurie et la qualité du service s'en ressentent. Le sys-

tème n'a pas changé depuis des décennies, alors que la médecine hospitalière a traversé des révolutions.

Certes, j'ai reçu des soins attentifs par des personnes dotées de très grandes compétences. J'ai, comme d'autres, goûté la chaleur des mammas bretonnes, des îles ou d'ailleurs (le plus souvent des îles), qui apaisent par leur seule présence les misères que magnifient l'insomnie et la recherche vaine d'une position antalgique. Mais aussi, comme dans tout rapport humain, si la séduction joue, les rapports de force ne sont pas absents, parfois avec la même personne. La position entre le debout déambulant et le couché immobile est asymétrique. Le couché dépend du debout pour les gestes les plus intimes. Certains prennent plaisir à le rappeler.

Quelle déception que celle des médecins qui ont, dans les années 1960, choisi le temps plein à l'hôpital public et partent à la retraite en ayant le sentiment de laisser une institution plus mal en point que celle qu'ils ont connue au début de leur carrière ! La flamme réformatrice ne semble pas encore très vive chez leurs successeurs.

Elle doit cependant exister. En attendant, comme ils disent : *"Nous faisons de la recherche et de la médecine."* Mais là où le bât blesse, c'est que la qualité de la médecine dépend de plus en plus de l'organisation hospitalière, les qualités individuelles d'expertise et de compassion ne suffisent plus, même si elles restent essentielles.

L'hôpital se fossilise.

Enfin, si l'Etat contrôle des milliers de choses à l'hôpital, il laisse partir l'essentiel, c'est-à-dire certains savoir-faire. Le médecin qui m'a opéré est chirurgien dans une clinique privée.

Certes, il est aussi, à la demande du chef de service, vacataire à l'hôpital public par dévouement, conviction, intérêt pour la recherche... mais cette position n'est pas très stable et il n'y a qu'une autre grande équipe, en région parisienne, qui ait ce type de compétence internationalement reconnue, même s'il y a plus de deux établissements où l'on peut être opéré du cotype. La spécialisation est inéluctable. C'est se voiler la face que de l'ignorer.

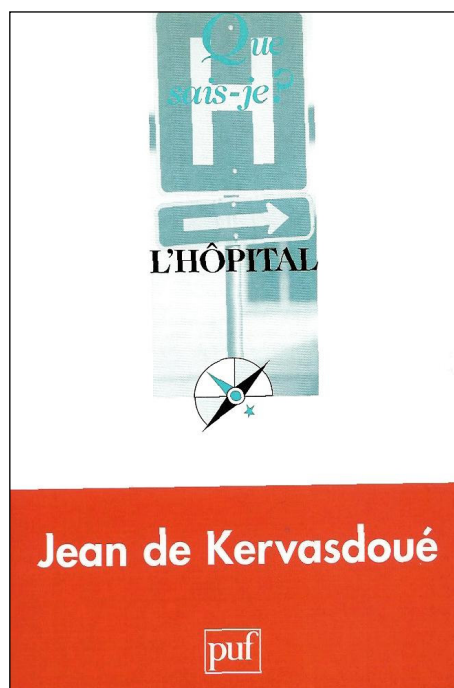
Pour des visites de contrôle, je reviendrai à l'hôpital. La convocation pour la première consultation est au cinquième étage : taxi, béquilles, recherche de l'ascenseur, attente, montée, 20 mètres vers un guichet au cinquième, où l'on me confirme que c'est bien là que je dois être.

Nouvelle attente pour m'entendre dire qu'il faut redescendre à la caisse. Dans les hôpitaux publics, l'ordonnateur (le directeur ou ses représentants) n'est pas le comptable. Il ne manipule pas d'argent, cette noble tâche est laissée aux fonctionnaires du Trésor. Bien entendu, la caisse n'est pas à l'étage de la consultation d'orthopédie mais au rez-de-chaussée. Re-béquilles à petite vitesse, mobilité réduite oblige, ascenseur, couloirs, guichet barricadé où il faut glisser ses papiers pour, après vérification, s'entendre dire que la consultation est gratuite du fait de la lourdeur de l'opération subie. Retour cinq étages plus haut, où l'on aurait pu savoir ce que je savais aussi - c'est-à-dire que la consultation était entièrement payée par l'assurance-maladie -, salle d'attente, bonne consultation... Si le patient est "*au centre du système de santé*", étant donné la taille du centre, le cercle doit être immense !

Jean de Kervasdoué

5.4

Extraits du livre
de Jean de Kervasdoué
"L'hôpital"



Titre :	L'hôpital
Auteur :	Jean DE KERVASDOUE
Collection :	Que sais-je ?
Numéro :	795
Discipline(s) :	Sciences/Médecine/Techniques - Médecine
Prix :	8 €
Nombre de pages :	128
Format :	11,5/17,6
Date de parution :	septembre 2005, 2ème édition
ISBN :	2130552579

Chapitre III

L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE

III) L'enjeu de l'organisation hospitalière : gérer une structure et gérer les soins

pp. 53 & 54

1. Double hiérarchie et double légitimité

Pour évoquer la double structure de tout hôpital dans le monde qui tire ses racines d'une double légitimité médicale, d'une part, et gestionnaire d'autre part, le terme le plus souvent retenu est celui de Mintzberg¹ qui parle de "bureaucratie professionnelle".

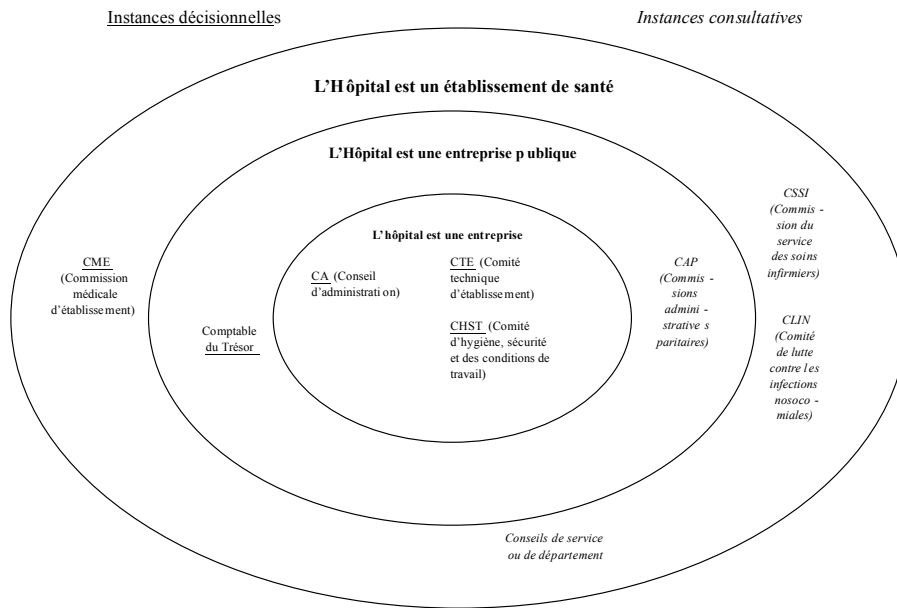
Dans chaque hôpital existe donc d'un côté une bureaucratie classique où le directeur de l'établissement est maître à bord dans le respect des textes en vigueur et des orientations de son conseil d'administration, de l'autre, nous avons vu qu'en France la structure était moins claire, qu'il s'agissait plus d'un archipel d'îlots bureaucratiques-charismatiques (les services cliniques et médico-techniques) dans lesquels n'ont pas totalement disparu certaines formes traditionnelles du pouvoir. Si le chef de service dispose dans son service d'une grande indépendance et de lourdes responsabilités à l'égard de ses malades et de ses collaborateurs, chaque médecin qui travaille dans son équipe en dispose aussi, c'est le propre des membres d'une profession²

Si nous avons parlé d'îlots bureaucratiques³ et non pas de bureaucratie, c'est parce que le président de la Commission médicale d'établissement (CME), élu par ses pairs, n'est pas l'homologue du directeur, même s'il est son interlocuteur privilégié: il n'exerce pas sur ses confrères le pouvoir et n'exerce pas les responsabilités dont le directeur a la charge à l'égard de ses collaborateurs. A ces deux dimensions, dans les hôpitaux universitaires, s'en ajoute une troisième, celle de l'enseignement et de la recherche et les pouvoirs d'influence du doyen dans les nominations.

¹ Henry Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Editions d'Organisations, 1994

² Chaque profession dispose d'un savoir spécifique qu'elle seule met en œuvre. En France, comme dans les autres pays occidentaux, on reconnaît sans nuance la profession d'architecte, d'avocat et de médecin et le plus souvent celle d'ingénieur ou d'expert-comptable. Les infirmières tentent d'obtenir ce statut enviable. Il est toutefois vraisemblable qu'elles resteront les subalternes des médecins pour la mise en œuvre de leurs recommandations thérapeutiques même si elles disposent d'un savoir faire spécifique.

³ Pour décrire l'organisation hospitalière, nous avons souvent pris l'image de la rue commerçante dans laquelle l'équivalent de la boulangerie, de la charcuterie, de la mercerie... serait la cardiologie, la pneumologie, la pneumologie... De temps en temps ces services feraient leur quinzaine commerciale pour se souvenir qu'ils sont dans la même institution mais, pour l'essentiel ils sont chacun seuls maîtres de leur propre fonctionnement.



L'emboîtement institutionnel de l'hôpital
p. 72

Chapitre III

L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE

VI) Résumé et commentaires

pp. 73 à 76

Le premier terme qui vient à l'esprit est celui de complexité, et encore nous ne sommes pas entrés dans le détail des procédures de convocation et de quorum de ces commissions et comités qui peuvent rendre fou le plus tatillon des bureaucrates. Mais la complexité n'est pas un problème en soi. Elle nécessite certes des professionnels hautement qualifiés, mais elle peut être affrontée et gérée, d'autres grandes organisations modernes ont à traiter de questions similaires et le font avec efficacité dans des environnements plus difficiles encore.

A l'hôpital la complexité, comme la démocratie interne, est imposée et non pas choisie. Elle ne permet ni de traiter des problèmes ni de faire participer le personnel. Les médecins et les autres catégories d'agents ne confrontent jamais institutionnellement leur point de vue même si un médecin siège au CTE et un représentant du CTE à la CME.

Résumons la situation des hôpitaux publics français :

- Un conseil d'administration avec peu de pouvoir mais une grande influence qu'il exerce d'autant plus librement qu'il n'en paye pas le prix.
- Un directeur nommé par le Ministre, après avis, presque toujours suivi, du président du Conseil d'administration. Les membres du corps de direction apprennent donc vite qu'ils doivent avoir une bonne réputation auprès des élus et... des médecins car le Maire va toujours officieusement demander au président de la CME son avis sur les candidats au poste de direction¹.
- Des chefs de service sont nommés par un ministre lointain auquel ils ne rendent jamais compte. Ils élisent les membres et le président de la CME qui vont avoir un poids important dans la gestion de leur hôpital² et sont pour l'essentiel indépendants.
- Un CTE lieu de joute et de jeu de rôle démagogique entre des syndicats qui font une surenchère dont le seul objectif est la prochaine élection à ce même CTE et les gratifications qui s'en suivent: nombre de postes de permanents syndicaux, heures syndicales... En effet le pouvoir local, le directeur, dispose de très peu de marge de manœuvre, quasiment toutes les questions sont traitées par les statuts: indices, grades, conditions d'avancement, par le budget: taux d'augmentation de la masse salariale et du point

¹ Certains directeurs, excellents professionnels, mais au tempérament trop trempé stagnent dans des postes que justifie leur réputation, pas leur compétence. Ce jeu perdure faute d'évaluation systématique des établissements.

² Imagine-t-on aujourd'hui une autre entreprise, fut-elle publique, EDF par exemple, dont les directeurs techniques seraient nommés par le ministre de l'Industrie et qui éliraient le directeur de la production ?

d'indice de la fonction publique hospitalière ou enfin par la grève qui permet des "avancées sociales", des rallonges souvent substantielles.

Le directeur, parfois avec l'aide de son président de CME, mais le plus souvent seul, est celui qui porte l'essentiel des contradictions entre le pouvoir central et le pouvoir local, les médecins et les autres catégories de personnel.

Il conviendrait de revenir en France à une situation "normale" au sens où elle est la norme dans la plupart des pays développés.

Toute réforme passe par une redéfinition des pouvoirs:

- Un conseil d'administration qui retrouve une compétence générale et absolue et donc la responsabilité civile et pénale. Ce qui suppose que son président soit rémunéré.
- Un directeur et un président de la CME nommés par ce conseil comme tous les chefs de service et tous les responsables de l'établissement.
- Un CTE et un CHST, mais avec, simultanément, une beaucoup plus grande liberté dans la gestion des emplois, des carrières et des rémunérations.
- Un contrôle qui porte sur la nature et la qualité du service, pas sur les procédures.

Sous couvert de démocratie et de protection du consommateur c'est la défiance qui semble avoir inspiré le législateur. La démocratie est forcée, beaucoup de ces instances discutent, longuement et dans les formes, de... pas grand chose. Les affrontements entre des points de vue respectables, mais contradictoires sont évités. Les conflits, à juste titre, sont renvoyés au pouvoir central qui, n'ayant pas choisi de déléguer, ne peut guère se plaindre de voir "remonter" à Paris toutes les contradictions non seulement du système dans son ensemble, mais aussi des affaires locales¹. L'hôpital est tenu par une logique de corps et de services plus qu'une logique d'institution.

Des projets de réforme qui laissaient espérer un hôpital plus souple

Au moment où nous terminons cet ouvrage (En février 2004), le ministre de la Santé de l'époque, le professeur Jean-François Mattei, annonçait des projets de réforme de l'organisation hospitalière. Il reprenait à son compte plusieurs recommandations des rapports qu'il avait commandités et notamment le rapport Couannau du printemps 2003 qui prônait une plus grande souplesse dans l'organisation hospitalière. A ce stade, il ne s'agit que d'idées, mais elles indiquent que les critiques émises depuis tant d'années semblaient recevoir un certain écho.

¹ En 1985, la direction des hôpitaux, à la demande du ministre ou de son cabinet a traité ainsi plus de 2600 interventions !

Les hôpitaux deviendraient enfin les seuls maîtres de leur structure.

Outre le Conseil d'administration, toujours présidé par le Maire, dont le pouvoir changerait peu, l'établissement serait dirigé par un « conseil exécutif médico-administratif ». C'était est une innovation que d'imaginer cette direction conjointe entre certains médecins de la CME et l'équipe administrative de la direction. En 2005, la réforme n'est toujours pas en place et la liberté de structure semble abandonnée. Toutefois,

La structure de base se composerait encore de « pôles d'activité » constitués par des regroupements des services actuels. Ces pôles bénéficieraient d'une équipe de direction médicale, administrative et soignante. Les chefs de pôle seraient nommés par le conseil exécutif et seraient libres de gérer leur pôle dans le cadre d'un « contrat de gestion », signé entre le pôle d'une part et le conseil exécutif d'autre part.

Les fonctions de la CME et du CTE seraient peu modifiées, toutefois certaines instances de concertation, aujourd'hui prévues par les textes, pourraient disparaître et être rattachées soit au CTE, soit à la CME.

Ces idées qui semblaient aller vont incontestablement dans la bonne direction si, et seulement si, les textes à venir ne rentrent pas dans les détails et laissent à chaque établissement véritablement le soin de s'organiser et notamment de définir les pôles et leur mode de direction. ne conduiront vraisemblablement qu'à faire un tout petit pas, car l'essentiel : la totale liberté donnée à chaque établissement de s'organiser laissé ne seracomme il l'entend ne lui sera pas, semble-t-il, toujours pas accordé.

5.5

Au nom de quoi soigner ?**Jean de Kervasdoué**

La Documentation française ;
Les Cahiers français, n° 324, janvier-février 2005 "La santé", pp. 33-38



*« Les faits ne pénètrent pas dans le monde où vivent nos croyances,
ils n'ont pas fait naître celles-ci, ils ne les détruisent pas ;
ils peuvent leur infliger les plus constants démentis sans les affaiblir... »*
(Marcel Proust - Du côté de chez Swan - Combray)

Au siècle des lumières s'est diffusée l'idée selon laquelle l'art et la science libéreraient l'humanité de ses fardeaux et transformeraient la société. L'homme pouvait alors entrevoir qu'il serait un jour possible de sortir de l'alternative dans laquelle il était enfermé depuis le commencement de l'histoire de l'humanité : vivre à la sueur de son front ou exploiter dans toute la mesure du possible le travail de l'autre. Si les esclavagistes étaient condamnables, ils étaient aussi, il faut le constater, on ne peut plus rationnels. Les historiens estiment d'ailleurs que si la science grecque n'a pas débouché sur des applications technologiques, c'est que le Citoyen d'Athènes n'en avait pas besoin tant il disposait d'esclaves. Mais revenons à aujourd'hui, deux siècles après l'Encyclopédie, la science et la technique ont libéré une partie importante de l'humanité de beaucoup de ses fardeaux, la médecine contemporaine demeure, plus que d'autres encore, le signe éclatant de la victoire de la raison.

Elle constitue la part des rêves du dix-huitième siècle qui demeure. L'horreur de la dernière guerre mondiale ne permet plus en effet de croire aux

vertus rédemptrices de l'art. L'holocauste s'est produit dans un des, peut être dans le, pays européen(s) le plus cultivé de la première moitié du vingtième siècle. L'art, la science, la philosophie germanique – il faut inclure l'Autriche – étaient à leur apogée, pourtant plusieurs témoins racontent que certains soirs, des quartiers du Commandant des camps de la mort montaient les sublimes musiques de Bach ou de Beethoven.

L'histoire de la médecine peut être racontée dans sa version épique en décrivant cette spectaculaire avancée des hommes et de leurs découvertes de Pasteur à Guillemin, sans oublier Marie Curie pour ne pas être que masculin, de Jean Hamburger à Jean Bernard, en passant par Jean Dausset pour me limiter à ce prénom et à cette génération.

Mais cette histoire n'est pas seulement un conte, c'est aussi l'émergence de nouveaux pouvoirs, le résultat de nouveaux conflits, l'apparition de nouveaux marchés et le développement de nouvelles croyances d'autant que durant cette période, la victoire de la raison s'accompagne du déclin de la religion chrétienne. Au fur et à mesure qu'un des deux piliers de la médecine se renforce (la dimension de l'efficacité thérapeutique), l'autre (le fondement religieux de la prise en charge) se fragilise : celui qui donnait, pendant des siècles, leur sens aux soins. « Au nom de quoi soigner ? », cette question me semble d'autant plus d'actualité que, depuis la loi sur les 35 heures, nous avons cru comprendre que tout travail était aliénant, y compris pour les médecins hospitaliers. En moins d'un demi-siècle, le médecin hospitalier est en effet passé du statut de profession libérale à celui de salarié « comme les autres ».

L'économie politique naquit également au dix-huitième siècle. Cette autre victoire de la raison autorise un regard différent sur l'exercice de la médecine et la profession médicale. L'histoire de la médecine n'est plus alors seulement le conte épique auquel beaucoup souhaiteraient s'en tenir. Avant de l'évoquer en faisant un détour par l'Amérique du Nord, rappelons que l'économie s'appuie sur une hypothèse simple et que, de la nature humaine, elle ne conserve que sa rationalité. Elle estime qu'il n'est pas nécessaire pour comprendre le comportement des hommes de leur prêter un excès de vertu, il suffit d'imaginer qu'ils agissent dans leur intérêt et que c'est justement de ces intérêts individuels que naît l'harmonie collective. C'est ce qu'Adam Smith appelait la « main invisible » qui conduit à l'harmonie sociale. Bien entendu, les économistes n'ont aucune raison de prêter aux membres de la profession médicale une quelconque irrationalité dont on ne connaîtrait ni la nature ni l'origine. Les médecins ne sont pas différents des autres hommes, même si le marché de la santé n'est pas un marché comme les autres, mais ceci est une autre histoire dont nous verrons plus loin quelques développements.

En attendant, regardons où nous conduit cette cynique hypothèse de la rationalité économique en nous tournant tout d'abord par intérêt, comme par

prudence vers les Etats-Unis. Je ne veux pas avoir seul le rôle du méchant. Je sais en outre, après avoir lu « la logique de l'honneur » de Philippe d'Iribarne¹, qu'en France les différents groupes estiment qu'ils n'ont pas à s'abaisser à rendre des comptes à des personnes qui n'ont pas leur compétence dans leur domaine d'excellence. Je ne demanderai aucun compte, même si je m'autoriserai un regard, non pas sur la médecine, mais sur son organisation.

Que dit en effet notre collègue Paul Star², professeur à Princeton, de la profession médicale américaine ? Cet ouvrage que je vais très brièvement évoquer lui valut, il y plus de vingt ans, le prix Pulitzer.

Soigne-t-on au nom du seul savoir ?

Comme tout politologue, Paul Star souligne tout d'abord que l'organisation de la médecine ne peut pas être comprise en faisant uniquement référence à l'art médical. Les médecins exercent un pouvoir sur leur patient au nom de la santé, parfois au-delà du champ de leur compétence. Ce pouvoir n'a pas toujours existé et n'existe pas aujourd'hui dans tous les pays.

Les médecins disposent, selon lui, à la fois d'une autorité sociale et d'une autorité culturelle. L'autorité sociale est tirée de leur appartenance à une profession détentrice d'un savoir, résultats de recherches mondiales. C'est la base rationnelle, le fondement essentiel de leur légitimité, elle leur confère en outre un réel potentiel d'utiliser la force et la persuasion même si celui-ci ne peut jamais s'exercer ouvertement et doit être habillé (pour ce qui est de la persuasion par la référence aux « besoins » des malades par exemple, le médecin définit le « besoin » du malade auquel lui-même, sa famille ou la collectivité doivent répondre). Non seulement les médecins conseillent leurs patients, mais, pour l'opinion publique, ils évaluent et définissent la nature même de la « réalité ». Comme dans le Léviathan de Hobbes, leur autorité s'étend jusqu'au sens même des choses. L'autorité culturelle permet que certaines définitions, certains aspects de la réalité favorables à la profession prévalent. Pour ne citer qu'un exemple français et américain, je rappellerai que les médecins ont jusqu'ici eu cette merveilleuse capacité de faire croire que médecine et santé étaient deux concepts parfaitement interchangeables : la santé ne concernerait que les médecins et la médecine ne s'intéresserait qu'à la santé.

La légitimité de la profession est collégiale, cognitive et morale. L'autorité des médecins (américains) a permis à la fois d'accroître la solvabilité du marché et d'en limiter les inconvénients par exemple en instituant un *numerus clausus* pour accéder à la profession. En outre, les médecins ont tenté de structurer les hôpitaux de façon à ce qu'ils soient conformes à leurs intérêts. Ils ont bâti un pouvoir économique en mettant à leur disposition le pouvoir d'achat

¹ Philippe d'Iribarne, *La logique de l'honneur*, Seuil, Paris 1989.

² Paul Star, *The social transformation of american medicine*, Basic Book, 1982, New York.

de leurs patients et en rendant, quand cela était indispensable, leur demande solvable par le biais des assurances publiques (MEDICARE, MEDICAID) et privées. L'industrie de la santé courtise la profession médicale, elle ne la domine pas. Elle finance ses journaux et ses congrès. La profession a réussi à éviter la concurrence interne, à résister à l'intrusion des grandes corporations, à limiter le rôle du Gouvernement. Comme premiers émissaires de la science, les médecins ont fortement bénéficié de son influence. Cette réussite est exceptionnelle, elle n'est pas systématique – il suffit d'évoquer les ingénieurs - et demeure un trait marquant de la profession médicale, car toutes les professions ne transforment pas le savoir en autorité et l'autorité en pouvoir. La profession médicale y est, elle, parvenue. La médecine s'est battue contre le capitalisme en trouvant des alliés dans la collectivité. Si l'on regarde sur une période d'un siècle, l'industrie pharmaceutique, les hôpitaux et l'assurance maladie qui auraient pu menacer le fondement du pouvoir médical, ont été mis le plus souvent à son service et toujours respecté son autonomie.

Mais les choses changent aux Etats-Unis comme en France¹ :

- le droit des patients est un signe de perte de confiance en la profession médicale,
- une certaine conception du droit à la santé est aussi une remise en cause de sa légitimité,
- les grandes entreprises (notamment les chaînes d'hôpitaux) prennent de l'importance dans l'organisation des soins,
- la spécialisation de la médecine modifie la nature de la relation médecin-malade,
- les jeunes médecins choisissent plus la liberté que leur donne leur travail que la liberté dans le travail.

Depuis 1982, année de la publication de l'ouvrage de Paul Star, de nouveaux dangers sont apparus qui remettent en cause cette analyse vieille de vingt ans . Au sein même de la profession médicale, l'émergence de « la santé publique », fille lointaine de l'hygiène (art de conserver la santé aux individus vivants en société) autorise un autre regard sur la médecine. Le paradigme est différent, l'unité d'analyse n'est plus la personne malade, la relation n'est plus duale et les résultats de ces travaux infirment parfois les prétentions des tenants du discours classique de la profession, à commencer celle qui laisse croire que plus de médecine aboutit toujours à plus de santé. S'ajoute à cela une transformation des valeurs et des opinions de nos contemporains et notamment la remise en cause de la recherche ou, plus encore, du progrès technique dans une partie notable de la population. Les associations d'usagers, qui en viennent à produire de l'information médicale, enlèvent ainsi à la profession son monopole de médiateur. Une tranche croissante de la population, si

¹ « Transforming american medecine : A twenty-year retrospective on the social transformation of american medecine », *Journal of health politics, policy and law*, volume 289, numbers 4-5, august october 2004.

l'on en croit les succès de l'association pour le droit de mourir dans la dignité, remet en question l'acharnement thérapeutique et ce faisant le monopole en la matière de la profession médicale...

Si d'un côté semblent apparaître quelques fissures, dans ce bel édifice sociologique et politique, qui fragilisent la position dominante que la profession avait acquise à la fin des années 1970, de l'autre il semblerait qu'aux Etats-Unis les médecins combattent avec succès les notions de productivité imposées par les HMO, retrouvent le contrôle de leur rémunération et repoussent l'intrusion des non-médecins dans les décisions cliniques. Ils avaient perdu une bataille, ils semblent gagner une guerre.

Jusqu'à présent, il s'agissait surtout des Etats-Unis. Je n'aurai pas la malhonnêteté intellectuelle de prétendre que toute ressemblance entre le système français et le système américain ne serait que fortuite. Si j'ai choisi de résumer les réflexions de Paul Star et de plusieurs de mes collègues nord-américains, c'est qu'elles semblent aussi s'appliquer à la France avec peut-être même encore un peu plus de vigueur : aux Etats-Unis existe un débat public sur ces questions, en France il a été contenu. La victoire suprême quand on bénéficie d'une situation privilégiée n'est-elle pas de faire oublier ses privilèges ?

J'imagine que déjà certains lecteurs sont indignés ou, plus grave encore, ne comprennent pas pourquoi je parle de tout cela, pensant que l'autorité sociale et culturelle des médecins est si naturelle, si justifiée par leur indéniable dévouement et leur profonde compétence que ces remarques sont simplement la preuve de mon incorrection ou de mon inconscience. Mais, toutes les professions qui viennent en aide à la personne (assistante sociale) ou toutes celles qui cherchent ou enseignent ne sont pas aussi favorisées. Rappelons sans ordre quelques faits :

- le triple système de rémunération des professeurs de médecine (PU-PH),
- l'augmentation favorable, voire très favorable, de la rémunération des médecins hospitaliers et des spécialistes dans les années 1980-2000 alors que le nombre de médecins doublait. Il n'en fut pas ainsi, par exemple, de la profession d'architecte ou de celle de chercheur,
- le monopole de fait de l'enseignement de la médecine contrairement aux souhaits de Robert Debré et à la timide ouverture de la réforme que j'avais mise en œuvre (possibilité de nommer des chercheurs non-médecins à des postes de PU-PH),
- l'élection du président de la CME (commission médicale d'établissement) par ses pairs,
- la nomination des chefs de service par le Ministre de la santé,

- l'absence de contrôle réel, sérieux, des compétences et des pratiques cliniques en médecine hospitalière comme en médecine de ville,
- l'absence de codage des actes en médecine de ville,
- l'existence depuis 1930, à l'exception de neuf années (1971 – 1980) d'un tarif de prestation (secteur 2) et non pas d'un tarif opposable, le meilleur des mondes économique pour la profession refusé partout ailleurs pour cette raison là,
- le renversement subit du discours de la profession sur la démographie médicale, il n'a aucun fondement objectif mais sert les intérêts de la profession (les Français par exemple disposent de deux fois plus de spécialistes que les Canadiens et de 50% de plus de généralistes, ils ne prétendent pourtant pas que leur pays soit un désert médical),
- le maintien en position subalterne de certaines professions potentiellement concurrentes comme les psychologues cliniciens...
- ...

Bien entendu, tout n'est pas aussi simple. Une partie importante de la profession ne bénéficie pas de toutes ces faveurs, notamment les généralistes. En France, comme aux Etats-Unis, ils n'ont pas réussi à se placer systématiquement entre le patient et l'assurance maladie. Peut-être y arriveront-ils avec le « médecin traitant » ? J'en doute et les spécialistes au passage ont obtenu à l'occasion de la signature de la convention de décembre 2004 de très substantielles augmentations de leur rémunération.

Science économique et science médicale, ces deux victoires de la raison, donnent une vue contrastée de l'organisation de la médecine d'autant que les économistes libéraux, au sens français du terme, estiment, comme les Révolutionnaires de 1789, que les Corporations et leurs privilèges doivent être bannis. Je ne partage pas ce point de vue et pense que l'on peut difficilement se passer d'un ordre des médecins ou d'une institution équivalente, mais à condition qu'existe réellement une police interne. Est-ce le cas ?

La raison n'a jamais totalement triomphé

Les médecines qualifiées de « parallèles », non seulement n'ont jamais totalement disparu, mais se développent en ce début du vingtième et unième siècle. La médecine n'arrive toujours pas à se détacher de la magie. Celle-ci est *de facto* reconnue par la sécurité sociale qui utilise pour parler de ces médecins et de ces pratiques de MEP : « médecins (ou médecine) à l'exercice particulier », « particulier » en effet ! N'oublions pas qu'ils sortent de nos facultés de médecine. Il ne fait pas de doute, d'autres l'ont écrit avant moi, que ce succès est aussi le signe de la déshumanisation de certaines pratiques de la

médecine technicienne et de l'abandon réel ou ressenti de ceux que l'on ne sait pas encore soigner, nos incurables, si soigneusement cachés au point d'être ignorés. «Inévitablement, ceux qui sont atteints de maladies chroniques et incurables, ceux dont les symptômes sont considérés comme imaginaires parce que les médecins sont incapables de les expliquer, vont chercher de l'aide auprès des praticiens qui refusent l'orthodoxie »¹.

Des privilèges justifiés dans leur principe, quand ils impliquent des devoirs

Le marché de la santé n'est pas un marché comme les autres et ceci pour deux raisons qui remettent en cause la nature même d'un marché. La première est ce que nous appelons l'asymétrie d'information, la seconde est la rationalité différente de certains patients. En effet, la relation médecin-malade est une relation asymétrique. L'un sait, l'autre pas et c'est pour cela qu'il consulte. L'un se sent malade, mais ne sait pas s'il l'est. Après une thérapeutique, quand la santé du patient s'améliore, ceci peut être dû à l'efficacité des soins prescrits ou à l'évolution naturelle de la maladie... Cette asymétrie peut être source d'abus d'autant qu'il n'y a pas en médecine de contrôle qui serait l'équivalent de la surveillance qu'exercent les experts des compagnies d'assurance sur les garagistes. Ces compagnies réduisent ainsi pour leurs clients une asymétrie de même nature que celle de la relation médecin-malade.

De plus un malade qui va mourir est prêt à tout donner pour reculer cette échéance. L'arbitrage habituel entre le présent et le futur, mesuré par le taux d'actualisation, ne fonctionne plus dans ce cas. Quelqu'un qui va mourir demain a un taux d'actualisation infini.

Ces deux situations sont sources d'abus potentiels et fondent donc de nombreuses mesures des codes de déontologie. En droit romain, l'avocat n'avait pas le droit d'être payé mais devait être « honoré », il lui était interdit d'installer un lit ou un divan dans ses locaux de consultation...Vieux sujet donc, même si sa formulation évolue.

L'entrée du juge

Le problème n'est donc pas la noblesse des raisons qui fondent la déontologie, mais tout simplement le fait qu'elles ne sont pas mises en pratique. Les services universitaires « récupèrent » tous, des patients aux diagnostics tardifs, aux traitements inadaptés, voire dangereux, mais rien ne se passe le plus souvent pour les confrères qui ont précédé dans la prise en charge de ces malades. N'est-ce pas contraire à la déontologie que de faire une remar-

¹ Petr Skrabaneck et James McCormick, *Idées folles et idées fausses en médecine*, Odile Jacob, Paris 1992.

que, non pas la déontologie telle qu'elle devrait être, mais telle qu'elle est ? Le confrère, dans la très grande majorité des cas, prime sur le malade, ce qui n'est pas sans conséquences pour ce dernier ni pour celui qui finance ses soins c'est-à-dire nous tous par l'intermédiaire de la sécurité sociale. Le destin, comme la sécurité sociale, ont les épaules larges.

L'absence quasi totale d'autodiscipline¹ des médecins français pour résumer, sans être trop caricatural, la situation actuelle, justifie socialement l'entrée du nouveau partenaire de la relation médecin-malade : le juge. Or, l'on sait que ce nouvel acteur est humainement et financièrement coûteux et que, du seul point de vue de la justice, il est aussi très peu efficace. L'étude dite « d'Harvard »² a en effet montré que dans seulement un cas sur quinze, une faute médicale condamnable était condamnée. En revanche, des innocents le seront et des incompetents ne seront pas inquiétés.

La situation actuelle ne peut que s'aggraver pour une raison technique : la spécialisation de la médecine en effet ne peut se satisfaire de la liberté de prescription, ni de la quasi-liberté de qualification pour réaliser un acte nouveau auquel le praticien qui se lance a été souvent peu formé. Pour être encore plus précis, je crois que défendre la liberté de prescription, tant prisée par les autorités ministérielles, s'assimile à de la non-assistance à personne en danger. C'est aujourd'hui, je pèse mes mots, tout simplement criminel. Il suffit de regarder les variations de pratique clinique pour le constater. Ainsi si, d'un département français à l'autre, le taux d'infarctus du myocarde varie de un à deux, le recours à la cardiologie interventionnelle varie lui de un à trente et un !

L'acharnement du bureaucrate

Inquiet de cette évolution, mais refusant de voir et de toucher à l'essentiel - à savoir la liberté clinique et l'évaluation de la qualité des soins - le bureaucrate pond des règles croyant bien faire parfois, pour se protéger toujours. Cette incontinence bureaucratique a conduit à ce qu'au moins quarante-trois familles de règlements portant seulement sur la sécurité s'appliquent dans nos hôpitaux³ : sécurité incendie, sécurité anesthésique, hémovigilance, pharmacovigilance... Ces règles peuvent être mutuellement contradictoires, elles sont toujours onéreuses, souvent inappliquées, mais demeurent inéluctablement le point d'entrée du juge. En créant des normes, le bureaucrate accroît l'insécurité juridique et démontre simultanément le peu de confiance qu'il a des personnes sous sa coupe puisqu'il cherche à prévoir chacun de ses comportements. Un inspecteur nommé par un Ministre pour auditer un établissement qui a défrayé la chronique me racontait que cet établissement était plutôt bien géré, mais qu'il était toujours facile de trouver quelque chose, alors ils ont

¹ Les cas traités par l'Ordre concerne plus l'indélicatesse que l'incompétence.

² R.P. Wenzel, *A Measure of Malpractice*, Harvard University press, 1993.

³ Jean de Kervasdoué, *L'hôpital*, Que-sais-je ?, PUF, Paris 2004.

« trouvé ». L'établissement et les médecins ne s'en sont pas remis. L'administration, c'est à dire l'application de règles a depuis longtemps pris le pas sur la gestion.

En outre le bureaucrate, c'est son essence, n'aime pas l'exception. Il ne distingue pas l'excellence, il ignore la médiocrité et est incapable de gérer des cas particuliers. Cependant les Français apprennent que tous les médecins, que tous les hôpitaux ne se valent pas. Certains ont des listes d'attente de plusieurs mois et d'autres opèrent une fois par semaine. A soixante cinq ans certains professionnels peuvent, souhaitent continuer à exercer une activité professionnelle et ne trouvent qu'à exercer leurs talents que dans quelque rares fondations ou à l'étranger.

L'apparition de l'usager

Nul ne niera l'importance prise par certaines associations de malades dans l'évolution des systèmes de santé des pays occidentaux. Chacun pense notamment au rôle des porteurs du virus du Sida, mais aussi aux associations de diabétiques, aux familles d'enfants handicapés physiques et mentaux, à certaines associations de personnes atteintes de maladies rares... Je ne nie aucunement leur légitimité ou, plus précisément la légitimité de ceux dont la vie est transformée par la maladie. En revanche ce n'est pas parce que l'on a boité quelques mois que l'on est nécessairement à vie un usager du système de santé, ce n'est pas parce que l'on a été atteint d'un cancer que l'on se considère d'abord comme « cancéreux ». Je me méfie de la légitimité de certaines associations et n'oublie pas certaines dérives passées. Autrement dit, je ne suis pas certain que ce soit de là que l'on puisse attendre une transformation profonde de notre système de santé d'autant plus que j'analyse cette montée du pouvoir des usagers comme un nouvel abandon des politiques. Le terme de citoyen - dont certes l'on a un temps abusé - n'est-il pas plus riche que celui d'usager ? Les usagers ne contribuent-ils pas à renforcer une bureaucratie qui pourtant n'a pas besoin d'eux pour démontrer ses tendances pathogènes ?

La vérité exigée

Informé le malade de son état est depuis toujours une exigence déontologique, en avoir fait une obligation légale me paraît plus discutable. Je passe ici sur les difficultés épistémologiques d'informer véritablement, c'est à dire de transmettre une compréhension partagée de l'état pathologique et de ses conséquences du médecin au malade, difficultés réelles, difficultés profondes, auxquelles les médecins font face chaque jour. Je n'évoquerai que l'impossibilité de répondre aux questions premières du malade :

- Vais-je vivre ?
- Combien de temps ?

- Serai-je diminué ?
- Comment ?
- Vais-je souffrir ?
- Où ?
- De quoi ?

Tout simplement parce que les études ne donnent le plus souvent, pour la majorité de ces questions, que des résultats statistiques or les individus ne sont pas des populations. Qu'est ce que représentent 90 % de chances de survivre si l'on se trouve du mauvais côté de la chance ? J'entends ainsi depuis quelques mois des narrations de réponses aussi brutales qu'inadaptées à ces questions, est-ce un hasard ? Est-ce que j'y suis plus sensible ? De toute façon, la vérité n'a jamais été un baume apaisant permettant seule de faire face à la mort. C'est une condition nécessaire certes mais, est-il toujours sage d'éviter la fuite ? Cette vérité, aujourd'hui exigée, renforce l'aspect tragique de l'hôpital, celui où s'éteignent 85 % de nos concitoyens.

L'altruisme abandonné

On ne soigne plus les autres pour sauver son âme comme il y a un demi-siècle encore. Toutefois, l'absence de référence religieuse n'empêche pas l'opinion publique de reconnaître et de valoriser le dévouement du personnel des hôpitaux. Elle y attache un prix tangible au sens où elle soutient systématiquement les grèves hospitalières. L'altruisme a compté dans le choix de carrière de la très grande majorité des hospitaliers. On ne choisit pas ces métiers par hasard et les personnes hospitalisées sentent cette réelle empathie. Mais la profession médicale n'a pas réussi à renouveler le discours sur l'altruisme et l'a laissé pour l'essentiel aux paramédicaux. Elle s'est réfugiée dans la technique. Soigner devient un métier comme les autres. Rien ne distingue plus statutairement (je ne parle pas des PU-PH) le médecin des autres catégories de personnel. En à peine quarante-cinq années, le médecin hospitalier est passé du statut de profession libérale à celui de salarié sans distinction particulière. Quel chemin ! Curieusement, la dernière étape, franchie à l'occasion de l'application de la loi sur les trente-cinq heures, n'a pas donné lieu à un débat public. L'altruisme n'a pas disparu, il n'a cependant plus de reconnaissance sociale. Est-ce tenable dans une fonction où la prise en charge de la personne fragile, de la personne malade, de celle qui va mourir est l'expérience journalière des équipes de soins ?

Le retour de la charité

Ce vide se remplit par la charité médiatique dont les exemples abondent des « pièces jaunes » au téléthon. Les enfants connaissent mieux ces initiatives qu'ils n'ont d'idées sur la protection sociale pour laquelle ils travaille-

ront cependant trois mois et demi, chaque année de leur vie professionnelle. Je suis pour ma part opposé à ces initiatives qui satisfont plus à l'ego des intéressés qu'ils ne servent la population française. En outre l'usage des fonds constitue parfois un paravent : on collecte ainsi grâce à une émission de télévision 220 000 Euros pour les personnes âgées alors que, la même année, le Gouvernement gèle 1,1 milliards d'Euros de crédit pour la prise en charge de ces mêmes personnes. « L'aide à la classe défavorisée est une charge de l'Etat » disait aux dix-huitième siècle le duc de la Rochefoucault-Liancourt.

Des solutions nécessaires mais la question philosophique demeure

Du fait de l'évolution des connaissances et de la multiplication des techniques, on assiste dans le monde entier à une double spécialisation et donc à une double division du travail au sein des établissements de soins. Si les facultés de médecine reconnaissent un peu moins de soixante spécialités, de fait il en existe une centaine ; en outre, dans un hôpital universitaire, on recense plus de cent cinquante qualifications autres que médicales. Même si l'apparition d'une nouvelle spécialité ne se concrétise souvent en France qu'avec retard – en effet pour créer une nouvelle spécialité il convient de recueillir des accords ministériels, superflus dans les autres grands pays occidentaux – la question essentielle de l'hôpital devient la coordination des hommes, des fonctions et des métiers, du point de vue du patient et non pas des corporations. Pour les résoudre il n'y a qu'une solution l'autonomie, la liberté de s'organiser – à condition bien entendu de payer les conséquences de ses actes. Les recrutements en sont la caricature : en Amérique du Nord les procédures de recrutements sont locales et les recrutements sont nationaux, en France c'est l'inverse. Pour pallier à cette rigidité, il conviendrait de parier sur la liberté et donc que :

- les hôpitaux redeviennent des institutions « normales »,
- disposent de trois instances et trois instances seulement (et non pas d'une vingtaine) : conseil d'administration, comité d'entreprise et commission médicale,
- le Président du conseil d'administration – nommé par le Maire au début de son mandat - soit responsable civilement et pénalement et que la commune garantisse les éventuels déficits,
- les hôpitaux s'organisent comme ils l'entendent,
- le Ministère ne s'intéresse ni aux pôles, ni aux départements, ni aux services que donc chaque hôpital soit maître de sa structure et de ses responsables,
- toute la réglementation portant sur la sécurité soit allégée,
- les activités hospitalières, d'enseignement et de recherche soient dissociées,
- une convention collective s'adjoigne aux statuts de la fonction publique et que les agents aient le choix entre l'un et l'autre,

- que les hôpitaux publics ne soient plus soumis au code des marchés publics,
- les établissements soient contrôlés sur la qualité et l'efficacité du service,
- ...

Le service public ne peut pas être confondu avec le statut de la fonction publique et l'administration centrale ne peut résoudre, par des textes, la gestion des établissements de soins.

Mais quel sera le moteur : l'éthique ou le marché ? Bien entendu nous aurions tous, moi le premier, envie de répondre l'éthique : éthique de la responsabilité, éthique du travail, éthique de l'altruisme, éthique de la compétence. Les valeurs morales devraient suffire. C'est le cas pour certains, parfois, mais ce n'est ni la règle ni la norme de l'époque. Le marché – qui n'est pas nécessairement synonyme de profit - n'a pas de morale, mais sans prêchi-prêcha récompense les institutions dont le public prise les mérites. Il m'arrive donc de penser que le marché est souvent préférable à une prétendue défense du service public dont les manquements ne sont jamais suivis de conséquences tangibles, dont l'efficacité n'est jamais mesurée, dont la notion d'égalité dissimule des rentes au nom, bien entendu, d'un patient oublié et d'un contribuable lésé à qui personne ne rend des comptes. Cette chute n'est pas glorieuse mais pourrait être salutaire en attendant que notre sens moral déclaré se traduise dans les faits.

Jean de Kervasdoué
Décembre 2004

PS : Il est frappant de constater que, contrairement aux années 1970 peu de médecins s'expriment, sauf de manière ponctuelle, sur l'évolution de la médecine. Le débat public a besoin de vous.

5.6**La politique de santé
et l'argent en France ¹***Jean de Kervasdoué*

Revue Sociétal, n°48, 2ème trimestre 2005, pp.10-13

La santé et l'argent s'efforcent, en France, de s'ignorer. Le plus souvent l'argent n'est pas compté et la plupart de mes concitoyens se réjouissent qu'il en soit ainsi. N'est ce pas un « bien supérieur » ? Ne s'agit-il pas de la santé de tous et prioritairement des plus malades, des plus fragiles qu'il convient de défendre ? Ces arguments ne manquent pas de fondement. Les sociétés modernes seraient bien condamnables si prévalait l'idée selon laquelle leur richesse s'accroissait avec la seule vente de biens et des services marchands, mais qu'en revanche elles s'appauvriraient quand les dépenses dites « de santé »² augmentent parce qu'elles sont financées sur fonds publics. Ce n'est donc pas le principe de la croissance des dépenses de santé qui sera ici mis en cause mais leur nature. Il importe de se demander si l'argent affecté chaque année à la santé est bien investi du seul point de vue de la santé d'abord, mais aussi de l'équilibre plus général des choix politiques compte tenu de l'état actuel et des évolutions prévisibles de la société française ? On peut en effet en douter.

L'organisation de la médecine ne peut pas être comprise par la seule évolution de l'art médical, l'économie permet un autre regard. Cette discipline des sciences sociales s'est bâtie sur quelques hypothèses simples, voir même des raisonnements logiques enfantins mais qu'il est bon de rappeler ici.

Le premier est que l'argent est rare, donc quand il est dépensé ici (la médecine par exemple), il n'est pas dépensé là (l'éducation). La question du « coût d'opportunité » se pose toujours. Elle consiste à se demander si, pour atteindre l'objectif que l'on s'est fixé, l'on a bien choisi la nature et le type de dépenses que l'on allait faire. Bien entendu si cette question permet de montrer comment l'augmentation des dépenses de santé concerne aussi les autres dépenses publiques (sécurité, éducation, aménagement du territoire...), elle est aussi pertinente à l'intérieur du seul secteur de la santé : convient-il de favoriser la prévention ou les soins, la médecine de ville ou la médecine hospitalière, la Région A ou la Région B, les généralistes ou les spécialistes... ?

¹ Une première version de ce document a été présenté à un colloque tenu à Tunis les 16 et 17 avril 2004.

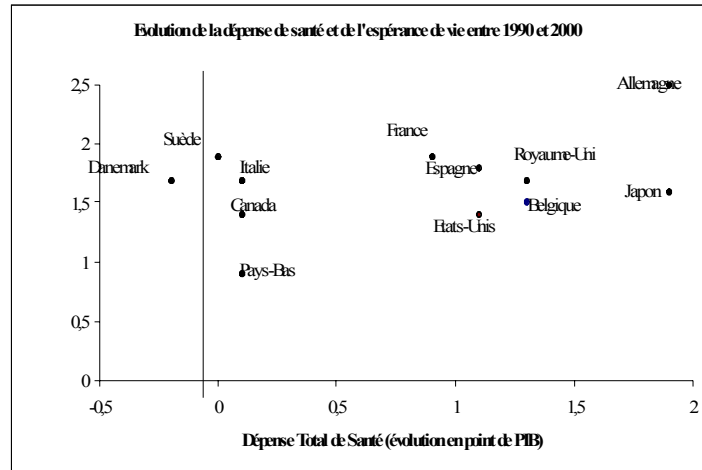
² Pour la très grande majorité il s'agit de dépenses médicales.

La seconde hypothèse, par ordre d'importance, de cette discipline est celle de la rationalité des acteurs, de tous les acteurs économiques, y compris les médecins et les établissements de soins. Les économistes n'imaginent pas un instant de considérer que par une mystérieuse alchimie les membres du corps médical, ou les institutions hospitalières, seraient les seuls acteurs économiques à ne pas être touchés par cette rationalité. Donc, comme tous les autres, ils répondent aussi aux incitations financières auxquels ils sont exposés. En conséquence, il arrive qu'il puisse y avoir des conflits d'intérêts entre un mécanisme de paiement du médecin et l'intérêt objectif du malade qu'il est censé défendre en toutes circonstances. Ce problème n'est pas spécifiquement médical et se pose pour d'autres professions, à commencer par celle d'avocat fortement réglementée déjà, pour cette raison-là, par les Romains il y a plus de vingt siècles. Ce n'est malheureusement pas parce que ce problème est ancien qu'il est aujourd'hui bien traité en France. Toute la stratégie du corps médical conduit à l'ignorer en prétendant que chaque médecin ne prescrit toujours dans le seul intérêt de son malade. Malheureusement la perfection n'est pas de ce monde, même chez les médecins français. Il existe de nombreuses démonstrations empiriques de cette affirmation.

L'argent n'est pas compté

Il n'est pas compté pour les dépenses de soins qui croissent à un rythme plus rapide que la richesse nationale, le différentiel de taux au cours des quinze est d'au moins 2%. Ce qui crée un déficit structurel car impôts et cotisations ne croissent pas au même rythme. Avec les Etats-Unis, et l'Allemagne jusqu'à une date récente, la France continue de faire partie des rares pays occidentaux qui ne contrôlent pas leurs dépenses de santé. Or, nous avons montré¹ qu'au-dessus d'un certain seuil de croissance de ces dépenses par an et par habitant, il n'y avait pas de liens entre ces nouvelles sommes allouées à la santé et l'amélioration de l'espérance de vie des habitants de ces pays.

¹ Jean de Kervasdoué, « *Le carnet de la France en 2003* », Dunod - Mutualité Française ; Paris 2003.



J de K Lausanne mai 2004

11

Le seuil critique au-delà duquel l'investissement dans la médecine ne semble plus guère avoir d'effets sur la santé de la population se situe aujourd'hui entre 1200 et 1500 Euros par an et par habitant. Pourtant la France dépense plus de 2700 Euros par an et par habitant et continue de déverser de l'argent dans ce puits sans fond. Le déficit français est abyssal, le Gouvernement l'estime à 13,9 milliards d'Euros pour la seule année 2004 et le déficit cumulé de la seule assurance maladie dépasse les 35 milliards d'Euros en cette fin d'année. Cela ne va pas véritablement évoluer car l'essentiel de la récente « réforme » a consisté à prélever, sous une forme ou sous une autre, un peu plus de quatre milliards de recettes nouvelles et à transférer les déficits actuels et futurs des années 2005 et 2006 aux générations qui devront cotiser entre 2015 et 2024 ! Transfert considérable en valeur absolue car il représente plus d'une année des recettes de l'impôt sur le revenu, mais les comparaisons en termes relatifs sont encore plus parlantes : le déficit de la seule assurance maladie - le déficit pas le budget - en 2004 est exactement du même ordre de grandeur que le budget de l'enseignement supérieur et de la recherche en France. Non seulement ceci montre que la France est une nation d'hypocondriaques, mais encore il n'est pas certain que ceci soit un bon investissement sanitaire. En effet, nous avons montré, avec notre collègue Henri Picheral, géographe de la santé, que ce n'est en France ni la médecine, ni la richesse qui expliquent les fortes différences constatées dans la santé des populations d'une région à l'autre mais... le niveau d'éducation des femmes¹. Ceci était documenté à l'échelon international mais, à notre connaissance, jamais démontré dans les territoires qui constituent un pays comme la France. Faut-il donc investir dans l'éducation ou la santé ? Les Français sans aucune analyse, mais néanmoins sans hésiter, répon-

¹ Jean de Kervasdoué et Henri Picheral, « Santé et territoires, La carnet de santé de la France en 2004 », Mutualité Française - Dunod 2004.

dent « la santé », par là ils entendent les soins médicaux, mais d'autres facteurs que la médecine jouent un rôle sur la santé dont l'éducation... Dans un cas l'argent coule à flots, dans l'autre il est restreint par des procédures budgétaires tatillonnes, sans logique apparente, si ce n'est celle de ses lobbies.

L'argent n'est pas compté en santé publique.

Jusqu'à une date récente une comptabilité macabre montrait que :

- le tabac était à l'origine de 60 000 décès et le budget de la lutte contre ce fléau était de 3 millions d'Euros,
- l'alcool : 40 000 décès et un budget de 13,2 millions d'Euros,
- les accidents de la route : 8000 décès et un budget de 52,5 millions d'Euros,
- le sida : 2 800 décès et un budget de 78,5 millions d'Euros,
- l'encéphalopathie spongiforme bovine 4 décès, peut être, et un budget de 600 millions d'Euros,
- la fièvre aphteuse : 0 décès et un budget inconnu mais très élevé.

Pour sauver une vie humaine dans l'industrie nucléaire il faut investir 500 millions d'Euros et sur la route moins de 10 mille Euros. Les nitrates dans l'eau n'ont aucun effet néfaste sur la santé publique même s'ils en ont sur les lacs et les rivières. Les hôpitaux investissent des millions d'Euros pour améliorer encore une sécurité incendie qui sauvera peut-être quelques vies par an alors que 10 % du personnel hospitalier ne se lave pas les mains et accroît ainsi fortement le risque d'infections nosocomiales. Bien entendu certaines de ces comparaisons sont très contestables, mais ce que l'on peut en tirer est que ce n'est pas le risque réel qui compte dans nos investissements de santé publique, mais la perception du risque. D'ailleurs quand la perception évolue l'argent suit et avec lui les résultats tangibles. Il en est ainsi depuis deux années en France où le Gouvernement obtient de véritables succès en investissant dans toutes une série qui portent leur fruit puisque le nombre de tués sur les routes diminue d'au moins 25 % (2 000 morts). Succès remarquable ! En revanche pour l'alcool, risque familier au cœur de la culture française, les lois et règlements auraient plus tôt tendance, en ce moment, à s'assouplir.

L'argent n'est pas compté dans la prise en charge des malades.

Certes le Parlement vote chaque un « objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) », objectif systématiquement dépassé depuis sa seconde année de mise en œuvre (1998). Ceci n'a aucune conséquence sur l'organisation des soins et le revenu des professionnels de santé, j'aurais même la tentation de dire « au contraire ». En fait, curieusement dans un pays libéral, le système est soviétique au sens où l'on ne mesure que les moyens de produc-

tion : si l'on connaît chaque dentiste, chaque infirmière de chaque région, si l'on a une idée des actes qu'ils induisent, on a aucune idée du prix que cela coûte. C'est un système où seuls comptent les unités physiques, pas les coûts. On ne suit pas en France les dépenses de santé mois par mois, on ne mesure que trois mois après les débours du seul régime général des travailleurs salariés.

Il est impossible à 5% de reconstituer les comptes régionaux de la santé. On sait cependant qu'il y a des transferts considérables, qu'une seule région (l'Ile de France) cotise plus qu'elle ne reçoit, même si elle reçoit plus que les autres, que deux autres régions sont équilibrées (Alsace, Rhône-Alpes) et que tous les autres sont déficitaires. De combien ?

Quel rôle joue la santé comme amortisseur de crise économique, certainement un rôle important si l'on en juge par certaines études spécifiques, mais rien de général. Si l'argent n'est pas compté c'est donc qu'il ne compte pas.

L'argent ne compte pas à l'hôpital public.

Cette déclaration pourrait paraître aussi provocatrice qu'infondée quand l'on sait les difficultés de certains établissements de soins et leurs « reports de charge », terme qui se traduit dans le secteur privé par « déficit d'exploitation ». Pourtant l'argent ne compte pas au sens où le raisonnement économique n'a jamais prise sur les décisions médicales. J'ai ainsi pu constater personnellement¹ que douze personnes pouvaient simultanément chercher pendant une demi-heure le cliché d'une radio du poumon qui s'était égaré. Toute institution qui tenterait de limiter les erreurs et les coûts de production aurait eu un système informatique recensant simplement l'activité du département d'imagerie médicale. Il y en a d'ailleurs vraisemblablement un dans cet établissement, mais les agents qui travaillent un étage au dessus n'y ont pas accès. C'est le budget qui compte. L'argent est une variable discrète : il y en a ou il n'y en a pas. Quand il y en a, on le dépense ; quand il n'y en a pas, soit on rationne soit on engage les dépenses, d'où les déficits. A l'hôpital public n'existent que deux discours : le discours médical et le discours social. Ils se renforcent et ne sont d'ailleurs compatibles que si la collectivité, acculée par ce double rapport de force, offre plus de moyens. Il n'existe pas, pour faire contrepoids, d'étude mesurant l'efficacité de l'argent investi et d'acteurs défendant ce point de vue.

L'argent ne compte pas en médecine de ville.

Un examen attentif des prescriptions médicamenteuses, de l'activité des hôpitaux ou de celle des spécialistes français, permet de découvrir que les variations constatées n'ont rien à voir avec les variations de la morbidité ou de la

¹ Jean de Kervasdoué, *L'hôpital vu du lit*, Le Seuil 2004.

mortalité des Français. Ainsi les nouvelles techniques de cardiologie interventionnelle, en éliminant les variations dues à l'âge ou au sexe, varient de 1 à 31 selon le département alors que les infarctus du myocarde varient seulement de un à deux. Les dépenses de cardiologie libérale, en Euro par habitant, par département et par an varient de un à neuf ! Toujours par département, les revenus des cardiologues de plus de un à trois... Rien n'explique rien : ni la médecine (il n'y a pas plus de dépenses seulement parce qu'il y a plus de malades), ni l'économie (le revenu des médecins ne baisse pas avec le nombre de médecins par habitant). En effet, les médecins libéraux, notamment dans les spécialités comme la cardiologie, peuvent ajuster leur revenu en faisant plus souvent revenir leur malade et en modifiant le contenu de chaque consultation en faisant, par exemple, plus systématiquement tel ou tel type d'examen. Le système n'étant pas contrôlé, de fait il l'est de moins en moins sauf pour les indemnités journalières en cas d'arrêts maladie, il n'y a aucune raison donc que cette coûteuse hétérogénéité ne cesse.

Une éthique partielle et partiale

En France, l'intérêt des questions soulevées depuis les années 1970 par l'éthique médicale est considérable. Elle s'accompagne toutefois d'une absence de débats traitants des problèmes posés par les liens entre la médecine et l'argent. On parle bien volontiers des questions éthiques soulevées par les manipulations génétiques, les essais thérapeutiques, les transplantations d'organes, le statut de l'embryon et des cellules souches, les OGM, la confidentialité des données médicales, le droit à l'information des patients et de bien d'autres termes encore. En revanche, sur le rôle que pourrait jouer l'argent dans la relation médecin-malade ou médecin-malade-assurance maladie, le silence est complet. Aux Etats-Unis, surtout depuis la publication de l'ouvrage de Marc Rodwin¹, le débat a lieu avec certaines conséquences qui étonneraient les médecins français à commencer, pour ne prendre que cet exemple, par le fait que beaucoup d'Etats de l'Union interdisent, ou limitent, aux médecins biologistes la possibilité de posséder des actions du laboratoire dans lequel ils exercent et aux praticiens de l'équivalent des cliniques privées de posséder des actions dans les établissements où ils exercent la médecine.

Mais qu'est qu'un conflit d'intérêt ? Ce n'est pas un comportement malhonnête mais un danger potentiel qui s'exprime quand des engagements ou des enjeux financiers influencent le jugement ou la loyauté du médecin à l'égard de son patient. Georges Bernard Shaw² déjà remarquait : « ... *qu'une nation saine ayant observé que l'on pouvait s'assurer d'obtenir du pain en offrant au boulanger un intérêt financier à le cuire pour vous, en ait déduit qu'il fallait intéresser financièrement un chirurgien pour vous couper la jambe, suffit à vous*

¹ Marc Rodwin, *Medicine, Money and Morals - Physicians' conflicts of interest*, Oxford University Press - 1993.

² Georges-Bernard Shaw, *The doctors' dilemma, a tragedy* -Baltimore 1913.

désespérer de l'humanité ». Le même note également que « ... *l'objet de la profession médicale est d'assurer un revenu aux médecins : et, de ce point de vue, toute considération pour la science et la santé publique doit s'effacer quand les deux entrent en conflit. Heureusement ce n'est pas toujours le cas* ». Propos de polémiste, certes ! Mais comme autrefois pour la parole du Fou du Roi, ces remarques sont-elles dénuées de toute vérité ?

Aucun système de paiement n'est, du point de vue des conflits d'intérêts et donc de l'éthique, sans défaut. Si donc avec le paiement à l'acte le médecin peut avoir intérêt à prescrire, avec un mécanisme de dotation globale, surtout s'il est intéressé aux résultats, il peut avoir intérêt *a contrario* à rationner. Ce rationnement peut prendre une forme active (liste d'attente, transfert de patients) ou passive (examens non réalisés ou réalisés trop tardivement). Le salariat, surtout quand il s'accompagne d'un statut qui de fait rend la personne inamovible n'incite pas toujours, pour certains, dans certaines circonstances, au dépassement. La capitation¹ a aussi ses inconvénients car, cette fois, elle incite le médecin à voir son patient aussi peu que nécessaire, pas trop cependant pour qu'il ne choisisse pas un autre de ses confrères pour « référer ».

Il n'existe donc pas un « bon » système de paiement des médecins ou des institutions de soins. La dotation globale a les mêmes inconvénients que le salariat et les paiements « à la journée » ou « à la pathologie » des désavantages et avantages similaires au paiement à l'acte. Non seulement ceci plaide pour des systèmes mixtes et évolutifs selon les défauts constatés à un moment donné, mais encore cela démontre que le pire des systèmes est un système non contrôlé, le nôtre.

Il est curieux de constater que l'on attribue en France beaucoup d'attention aux conflits d'intérêts dans le secteur financier, de l'expertise comptable (surtout depuis l'affaire ENRON), du droit (la profession d'avocat est infiniment plus sévère que la profession médicale), de l'entreprise (les abus de biens sociaux), mais rien en médecine où semble régner une naïveté bien angélique. Tout va bien : tous les médecins prescrivent à bon escient, jamais de considérations économiques ne rentrent en compte dans la prise en charge du malade... C'est pourtant faux. Pourquoi cette cécité ? Comment ce laxisme ?

Les Français travaillent tout le mois de février, durant toute leur vie pour financer la seule assurance maladie (28 jours par an). Nous avons vu que nous dépensions 2% de plus de notre PIB (environ 34 milliards d'Euros) que d'autres pays occidentaux et pourtant nos dépenses continuent de croître à un rythme seulement dépassé par les Américains. Nation d'hypocondriaques, nation vieillissante, qui prend pour premier discours celui de la profession médicale admirablement entraînée pour que les « besoins » du patient n'oublient jamais véritablement ceux de ses membres !

¹ Ce système est peu utilisé en France, il l'a été pour le médecin « référer » avant que ce concept ne soit abandonné au profit du médecin « traitant ».

Pourtant les discussions éthiques sur l'argent et la médecine sont essentielles et riches d'applications immédiates. Il faut à la fois prévenir les conflits d'intérêts, contrôler les situations à risque et sanctionner les abus. Comme tout acteur économique, le médecin, l'hôpital, la clinique sont influencés par la manière dont ils sont rémunérés. Le médecin est le conseil de son malade, celui-ci est dans un état d'absolue dépendance. C'est le malade qu'il convient de protéger d'abord, puis, et tout autant, plus lointain, plus abstrait mais tout aussi concerné celui qui cotise, nous tous donc. Pourtant l'escroquerie plus ou moins mineure à la « Sécu » est un sport national. Puisse l'éthique médicale s'intéresser enfin aux questions d'argent !

Document n° 6

Documents supports de l'exposé de M. Jean-Philippe Mousnier

On trouvera ci-après les documents mis au dossier des participants par M. Mousnier en complément de son exposé :

- 6.1 Une courte notice biographique
- 6.2 "**Les nouvelles régulations**" : un texte original développant l'intervention orale de M. Mousnier
- 6.3 Un article intitulé "**Le management de l'intelligence collective au service de l'intelligence économique ?**" (Regards sur l'IE - N° 12 - Novembre/Décembre 2005)
- 6.4 Un document intitulé "**Millennium project - Etat du Futur 2003 sommaire exécutif - version française**", document commenté par M. Mousnier

6.1

Notice biographique

Jean-Philippe MOUSNIER

- ✓ Sociologue,
- ✓ Conseil en intelligence économique et développement durable

- ✓ Directeur général du cabinet **SISYPH** (management et marketing stratégique, insertion économique et sociale)
- ✓ Directeur général du cabinet **MURART AREO** (médiation artistique et culturelle, direction de grands projets au Moyen Orient)
- ✓ Responsable du programme de recherches **EDDIE** (évaluation, intelligence économique et développement durable)
- ✓ assistant à Maîtrise d'ouvrage sur plusieurs grands projets architecturaux et artistiques dont le **PALAIS DE CHAILLOT** (cité de l'architecture et du patrimoine)
- ✓ médiateur « des causes perdues »

Participation à des groupes de travail :

- ✓ Membre de la commission AFNOR développement durable (référentiel SD 21000) et de la commission de certification sur le commerce équitable
- ✓ Administrateur de l'AFDIE (association française pour le développement de l'intelligence économique)
- ✓ Membre du comité de certification de la HAS, (haute autorité de santé)

Intervenant :

- ✓ Coach de grands groupes et de collectivités territoriales en matière de RSE
- ✓ Animateur de cellules de veille 3S : stratégique, scientifique et sociétale.
- ✓ Chargé de cours dans plusieurs 3^o cycles dont : MISTE (Marne la Vallée), UTBM (Belfort), ANGERS, LOUVAIN LA NEUVE, LAUSANNE, et le DESSMEC (Paris Tolbiac) sur le développement durable et intelligence économique
- ✓ Directeur scientifique de journées d'étude, de colloques et d'universités d'été
- ✓ Animateur de séminaires de direction : nomades et sédentaires, le jeu de rôle médiéval, le tribunal des flagrants délires, innovation et mémoire,...

Quelques articles :

- ✓ a été rédacteur en chef de LA LETTRE DE L'ORGANISATION pendant 9 ans
- ✓ actes du colloque évaluation de la performance, PALAIS DES CONGRES, 2002
- ✓ actes de l'université d'été EDDIE, AIX EN PROVENCE, 2003,
- ✓ les patrimoines immatériels, revue de la chambre des ingénieurs conseil de France 2004
- ✓ L'intelligence économique, modèle de management, revue française d'intelligence économique, 2005

Deux ouvrages :

- ✓ Le modèle AFDIE d'intelligence économique, co auteur, ECONOMICA, 2004
- ✓ L'intelligence territoriale : mode d'emploi, à paraître, DUNOD, 2006

Une passion :

- ✓ Collectionneur passionné de céramique 1880/1950 et grand amateur d'art contemporain, en particulier de l'Ecole de Nice

Ouvrage en préparation sur « la modernité »

151 boulevard MURAT 75016 PARIS

mousnier@sisyph.com

www.e2die.com

6.2**XII° Rencontres de la cancérologie libérale et hospitalière privée :
L'administration de la santé par l'ETAT.****Les nouvelles régulations****par Jean Philippe MOUSNIER****sociologue,
directeur du cabinet SISYPH**

- 1/ L'importance des réseaux
- 2/ Le passage de la société de l'information des années 80 à l'économie de la connaissance et du savoir
- 3/ L'importance de la dimension territoriale
- 4/ Le développement durable : une extraordinaire extension de notre champ de responsabilité individuelle et collective et de sa mise en cause par des tiers inconnus.
- 5/ Le développement durable : l'ouverture de ce débat à de nouveaux acteurs
- 6/ Le développement durable : la question de l'éthique, des valeurs partagées, du sens que l'on donne à ses actes ou à ses idées

Conclusion : réflexions

- l'EPP, l'évaluation des pratiques professionnelles comme réponse à la responsabilité sociale élargie et au principe de précaution ;
- l'émergence des nouveaux acteurs et la reconnaissance d'un véritable processus de médiation introduisant des réseaux et des associations en complément, en relais, en accompagnement de la relation médicale directe ;
- la recherche de nouveaux équilibres dans un partenariat public privé revisité

Je ne suis pas spécialiste du monde de la santé ; mon rôle consiste à observer les mutations plus ou moins marquées de notre société pour chercher à les comprendre et à anticiper avec les principaux acteurs concernés les crises et - les ruptures prévisibles, les évolutions des stratégies actuelles et l'émergence de nouveaux acteurs. J'ai deux domaines de compétence particuliers qui sont l'intelligence économique et le développement durable, domaines complexes et mal définis qui s'incarnent dans un concept nouveau : l'intelligence territoriale¹. Je développe cette interpellation de la modernité au travers de trois lieux distincts : le management et marketing stratégique (cabinet SISYPH), la médiation culturelle et artistique et la direction de grands travaux à travers le monde, le Moyen Orient en particulier (MURART AREO) et l'animation d'un groupe de recherche (EDDIE : évaluation, développement durable et intelligence économique).

C'est cette expérience que je voudrais partager avec vous en transposant dans le monde de la santé des phénomènes ou des tendances qui apparaissent ailleurs, dans le reste de la société civile et qui permettent de mieux comprendre ce qui se passe dans « l'économie sociale de la santé ». Il faut prendre de plus en plus le recul nécessaire face à une actualité intrusive et parfois délirante, et surtout il faut enrichir notre « grille de lecture » de la réalité professionnelle dans laquelle nous vivons en donnant tout leur sens à des faits ou des événements « initiateurs » de tendances encore mal définies. Il est temps d'arrêter de penser que la santé est un univers clos et « étanche » insensible aux évolutions de la société qui l'entoure.

Je refuse catégoriquement d'entrer dans « la querelle public-privé » sur les bases du « bon et du méchant », du « trop d'Etat » ou « pas assez d'Etat ». Ce qui me semble très fort aujourd'hui dans la suite directe des travaux des prospectivistes², c'est que nous vivons en direct la fin d'un modèle de financement de la santé qui n'en finit pas de mourir, et dont les réformes successives coûtent de plus en plus cher et sont de moins en moins efficaces collectivement. Nous sommes dans une période douloureuse mais passionnante de transition entre la disparition d'un modèle qui a fait ses preuves mais répond de moins en moins aux défis du siècle et l'émergence d'un nouveau modèle d'économie de la santé à inventer. Gardons-nous de toute simplification abusive, c'est de l'émergence d'un système complexe dont il s'agit, donc les solutions qui le porteront seront forcément complexes, progressives et apprenantes. C'est, me semble-t-il, par un jeu successif d'essais et d'erreurs que l'ensemble des acteurs concernés publics et privés parviendront à mettre au point un modèle économiquement durable et socialement équitable ; l'enjeu est de dégager un consensus politique, économique et social autour de ce nouveau système. Ce n'est pas le domaine réservé de l'Etat dans une vision régalienne

¹ L'intelligence territoriale, mode d'emploi, Jean-Philippe MOUSNIER, à paraître avril 2006 chez DUNOD

² Manuel de prospective stratégique, Michel GODET, DUNOD, 1997

de la politique, pas davantage le libre jeu des adéquations de l'offre à la demande qui produiront ce modèle stable dont chacun a besoin. Cette refondation de la légitimité de l'acte de soin ne peut se faire sans un débat contradictoire entre l'Etat, les professionnels de la santé et la société civile. Ce n'est pas une simple question d'expert ou de politique politicienne, mais un choix de société !

L'intelligence économique et le développement durable peuvent nous aider à identifier plusieurs axes de réflexion qui me paraissent avoir une forte valeur explicative dans la compréhension de ce qui se passe aujourd'hui en cancérologie.

De l'intelligence économique¹, remise à l'honneur par le rapport Martre, le rapport Carayon, puis la nomination d'Alain Juillet comme initiateur et coordonnateur d'une politique nationale de « patriotisme économique », de rayonnement international. Le lancement récent des pôles de compétitivité s'inscrit dans cette stratégie de concentration de moyens et d'actions offensives tant sur le plan économique que scientifique. Les travaux de l'AFDIE (Association Française pour le Développement de l'Intelligence Economique) formalisent l'importance de trois enjeux majeurs dans cette prise en compte d'une intelligence économique et stratégique :

1/ **L'importance des réseaux** ; réseaux informels, réseaux professionnels, réseaux d'influence, groupements d'intérêt, associations d'usager, des réseaux se créent partout et repoussent les frontières autrefois bien étanches d'une profession, d'un hôpital, d'une entreprise ou d'une collectivité². C'est une modification majeure du monde médical et de la cancérologie en particulier. En intégrant dans un même système de soins reconnu patients, familles, médecins, radiologues, sans oublier bien entendu les soignants on crée un acteur collectif qui s'impose comme partenaire, interlocuteur incontournable. L'importance de ces réseaux se mesure dès qu'ils définissent leur charte de fonctionnement : recommandant certaines bonnes pratiques professionnelles retenues par eux, élaborant et négociant des standards thérapeutiques (en s'appuyant sur la méthodologie SOR par exemple), imposant un dossier médical commun, définissant les conditions d'évaluation des pratiques professionnelles, créant et animant un système d'information avec télé-médecine et visioconférence, recherchant et regroupant des moyens financiers importants, enfin définissant à la fois les conditions d'un bénéfice thérapeutique pour le patient et des contraintes pour respecter une charte ou un engagement de « bonnes pratiques patient ».

¹ L'intelligence économique, mode de pensée, mode d'action, Jean-Louis LEVET, ECONOMICA, 2001

² Modèle de management par l'intelligence économique, AFDIE, Jean-Philippe MOUSNIER et ass, ECONOMICA ,2004

Que l'on mesure l'importance de l'hospitalisation à domicile, des réseaux de soins, des services de suite, du palliatif sous toutes ses formes, des associations de malades, de toutes les formes de groupements de bénévoles intervenant, « interférant », dans la relation duelle patient-praticien. Prendre conscience de l'existence de ces réseaux, puis de leur importance c'est en faire une ressource, et au lieu de s'en protéger, d'apprendre à accepter de « perdre du temps » pour mieux les utiliser, mieux y participer, et dans certains cas les créer.

Il faut aujourd'hui les connaître pour les évaluer, choisir les « bons » et dénoncer les autres, aider à leur fonctionnement, à leur éthique, à leur finalité ; je ne vois pas comment aujourd'hui il serait possible pour un praticien libéral de faire autrement. Ces réseaux sont une prolongation, une amplification de l'action médicale pure, c'est une opportunité unique de redéfinir autrement le partage du temps autour et avec un patient atteint d'une maladie de longue durée, d'une maladie reconnue aujourd'hui comme chronique. L'aide que peuvent apporter ces réseaux est autant pour le praticien en possibilité d'accompagnement et de suivi, que pour le patient en écoute, partage et dialogue.

Tout n'est pas si simple et bien sûr nous voyons ici ou là des excès ou des erreurs pouvant mettre en cause le secret médical ou la bonne pratique professionnelle. Pourtant, ces réseaux me paraissent être un extraordinaire territoire à investir individuellement et collectivement pour la cancérologie aujourd'hui. Cela veut dire définir des règles du jeu « professionnellement acceptables », contractualiser de façon claire et opposable le rôle de chacun et les nouveaux modes de coopération ; cela veut dire aussi, à terme, repenser le mode de rémunération du temps passé à l'animation de ces réseaux, et à votre place je suivrais de très près l'initiative du réseau ONCO-RA à LYON que vous connaissez je pense tous, de vouloir changer de statut juridique et de devenir GIP, groupement d'intérêt professionnel !

2/ **Le passage de la société de l'information des années 80 à l'économie de la connaissance et du savoir**¹ ; derrière ces deux termes encore trop confondus dans les pays latins contrairement à nos amis américains, c'est une véritable révolution culturelle qui modifie malgré nous beaucoup de nos pratiques culturelles et professionnelles. Il est temps de reprendre la main et de redevenir « propriétaire » de son cerveau, pour reprendre l'expression de Stafford BEER !

Il y a dix ans le problème était de trouver les trois ou quatre informations dont on avait besoin pour entretenir ses connaissances ; aujourd'hui la question est de trier parmi les millions d'informations qui nous envahissent ou qui circulent, celles qui restent pertinentes face à une question po-

¹ De l'intelligence économique à l'économie de la connaissance, Bernard GUILHON et Jean-Louis LEVET, ECONOMICA, 2003

sée, de se protéger autant des « spams » que de la manipulation ou de la désinformation volontaire ou involontaire.

Or se maintenir à jour passe par ce travail de recherche, d'acquisition, de sélection, de traitement et d'interprétation des informations clefs qui sont au cœur de notre fonctionnement professionnel. Ceci ne peut plus se faire de façon artisanale en passant avec son assistante, sa femme ou sa fille deux à trois heures par jour devant l'écran magique.

Nous assistons à une aggravation de l'écart entre la reconnaissance de l'importance des savoirs dans la bonne pratique professionnelle et la difficulté d'y accéder dans un espace temps réaliste. Ceci repose aujourd'hui sur la maîtrise d'outils et de techniques passant souvent par les systèmes informatiques d'extraction et d'indexation automatique, d'intégration de données, de veille structurée, qui ne peuvent raisonnablement s'envisager chacun de leur côté ; le rôle des associations professionnelles, du conseil de l'ordre, des clubs, ou de toute autre forme de **mutualisation des dispositifs de veille** est majeur.

Un praticien aujourd'hui qui n'aurait pas accès à de tels outils d'intégration de savoirs et de connaissances touchant l'innovation thérapeutique et le développement des nouvelles techniques risquerait, me semble-t-il, de se retrouver très vite coupé du monde, isolé, enfermé dans un savoir vieillissant, en souffrance. Il faut repenser des dispositifs de veille et de production de savoir, faire circuler une intelligence collective au service de chaque adhérent, qui aide à imaginer et anticiper les changements du monde de demain.

Autour de ces dispositifs de veille émergeront également de nouveaux acteurs qui prendront place dans les échanges publics privés. Regardez l'évolution des centres d'information scientifique du CNRS ! Réfléchir sur les différentes formes que peut prendre une « intelligence collective » de la cancérologie reliant le local, le national et le reste du monde est une priorité ; regardons ce qui se passe au Canada, en Belgique ou en Italie. Je vous joins en annexe une fiche de lecture aidant à faire le point sur ces dispositifs nouveaux et pouvant vous donner envie de les transposer dans ce monde si précieux de la santé. Repenser ensemble scientifique et stratégique !

- 3/ **L'importance de la dimension territoriale** : penser global et agir local, disait déjà en son époque René DUBOS, cela n'a jamais été aussi vrai que maintenant. Au niveau régional, départemental, local, parfois au sein d'un même quartier ou d'un même immeuble, des synergies se développent qui seraient impossibles ailleurs ; la presse se fait l'écho de ces nouvelles formes de solidarité quand elles sont publiques ; ce qui est moins visible c'est l'importance du territoire « privé » dans la sphère professionnelle : trouver

la « bonne distance » pour agir et être entendu/reconnu : ni trop près ni trop loin des centres de décision, des réseaux influents, des lieux ressources. Le médecin et ses groupements d'intérêts sont plus à l'aise à Paris qu'en région, grave erreur ! Les équilibres économiques nationaux sont préparés et renégociés au niveau régional.

La présence et le rôle majeur des ARH donnent une dimension stratégique à la présence active des acteurs et des réseaux qui peuvent agir sur ce même territoire. Même si le découpage administratif de la région ne veut rien dire et qu'il faille faire appel à des géographes ou des sociologues pour redécouper des espaces de « sens » conformes aux habitudes de déplacements des habitants, cette dimension de la « proximité éloignée » définit l'espace thérapeutique et devient à elle seule un acteur stratégique à part entière. L'initiative est plus souvent régionale que nationale : des liens étroits se constituent entre partenaires régionaux en matière de recherche, d'enseignement, d'emploi, de coopération, de communication, d'organisation de colloques et de publications, mais demain en matière également d'assurance, d'expertise, d'évaluation ! La circulation des personnes, les échanges de pratiques, les transferts de données sont également de plus en plus présents au niveau des territoires et des régions.

Pour aborder un sujet sensible, c'est aussi le lieu d'un traitement préalable « propre » des différends et des conflits locaux ! Le pouvoir n'est pas seulement au centre du système et Michel CROZIER, voilà trente ans, a bien montré que le marginal sécant, l'acteur oublié « à la campagne », à la périphérie du système officiel a accès à des informations sensibles plus rapidement et retrouve un pouvoir de pression fort. Pour reprendre un écrivain connu : PARIS se contourne par BRUXELLES ou par Nogent le Rotrou, et toute ARH se contourne par une campagne de presse régionale bien orchestrée comme les récentes fermeture/réouverture de maternité ou de services d'urgence l'ont montré. Ces deux exemples volontairement évoqués de façon caricaturale et provocante montrent que nous sommes parfois, au niveau régional, dans l'émergence de nouvelles règles du jeu, d'une nouvelle approche de la concertation et du respect des positions différentes des acteurs libéraux et hospitaliers qu'ils soient privés ou publics.

Nous sommes en présence d'un jeu à sommes non nulles gagnant-gagnant où enfin ce qui est gagné par les uns n'est pas perdu par les autres ! Ni le médecin, ni le soignant, ni le malade, ni l'ARH n'ont besoin d'une campagne de presse incendiaire et dénigrante qui jette de l'ombre et du doute sur toute une profession et sur une maladie. De nouvelles stratégies, de nouvelles complémentarités apparaissent.

Ma seconde expertise, le développement durable, met en avant trois points qui viennent enrichir et compléter notre compréhension de ce qui se passe autour de nous dans la société civile :

4/ Tout d'abord le développement durable¹ se présente avant tout comme **une extraordinaire extension de notre champ de responsabilité individuelle et collective** et de sa mise en cause par des tiers inconnus. Issue du tri sélectif des ordures ménagères, de l'économie d'énergies non renouvelables, du recyclage des déchets, cette « responsabilité sociale élargie » (RSE) envahit l'horizon professionnel et modifie sensiblement la relation patient praticien. La décision prise ou à prendre, la prescription ou la non prescription, le choix ou l'absence de choix d'un examen invasif, la délivrance même du diagnostic, l'obtention du consentement éclairé du patient, de sa famille, deviennent autant de risques de mise en cause de la responsabilité du praticien, de contestation de sa pratique, et autant de risque de « pénal ». Penser le malade comme citoyen à part entière est généralement facilement admis, mais en tirer des conséquences concrètes pour des moments délicats d'une pratique professionnelle fragile, n'est pas si simple. Regardons déjà la difficulté des dernières années sur la concertation médecin soignant !

L'inscription du principe de précaution, du principe de prévention et du principe de vigilance, dans la constitution fait avancer le droit en obligeant chaque personne ou organisation à redevenir responsable de ses actes maintenant et pour demain. Ce qui était fait de tout temps de façon informelle ne suffit plus, il faut rendre sa pratique opposable, l'écrire, la faire valider et montrer la preuve qu'on vient bien de la respecter après toute demande civile ou pénale. L'écrit ne remplace pas la conscience éclairée, mais la complète. L'importance de cette nouvelle pratique qui se met lentement en place est que le praticien, le soignant également doit s'intéresser non seulement aux effets directs de la décision qu'il prend, mais aussi à l'impact de ces effets sur l'environnement du patient, sa compréhension, son acceptation, ses formes de choix..

Cette « obligation de vigilance » est fondamentale et ne me paraît pas pouvoir être contestée ; quant aux formes qu'elle peut prendre je resterai plus prudent car **tout droit nouveau appartient à celui qui l'occupe** et il est certain que certaines associations mieux préparées et mieux outillées risquent d'entraîner une justice exposée à une opinion publique peu éduquée dans le sens d'une jurisprudence qu'il sera bien difficile de combattre par la suite. Il est temps pour la cancérologie de réagir sereinement : ne pas attendre les premières mises en examen pour engager un débat public, un colloque, des écrits sur la responsabilité du praticien et ses limites, sur l'incertitude et l'espoir, sur l'imprévisibilité de l'évolution d'un diagnostic irréversible. La cancérologie française bénéficie **d'une réputation et d'une notoriété** qui lui donne un certain délai pour retrouver ses marques

¹ Le développement durable, Geneviève FERONE, Pascal BELLO et ass, éditions d'organisation, 2001

et non pas affronter mais utiliser le débat public qui s'engage sur le terrain qu'elle aura choisi.

Ce délai est limité dans le temps et il serait suicidaire de ne pas le mettre à profit pour s'organiser mieux, se rassembler autour d'une éthique et d'une stratégie de communication qui sache informer et alerter une opinion peu préparée avant l'arrivée des premiers procès ! Attention aux avancées juridiques mal perçues par nombre d'avocats ou de professionnels comme « **le renversement de l'obligation de la preuve** » qui fait que ce n'est plus au patient à faire la preuve qu'il est victime d'une erreur médicale ou d'un préjudice grave, mais au praticien à faire la preuve qu'il a bien tout mis en œuvre pour l'intérêt de son patient, pour respecter ses codes éthiques et déontologiques et appliquer les bonnes pratiques recommandées par la profession !

Il est temps de **prendre l'initiative** de façon collective et organisée non pour combattre une évolution irréversible de la société civile et devenir le fameux « petit village gaulois » qui résiste seul contre tous, mais pour dire le « sens », rechercher les valeurs et l'éthique qui se cachent derrière ces pratiques et ces procédés émergents et à corriger certaines déviances. Il faut élargir le cercle, s'asseoir autour d'une table pour réfléchir ensemble mais aussi avec « les autres » aux conséquences prévisibles et souhaitables de cette évolution, pour imaginer et formaliser de nouvelles pratiques acceptées et acceptables, pour contractualiser la présence de tiers opposables.....

La meilleure défense contre la médisance et la diffamation est l'information régulière et ciblée des médias et de l'ensemble des relais actifs de l'opinion publique sur les difficultés et les exigences de l'exercice du métier, c'est la concertation avec un petit groupe de personnes référentes sur l'évolution des pratiques, c'est l'engagement de toute la profession dans les démarches de certification, d'accréditation et de contractualisation ; alors, le jour où un incident, un accident ou un drame arrive, parce que cela est inévitable, l'attitude individuelle et collective de la presse et de l'opinion change... Et cela n'a pas de prix tant en matière d'assistance au praticien mis en cause que d'image globale de la profession.

- 5/ le second apport du développement durable est **l'ouverture de ce débat à de nouveaux acteurs**¹ ; déjà, si vous vous en souvenez, les premières démarches qualité de service, qualité de soin, qualité en santé publique ont replacé le patient-consommateur à l'état de partenaire associé, avec toutes les difficultés, mais aussi, et particulièrement en oncologie, toutes les réussites que l'on sait. Dans l'entreprise commerciale, l'actionnaire, le fournisseur sont élevés au rang d'acteur à part entière des décisions à pren-

¹ Les nouveaux utopistes du développement durable, Anne-Marie DUCROUX, éditions AUTREMENT, 2003

dre. Le développement durable étend le champ des parties prenantes ou parties intéressées à l'individu global que l'on ne peut fractionner : le salarié est aussi riverain, électeur, client, et parfois prescripteur des produits de la société dans laquelle il travaille. La plus grande peur du Ministère aujourd'hui et de tout directeur d'hôpital attentif est celle d'un rapprochement « contre nature » syndicats de salariés-association de patients lors d'un conflit grave !

La réputation, la notoriété, l'image d'une marque, d'un produit ou d'une profession deviennent des enjeux potentiels fortement attaqués dès le premier conflit mal géré. Les groupes les plus réputés ont plié et négocié, que pèsera le praticien libéral de la Creuse, de la Corrèze ou des Ardennes en cas de polémique orchestrée par des associations militantes de plus ou moins bonne foi ? Se regrouper sur des valeurs et des pratiques opposables, communiquer, publier, provoquer de façon régulière un débat public/privé avec les relais d'opinion repérés et éduqués permet d'affronter les inévitables accidents de l'avenir avec confiance et lucidité. Les sociétés les plus exposées dans le nucléaire, les déchets, l'énergie, la pollution sont les plus engagées dans le développement durable non par manipulation politicienne mais parce qu'elles ont tout à y gagner ! il faut prendre conscience que l'intimité du cabinet médical s'est ouverte sur le monde extérieur, et se demander si la place que l'on occupait hier reste toujours pertinente pour agir sur le monde de demain.

L'opinion publique devient un acteur incontournable et la société civile s'assoit d'elle-même à la table de toutes les négociations autrefois confinées aux seuls experts ou professionnels. Alors attention, cette opinion est canalisée souvent par des tiers, associations plus ou moins spontanées, plus ou moins structurées, plus ou bien bienveillantes, et plus ou moins représentatives. Aidons les associations les plus représentatives, les plus sérieuses, les plus porteuses de collaboration à s'imposer sur toutes les autres, donnons leur un statut et prenons l'initiative de les associer à nos réflexions ; en bref, « **labellisons** » **aujourd'hui des partenaires associatifs adultes**, libres et de bonnes mœurs dont la profession aura besoin demain.

- 6/ enfin, on ne peut pas parler de développement durable sans parler **d'éthique, de valeurs partagées, de sens**¹ que l'on donne à ses actes ou à ses idées ; mettre en concordance la paperasserie des différents dispositifs de certification et la déontologie des pratiques professionnelles qu'ils imposent, ses objectifs économiques et ses déclarations publiques, mettre en cohérence son savoir d'expert et un débat public contradictoire, introduire plus de transparence met en jeu des valeurs que l'on doit davantage expli-

¹ La violence et le sacré, René GIRARD, GRASSET, 1972

quer qu'avant. Cela peut aller plus loin comme des affaires récentes l'ont montré. L'éthique, c'est d'oser poser la question du sens, du sens de la vie, du sens de la mort, du sens du traitement, des limites de l'acharnement, de l'immensité d'un espoir déraisonnable.

Débattre sur ses valeurs et accepter de le faire n'est pas habituel et est loin d'être facile ; les laboratoires, les industriels de la santé sont confrontés à une forte pression qui peut contredire des pans entiers de communication commerciale.

Expliquer et accompagner des refus de soin peut toucher au droit de la personne mais aussi à l'éthique médicale. Le débat sur l'euthanasie semble toujours maintenant rester en toile de fond et il faut rester attentif à ce que la sensibilité de l'opinion ne se retourne très vite, anticipant toute référence législative ou judiciaire, mettant le monde médical dans le plus grand désarroi possible.

Je crois vraiment que le monde médical a tout à gagner à communiquer de façon régulière, en dehors des crises d'opinion provoquées par la presse à scandale, sur des questions d'éthique, de sens et de valeur ; l'opinion est respectueuse du milieu médical, intimidée devant les pratiques outillées et peu communicantes, mais directement touchée dans chaque famille, dans chaque « tribu ». Poser de façon régulière et en dehors de la pression des événements de vrais débats sur des questions d'éthique qui ne regardent pas le médecin seul, c'est engager un processus d'éducation populaire, c'est reconnaître le droit du patient-citoyen à l'information, c'est modifier les règles d'accès au minimum de savoirs qui faciliteront un jour le partage d'un consentement éclairé !

Changer d'espace temps pour prendre le temps d'une nouvelle forme de communication « apprenante ».

Ce que je voudrais en guise, non de conclusion à cette journée, mais d'introduction à une année de réflexion que je devine riche et chargée, c'est mettre en avant plusieurs axes de travail à investir :

- l'EPP, **l'évaluation des pratiques professionnelles** comme réponse à la responsabilité sociale élargie et au principe de précaution ; entrer à fond dans les démarches de formalisation des pratiques pour les rendre opposables et accentuer la confiance de toutes les parties dans des situations si souvent douloureuses ; sortir des relations de face à face individuelles pour engager des négociations collectives par branche et infléchir les premières jurisprudences opposables. Un exemple qui illustrera l'effet positif de ces nouvelles contraintes que la profession se donne à elle-même, c'est l'assurance. La situation actuelle est la pire qui soit. En absence d'une reconnaissance officielle de l'accréditation et de la certification de service, chaque compagnie d'assurance édite son propre « cahier des charges » pour

évaluer, sur ses critères et ses impératifs de rentabilité propre (la profitabilité d'un contrat), les risques d'un praticien ! Imaginons un monde meilleur, 2010 ou 2015, où une association professionnelle négocierait elle-même sur la base de son dispositif certifié d'évaluation des bonnes pratiques professionnelles de ses adhérents et mettrait en concurrence l'ensemble des assureurs pour globaliser la prime de 2.000 ou 3.000 praticiens, à la façon de l'ordre des architectes ou des syndicats professionnels de santé espagnols ou allemands.

- **L'émergence des nouveaux acteurs et la reconnaissance d'un véritable processus de médiation** introduisant des réseaux et des associations en complément, en relais, en accompagnement de la relation médicale directe. Cette synergie de nouvelles relations à inventer entre réseaux, professionnels, associations et partenaires d'un même territoire devient un mode opératoire en sortant complètement de toute dimension humanitaire ou caritative. A côté des associations de toutes sortes, les unions professionnelles, le conseil de l'ordre ont un rôle nouveau central à jouer pour mettre en place des dispositifs de veille sociétaux, stratégiques et scientifiques et anticiper pour la profession qu'elles représentent les nouvelles formes de régulation. Il faut accompagner sur le plan juridique mais aussi sur le plan stratégique et sociétal les professionnels en mettant en place à titre préventif une assistance de haut niveau qui **mette « sous contrôle »** les évolutions de la société civile, de l'opinion publique, des associations les plus militantes, et qui anticipe leur influence directe sur la cancérologie. Les unions professionnelles deviennent de fait **tierce partie** dans tous les conflits ou débats opposant un praticien à un patient, et sont appelables en justice par chacune d'elles ; si l'on regarde à l'étranger, elles ont un rôle beaucoup plus développé qu'en France à ce jour, mobilisent la presse professionnelle, gèrent un budget suffisant pour lancer des audits ou des enquêtes d'opinion et animer leur propre réseau de relations, certains diraient de lobbying.
- **la recherche de nouveaux équilibres dans un partenariat public privé revisité** ; l'hôpital et la médecine de ville sont infiniment complémentaires et non concurrents, on le voit bien dans le scandale des urgences, des gardes ou des remplacements. Il faudra peut être finir par oser poser les questions qui fâchent ; le secteur 2 n'est pas un caverne d'Ali baba où on augmente ses tarifs en ne se souciant pas des conditions de remboursement de ses patients, partant du principe que les mutuelles payent et continueront à payer ! Qui est le fonctionnaire de l'autre ? Je suis très inquiet sur cette déréglementation qui n'inquiète personne. Le Ministère ne bouge pas, l'assurance maladie choisit ceux avec lesquels elle veut travailler, les praticiens facturent et les mutuelles attendent ! Personne ne peut sérieusement imaginer que cette situation durera très longtemps. En économie de marché, la régulation est une constante de fait, soit elle est le fait d'un jeu d'ajuste-

ment de l'offre et de la demande, soit elle résulte d'un accord entre certaines parties sur un intérêt commun supérieur à l'intérêt propre de chaque partie. En clair, qui a intérêt à laisser se dégrader la situation jusqu'à ce qu'elle devienne socialement inacceptable ? Qui a intérêt à attendre que l'opinion ne comprenne et ne réagisse pour exploiter le vide laissé par les instances publiques officielles et pouvoir imposer des régulations privées ? Attention, personne ne semble regarder le fait important que certaines compagnies d'assurance ou mutuelles sont à la fois assureurs de l'employeur (le médecin) et de l'employé (le patient), du prescripteur et du bénéficiaire. La tentation de se substituer à une législation défailante et de proposer une règle du jeu interne à la compagnie est grande : « labelliser » des réseaux de praticiens adhérents acceptant de plafonner leur augmentation de tarifs et contractualiser avec les adhérents ou sociétaires en recommandant certaines pratiques de soins mettant en avant ces réseaux « internes » ! On peut même imaginer des contreparties plus larges : globalisant RCP et tous les autres contrats familiaux ou personnels, IARD¹, contrats d'assurance personnels (véhicule, locaux, indemnités journalières) voire en ajustant des offres d'assurance vie !... En clair l'ajustement échappera au domaine public et entrera dans les jeux complexes des contrats de droit privé ! Le risque est toujours celui d'une concurrence entre les « labels » favorisant 30 à 35 % parmi vous et faisant monter le droit d'entrée dans les « bons labels » au risque de discréditer toute une partie de votre profession sur des impératifs marchands et non professionnels, ce qui n'est à terme l'intérêt de personne.

Je ne doute pas un seul instant que vous ne sachiez prendre le recul nécessaire pour participer activement, ou même engager les discussions qu'il faut là où il faut et quand il faut !

Jean-Philippe MOUSNIER
mousnier@sisyph.com

¹ Note UNHPC : Incendies, accidents et risques divers (assurance)

6.3

Veille & Innovation

Le management de l'intelligence collective au service de l'intelligence économique ?

Regards sur l'IE - N°12 - Novembre/Décembre 2005 - pp. 60 à 65

L'intelligence économique est aujourd'hui principalement centrée sur la recherche et le traitement d'informations à l'extérieur et à l'intérieur de l'organisation sous la forme de veille (technologique, boursière, juridique,...) ou par une démarche proactive. Les employés d'une organisation constituent donc ensemble une source d'information importante qui doit être autant valorisée que les sources externes.

Le management de l'intelligence collective est un mode de management dont la finalité principale est de valoriser les idées, les connaissances et les informations que chacun de nous détient pour, par exemple, résoudre des problèmes opérationnels, innover, accélérer et fiabiliser les processus de décision. Bien que conçu et orienté vers la performance opérationnelle, il permet de créer une dynamique favorable à l'intelligence économique. De même, l'intelligence économique est un élément moteur de ce mode de management car elle améliore la quantité et la qualité des informations qui vont nourrir tous les processus d'intelligence collective internes ou externes (entreprise étendue).

Les synergies entre l'intelligence économique et le management de l'intelligence collective sont importantes et mériteraient à l'avenir une mise en cohérence dans nos organisations.

Présentation du concept d'intelligence collective

« La seule voie qui offre quelque espoir d'un avenir meilleur pour toute l'humanité est celle de la coopération et du partenariat. » Kofi Annan, Secrétaire général de l'ONU (Extrait d'un discours à l'Assemblée générale de l'ONU - 24 Septembre 2001)

Dès l'Antiquité, Aristote posait déjà la question de l'intelligence collective : « *Qu'il faille que le souverain soit plutôt la masse que la minorité des meilleurs semblerait résoudre la question, et, malgré des difficultés, offrir une part de vérité. Il est possible en effet que la majorité, dont chaque membre n'est pas vertueux, réunie toute ensemble soit meilleure que l'élite, non pas séparément mais collectivement, de même que les repas à frais communs sont meilleurs que ceux qui sont organisés sur la dépense d'un seul. Etant donné qu'ils sont nombreux, chacun détient une part de vertu et de sagesse, et, de cette réunion, la masse devient comme un seul homme, à plusieurs pieds et plusieurs mains, et pourvu de plusieurs sensations, et il en va de même pour son caractère et son intelligence.* » (Aristote, extrait de La Politique, Livre III, chapitre XI)

À votre avis, une décision, une action est-elle de meilleure qualité si on mobilise l'intelligence de plusieurs personnes pour la concevoir ? Est-ce que l'union fait la force ? Faut-il réfléchir avant d'agir ? Faut-il chercher des informations avant de réfléchir ? Encore une question : trouvez-vous toutes ces questions idiotes ? Si la réponse est sans hésitation oui, parce que c'est du bon sens, alors voici une nouvelle question : le faites-vous réellement au quotidien ou même de temps en temps ? Vous avez besoin de réfléchir pour répondre ? La réponse est moins immédiate ?

Ces questions permettent d'aborder deux concepts : l'intelligence collective (IC) et le Knowledge Management (KM). L'enjeu du KM et de l'IC est que la performance collective soit supérieure à la somme des performances individuelles. L'intelligence collective, dans sa dimension opérationnelle, est la capacité d'une organisation, d'un collectif à se poser des questions et à chercher les réponses ensemble. Le Knowledge Management, pour prendre une des définitions les plus simples, est l'action de capitaliser des connaissances et de les partager (Capitaliser signifie formaliser une information hors de la tête de celui qui la détient pour ensuite pouvoir la mettre à disposition de l'organisation, la partager).

La biologie nous apprend que notre intelligence propre résulte moins du nombre de neurones ou d'un inné héréditaire mais du nombre de synapses qui interconnectent ces neurones (IC) et à l'acquis d'informations accumulé dès notre naissance (KM). C'est donc la richesse des interconnexions, des échanges qui forge l'intelligence de l'être humain sur le fondement de ce qu'il sait. La diminution des synapses avec l'âge participe au début de notre dégénérescence. Le parallèle avec une organisation démontre la nécessité d'accroître les "synapses", les interconnexions entre les membres et les entités de cette organisation pour développer son intelligence et de capitaliser les informations qui sont nécessaires à ces synapses.

Comme l'explique Richard McDermott, président de McDermott Consulting : « *L'intelligence humaine dépend de connexions neuronales. L'intelligence organisationnelle, quant à elle, dépend de connexions interpersonnelles.* » Ce qui est valable entre les membres d'une organisation, l'est également, d'un point de vue systémique, entre l'entreprise et son environnement. Il s'agit de l'émergence du concept de "l'organisation étendue" dans le cadre de relations, d'interconnexions plus nombreuses avec l'extérieur (par exemple, via les portails d'entreprises à destination de leurs fournisseurs).

La performance à l'ère de la société de l'information

La performance des entreprises dans une société industrielle et commerciale est de savoir produire et de savoir vendre mieux et plus vite que ses concurrents. Aujourd'hui, la plupart des entreprises savent produire et vendre. C'est la raison de leur existence. Si elles n'avaient pas cette capacité, elles auraient déjà disparu. Mais de ce fait, au fil du temps, leur niveau de performance devient de plus en plus homogène. Croître, prendre des parts de marché se fait alors plus facilement en absorbant ses concurrents.

La performance des entreprises dans une société de l'information est de savoir mobiliser l'intelligence collective et les connaissances de ses parties prenantes (salariés, fournisseurs, clients,...). S'il faut et s'il faudra toujours savoir produire et vendre, ce n'est plus aujourd'hui un facteur suffisamment différenciateur dans la compétition internationale. Hier, l'entreprise était industrielle et commerciale, demain il faudra qu'elle soit de plus en plus une entreprise intelligente.

L'entreprise intelligente repose principalement sur l'intelligence collective (IC) et le Knowledge Management (KM). L'IC sera bien sûr beaucoup plus performante si elle est soutenue par une démarche d'intelligence économique (IE). De même, l'IC et le KM ne peuvent exister et fonctionner efficacement sans les technologies de l'information. Ces technologies font partie des technologies de l'intelligence augmentée (Amplified Intelligence) dont l'objet est d'augmenter et d'étendre les capacités intellectuelles humaines, en particulier les capacités cognitives des groupes. Ces technologies ont beaucoup évoluées ces dernières années en passant de l'information à la communication puis aujourd'hui à la collaboration.

Les technologies de l'information et de la communication ont permis de rendre accessible l'information : stocker et partager. Les technologies de l'information et de la collaboration (intranet collaboratif) vont beaucoup plus loin. Elles augmentent la performance des interactions humaines et donne à l'information une valeur opérationnelle.

Les technologies de l'intelligence augmentée permettent aujourd'hui de matérialiser les concepts de l'intelligence collective. Mais certains croient pouvoir développer leur intelligence collective en minimisant l'importance des logiciels, voire en les rejetant. A la résistance classique au changement s'ajoutent des raisons culturelles : goût du contact humain, communication verbale dominante,... qui sont en particulier représentatives de la culture latine. Du fait de cette culture, valorisée et sacralisée comme un patrimoine de grande valeur, beaucoup d'entreprises prendront dans les 10 prochaines années un retard considérable par rapport à la culture anglo-saxonne plus ouverte et plus sensible à ces technologies.

L'intelligence collective dans les entreprises

Dans la plupart des entreprises, l'intelligence collective se matérialise au quotidien par des coopérations intellectuelles que l'on observe en particulier dans les temps de réflexion collective. Cependant, elle est souvent faible pour des raisons de cultures, d'habitudes managériales et de technologies déficientes.

Dans une entreprise intelligente, il est important de distinguer réflexion collective et communication collective :

- La communication permet d'échanger des informations sans qu'il y ait forcément des coopérations intellectuelles.
- La réflexion implique des coopérations intellectuelles qui permettent de créer l'information, de lui donner du sens et d'interagir sur l'information existante pour la transformer en une nouvelle information.

Cette distinction est importante car on pense souvent coopérer alors qu'on ne fait que communiquer. Émettre ou recevoir une information est une activité courante. Par contre, co-construire une information est beaucoup plus rare et difficile. Il est également important de distinguer réflexion collective et décision collective. Le premier réflexe d'une personne à qui on parle d'IC est souvent : « *C'est bien joli votre affaire mais il faut bien qu'un chef décide !* » On vous expliquera ensuite que l'IC dans une entreprise, c'est très dangereux, car cela conduirait à créer une entreprise démocratique (une organisation dans laquelle toutes les décisions seraient prises à la majorité). La confusion est donc grande dans les esprits entre réflexion et décision et elle n'est pas fortuite. Elle sert à effrayer ceux qui voudraient changer l'état actuel des choses. Cependant l'IC n'a rien à voir avec l'action de décider en tant que telle mais avec l'action de réfléchir, de coopérer, d'innover, de créer,... L'IC contribue certes au processus d'émergence de la décision mais n'impacte pas directement la prise de décision. Peu importe que la décision soit celle d'un seul ou de plusieurs. Ce qui est important, c'est que la construction de la décision ait mobilisé l'intelli-

gence collective et les connaissances. Les managers sont nombreux à résister aux processus d'intelligence collective parce qu'ils pensent qu'ils vont perdre leur pouvoir. En fait, l'IC n'induit pas une redistribution du pouvoir (chacun reste à sa place, chacun conserve la même quantité de pouvoir) mais un changement dans l'exercice du pouvoir, dans les modes de management. L'IC implique donc une nouvelle gouvernance des organisations qu'on appelle le management de l'intelligence collective.

Il n'y a pas de relation automatique entre réflexion collective et décision intelligente. Pierre Lévy nous donne son avis sur ce point : « *La masse n'a pas toujours raison, surtout s'il s'agit d'une masse moutonnaire et conformiste qui ne remet rien en question. C'est pourquoi le projet de l'intelligence collective consiste précisément à valoriser toute la diversité des connaissances, des compétences et des idées qui se trouvent dans une collectivité et à organiser cette diversité en un dialogue créatif et productif. La culture de l'intelligence collective travaille à établir de manière douce et pacifique un "multilogue" ouvert, qui est préférable aussi bien au cloisonnement et à l'isolement des intelligences, qu'à l'uniformité bien pensante.* »

Une réflexion collective peut donc aboutir à une décision stupide, de même qu'une réflexion individuelle peut aboutir à une décision géniale. Ce n'est pas parce que c'est collaboratif que ce sera intelligent. Mais si ce n'est pas collaboratif, il y a un risque que ça ne soit pas intelligent ! Mettre ensemble des personnes ne suffit pas. L'objectif du management de l'intelligence collective est d'obtenir une décision intelligente par le biais d'outils, de méthodes, de processus et de technologies. Manager l'intelligence collective consisterait, par exemple, pour un manager à définir qui cherche l'information, qui réfléchit, qui donne son avis, qui décide, qui capitalise l'information et qui agit.

Nous avons vu les différentes dimensions du management de l'intelligence collective. Il est important maintenant de positionner l'intelligence collective par rapport à l'intelligence économique.

Intelligence collective et intelligence économique

L'intelligence collective et l'intelligence économique ont un point commun important : l'information. C'est leur matière première commune. Si on devait intégrer ces concepts dans un processus, on positionnerait en premier l'intelligence économique car elle permet d'alimenter l'intelligence collective. Mais par rétroaction, le travail de réflexion produit par le collectif servira à alimenter l'intelligence économique. IC et IE se trouvent donc dans un processus circulaire et itératif de renforcement mutuel.

L'analyse de deux des définitions de l'IE nous permet d'aller plus loin :

- L'intelligence économique est l'ensemble des techniques ayant pour objectif, par des moyens légaux, d'apporter des informations à l'organisation, c'est-à-dire d'enrichir le savoir de l'entreprise. De même, le management de l'intelligence collective a pour objectif, par un nouveau mode de gouvernance, d'apporter des informations, des idées, des connaissances pour enrichir le capital intellectuel de l'entreprise.
- D'après l'ADBS, « *l'intelligence économique est constituée par l'ensemble des concepts, des outils, des méthodologies et des pratiques permettant de mettre en relation, de façon pertinente, différentes connaissances et informations dans la perspective de la maîtrise et du développement de la dynamique économique. Cette mise en relation implique en particulier : - une mobilisation des hommes ; - un traitement et une analyse de l'information et de la connaissance orientés vers une finalité opérationnelle ; - une circulation efficace des informations et des connaissances au sein des organisations concernées.* »

Le management de l'intelligence collective consiste, lui aussi, à mobiliser les hommes (leurs intelligences, leurs connaissances), à réfléchir sur les informations disponibles pour atteindre des objectifs et à favoriser les coopérations intellectuelles au sein de l'organisation.

Voici les grandes étapes d'un processus d'IE :

- Poser la question à laquelle on cherche à répondre (question souvent définie par la direction),
- Collecter l'information dans les réseaux internes et externes et dans la mémoire de l'intelligence économique,
- Analyser les informations collectées,
- Diffuser les informations analysées et organisées (c'est-à-dire rendues exploitables) aux personnes concernées afin que les actions nécessaires soient lancées.

Ces grandes étapes sont globalement les mêmes dans un processus de réflexion collective. On se pose des questions, chacun apporte les informations et connaissances qui vont être nécessaires pour répondre aux questions (collecter), chacun va réagir sur les réponses qui sont apportés par le collectif par des feed-back qui vont progressivement affiner les réponses, les rendre plus pertinentes (analyser) et enfin, on va partager le fruit d'une réflexion collective pour pouvoir alimenter la réflexion suivante sur le même thème ou un sujet connexe (Diffuser).

Pour pérenniser et renforcer une démarche d'IE dans une organisation, l'IC pourrait être un facteur important de réussite car elle influe beaucoup sur les

comportements individuels de coopération. Or cette coopération est également très importante dans l'IE. Les synergies sont fortes en IC et IE. De ce fait, les efforts pour mettre en place l'une pourrait faciliter de facto l'implémentation de l'autre.

Les technologies support du management de l'intelligence collective

Les intranets sont actuellement centrés sur les activités opérationnelles du quotidien : gestion des tâches, forum de discussions, sondages, workflow,...

Cependant, certains intranets intègrent des places de marché de l'information qui permettent de se tourner vers le futur et de mobiliser l'intuition collective sur différents types d'information. Ce type de place de marché peut être utilisé en support de démarche d'IC ou d'IE. Voici un exemple des informations que l'on peut négocier (acheter ou vendre) sur une place de marché de l'information :

1. Des idées : chaque collaborateur peut déposer ses idées en permanence (c'est une sorte de boîte à idées électronique). Une idée est une proposition pour développer la performance individuelle et collective. Exemple : réduire les délais de production avec telle méthode. L'entourage du collaborateur va ensuite acheter ou vendre l'idée en fonction de sa perception de la pertinence de l'idée. On obtient ainsi une cotation continue des idées comme dans une bourse. Les décideurs peuvent alors repérer plus facilement les idées à la fois émergentes et probablement de grande valeur.
2. Des alertes : Une alerte est une opportunité à prendre en compte ou un danger immédiat ou lointain qui met en péril le développement durable de l'organisation. Elle concerne la stratégie, l'organisation, les systèmes ou les opérations. Exemple : retard dans le projet Z ou Innovation technologique qui impacte la stratégie de l'entreprise. La place de marché devient une vitrine dans laquelle les alertes sont évaluées : vraies alertes ou fausses alertes ; c'est le collectif qui détermine les cotes d'alerte.
3. Des prévisions : Une prévision est une hypothèse sur le futur. Elle est fondée sur des observations et sur une intuition qui sera plus fiable si c'est une intuition collective. Exemple : on vendra 150 000 unités du produit XYZ l'année prochaine. Les décisions se fondent sur des prévisions établies par le management. Il a été démontré par des études que les prévisions fondées sur une intuition collective étaient beaucoup plus fiables (voir "The Wisdom of Crowds" de James Surowiecki : "Market predictions often outperform those of even the bestinformed expert.")
4. Des nouvelles : une nouvelle (news) est une information immédiate qui n'a plus aucune valeur une fois connue. Exemple : réunion à 10h le 27 mai.

Cependant, nous sommes submergés de nouvelles. Pour gagner du temps, il est primordial de pouvoir évaluer l'utilité des informations que l'on trouve ou que l'on reçoit pour permettre à ceux qui crée l'information d'ajuster la quantité et la qualité des flux. On garantit ainsi une pertinence optimale des prochaines publications.

Voici un extrait d'un article de Hubert Guillaud, "Le logiciel social révèle les vrais experts" pour illustrer le propos : « *Bernardo Huberman et son équipe du Laboratoire d'information dynamique de Hewlett-Packard travaillent à décrypter comment les e-mails et les informations circulent à travers les organisations. Huberman et son équipe ont étudié des milliers d'e-mails et leurs parcours dans les divisions d'HP pour constater que le travail effectif était accompli par des équipes auto-sélectionnées qui n'avaient rien à voir avec l'organigramme. Théorisant que ces membres particulièrement efficaces de l'entreprise pourraient en équipe établir des prévisions plus abouties que celles des experts, l'équipe a demandé à plusieurs d'entre eux de se prêter au jeu des prévisions financières mensuelles. Au final, le groupe de directeurs informel a donné des prévisions plus exactes et précises qu'un logiciel de simulation financière. Selon Huberman, le groupe informel agrège les meilleurs sources et connaissances pour assurer son efficacité.* » Extrait de ComputerWorld. Dans : Brèves/Usages/Communautés.

L'impact des technologies sur nos cultures

La mise en place d'un nouvel outil (logiciel ou non) entraîne toujours un changement de culture. Dans l'histoire, de nombreux outils ont changé notre relation au monde, notre vision, notre réalité : le train, l'avion, le téléphone, Internet, ... Ces outils ont provoqué un changement des comportements, et par conséquent des valeurs. Les intranets vont donc de facto changer la culture et la réalité d'une entreprise au niveau global, interpersonnel et au niveau des processus de décision, ... Certaines personnes accusent les outils de changer leur culture. Leur accusation est plus que justifiée. La question à laquelle ils doivent répondre est donc : sommes-nous prêts à changer de culture ?

Avec les technologies de l'information et de la collaboration, on bascule progressivement dans une culture de la relation écrite, donc de l'explicite, dans les relations horizontales (transversales) et dans un mode relationnel virtuel, alors même que la culture dominante actuelle est celle de la relation orale, de l'implicite, de la verticalité (relations hiérarchiques) et du face à face. Ceci est surtout vrai pour les cultures latines, et beaucoup moins pour les cultures anglo-saxonnes.

Dans les 10 prochaines années, les entreprises les plus performantes auront une culture qui leur permettra d'articuler naturellement collaboration et e-col-

laboration, management et e-management. L'oral, l'implicite, la verticalité et le face-à-face existeront toujours, mais l'écrit, l'explicite, la transversalité et le virtuel prendront de plus en plus d'importance. La performance sera de savoir composer la bonne recette. Celle qui permet de gérer le capital intellectuel et d'augmenter la quantité et la qualité des coopérations intellectuelles en face à face et à distance.

La culture émergente dans les pays industrialisés a, en particulier, les caractéristiques suivantes :

- Une organisation de plus en plus transversale (non hiérarchique) qui laisse une grande place à la liberté d'expression et à la participation (les revendications croissantes d'une démocratie plus participative en sont l'expression),
- Des logiciels qui prennent de plus en plus d'importance dans la sphère professionnelle (progiciels, intranet,...) et dans la sphère personnelle avec, par exemple, les jeux vidéo en ligne multijoueurs qui développe une culture de la coopération (Play Together dit la publicité pour la Xbox)... En France, les 12-17 ans sont familiarisés avec Internet à 87 % et avec le micro-ordinateur à 93 %.
- Des relations humaines qui renforcent l'usage de l'écrit avec les SMS sur les téléphones portables, les e-mails, le traitement de texte, ...

Cette culture émergente est fondatrice d'une société de l'information, du savoir. Cette culture transcende les âges et favorise les coopérations intellectuelles. Demain, les entreprises, qui n'auront pas su s'adapter à cette culture, auront le plus grand mal à recruter et à fidéliser. La guerre des talents se jouera en partie sur la convergence entre les valeurs attendues par la majorité des personnes et les valeurs proposées par les entreprises. Intégrer ou quitter une entreprise se fera demain plus qu'aujourd'hui sur un fondement culturel.

Un changement par rupture

Dans une économie de la production, la création de valeur est fondée sur le territoire, le travail et le capital. Dans une économie du savoir, la création de valeur dépend principalement des idées et de l'innovation qui se trouvent dans la tête des gens. On ne peut pas leur prendre par la force. On peut seulement mobiliser l'intelligence collective et les connaissances.

L'entreprise intelligente implique un changement par rupture qui provoquera naturellement beaucoup de résistances. Mais il s'agit d'une innovation sociale. S'il n'y avait qu'une chose à retenir de cet article, ce serait de comprendre qu'à côté des besoins individuels, il y a aussi des besoins collectifs qui partici-

pent au développement durable d'une organisation. Le management de l'intelligence collective est une des réponses aux besoins du collectif de même que l'intelligence économique comme support de l'intelligence collective.

L'art des dirigeants aujourd'hui est de savoir satisfaire les besoins individuels (sécurité, reconnaissance, appartenance, responsabilités, accomplissement de soi, ...) en étant en même temps capable de créer une prise de conscience du besoin collectif et de mobiliser chaque personne sur la satisfaction du besoin collectif.

Article écrit à partir du livre : "Le management de l'intelligence collective, Vers une nouvelle gouvernance", Olivier ZARA, M2 E d i t i o n s , Novembre 2004, Paris.

Plus d'informations sur le livre : www.axiopole.info

Pour en savoir plus sur les plateformes de travail collaboratif synchrone ou asynchrone, consultez les liens suivants :
www.b-i-a.fr
www.axiopole.com

Jouons collectif !

Dans le précédent numéro de R.IE, il était question de la création d'un collectif d'experts de l'IE : la FéPIE, puis, quelques pages suivantes de l'existence de 67 pôles de compétitivité (pôle un terme qui lui aussi fait référence à un autre collectif). Et dans cette rubrique même, nous vous proposons d'appréhender le wiki (outil collectif par essence). Sans parler de la rubrique livres et de la sortie deux livres sur le collectif*.

L'IC : qu'est-ce que c'est ?

Face, à côté ou avec l'intelligence économique, il est donc temps de parler de l'intelligence collective. Pour ce faire, nous avons demandé à Olivier Zara, l'un des premiers auteurs à avoir non seulement écrit sur ce sujet, mais aussi à avoir lancé des réflexions collaboratives en joignant l'acte à la parole au travers d'une communauté de pratiques et d'experts de près de 800 personnes animées sur une plateforme collaborative, de partager avec nous sa vision.

Une innovation sociale

Si Olivier Zara a eu l'élégance de mettre l'intelligence collective au service de l'intelligence économique, nous devons être conscient que l'application de ces nouveaux modes de travail représente une véritable innovation sociale et que plus rien ne s'oppose, à priori, à leur mise en oeuvre : les outils de travail collaboratif synchrones et asynchrones existent. Si vous souhaitez en savoir plus, je ne peux que vous inviter à lire son premier ouvrage : Le management de l'Intelligence Collective chez M2 Editions ou à grossir les rangs de la communauté de pratique qu'il administre en vous inscrivant sur le site www.axiopole.com.

Jean-François LEDRU

* Comment jouer collectif ?, par Annie Battle et Laurence Baranski, aux éditions d'Organisation ; et L'intelligence collective en action, de Vincent Lenhardt et Philippe Bernard, aux éditions Village Mondial.

6.4

2003 État du Futur - AC/UNU MILLENNIUM PROJECT 1
MILLENNIUM PROJECT - ETAT DU FUTUR 2003
SOMMAIRE EXECUTIF - VERSION FRANCAISE

Après sept ans de recherche globale cumulative par le Millénium Projet, il est devenu de plus en plus clair que l'humanité a les ressources pour adresser et mener ses défis globaux; ce qui est moins clair est combien de sagesse, de bonne volonté, et d'intelligence seront concentrées sur ces défis.

Des augmentations dramatiques de l'intelligence collective liant l'humain à la machine sont possibles d'ici 25 ans. Il est également possible que dans les 25 prochaines années des individus agissant seule puissent utiliser les progrès de la science et la technologie (S&T) pour créer et utiliser des armes de destruction en masse (ADM.)

Le nombre croissant de femmes éduquées et participant à l'économie de marché a sensiblement amélioré la situation nutritionnelle du monde, réduit la mortalité infantile et les taux de natalité, et amélioré le bien-être général. Pourtant, la violence contre les femmes âgées de 15 à 44 ans a causé plus de mort et d'incapacité que le cancer, la malaria, les accidents de trafic et même la guerre.

Les campagnes morales précédentes menées par une religion ou une idéologie ont tendu à provoquer des clivages, rendant difficile la résolution des problèmes mondiaux. La collaboration à travers des frontières nationales et institutionnelles, ainsi que celles religieuses et idéologiques, semble nécessaire pour adresser les défis globaux décrits en ce livre. La globalisation et la technologie avancées permettent à moins de gens de faire plus de dommages, en moins de temps, que n'importe quelle époque auparavant. Et par conséquent, le bien-être de n'importe qui devrait être le souci de chacun. De telles platitudes ne sont pas nouvelles, mais les conséquences de leur échec seront tout à fait différentes à l'avenir. À mesure que l'intelligence collective de l'humanité augmente en répondant au feed-back du système nerveux électronique 'global', des efforts bien plus sérieux sont nécessaires pour s'assurer que l'éthique globale est également améliorée parallèlement aux avancées de la capacité mentale humaine.

La plupart des gens n'apprécient pas la rapidité avec laquelle la science et la technologie vont changer au cours des 25 prochaines années. Les synergies et la confluence de la nanotechnologie, biotechnologie, technologie de l'informa-

tion, et celle de la science cognitive (NBIC) représentent une nouvelle fusion particulièrement importante de la science et technologie soutenue par les gouvernements et les professionnels du capital à risque. Les outils de NBIC augmenteront considérablement la performance d'individus et de groupes et les systèmes d'appui de la civilisation. Les produits de NBIC se composeront de la biométrie aux systèmes de contre terrorisme visant à reconstituer le fonctionnant du cerveau et de la vue pour une longévité accrue.

La vitesse sans précédent du changement rend le monde incertain au sujet du futur. La globalisation est une certitude philosophique et religieuse provocante. Les gens ne savent plus sur quelle base prendre les décisions. Comme le système des décisions pour adresser les défis globaux devient trop complexe, il semblera chaotique jusqu'à ce que des nouveaux systèmes de décision émergent. Les nouveaux genres d'établissements globaux pourraient avoir l'air des jeux massivement complexes capables d'associer les solutions et les problèmes.

Avec la fusion des potentialités de l'Internet et des téléphones mobiles, des essais des gens peuvent rapidement se former, partager l'information, coordonner des actions, et s'en écarter. Les systèmes d'E-gouvernement se développent rapidement afin d'aider à automatiser l'administration et faciliter la participation publique, mais, également, ils créent de nouvelles vulnérabilités à la manipulation par le crime organisé et le terrorisme-cybernétique.

La direction nécessaire pour un développement durable n'a pas encore émergé. Même avec l'augmentation spectaculaire des sources d'énergie alternatives renouvelable, on s'attend à ce que l'utilisation totale de combustible fossile au cours des 50 prochaines années triple par rapport à la quantité utilisée ces 50 dernières années. À moins que ne soient développées la séquestration de carbone ou d'autres méthodes pour empêcher ou réutiliser les émissions de gaz de serre chaude, le mouvement environnemental peut essayer de fermer les industries de combustible fossile, comme elles avaient pour but d'arrêter la croissance de l'énergie nucléaire il y a 30 ans.

Les réponses internationales à SARS, aux attaques du 11 septembre et l'explosion de la navette spatiale Columbia ont augmenté la pensée à long terme globale, mais leurs impacts semblent de courte durée. Néanmoins, les buts à long terme comme débarquer sur la lune ou l'éradication de la variole qui ont été considérées impossible, ont excité beaucoup de gens qui sont allés au-delà des intérêts égoïstes et à court terme ont permis de grands accomplissements. Les huit buts de développement de Millénaire de l'ONU pourraient servir de base aux huit coalitions internationales, chacune composée de gouvernements, sociétés, organisations non gouvernementales (O.N.G.), universités, et organismes internationaux qui sont vraiment déterminés à investir les ressources et le talent nécessaires pour aborder le but.

En attendant, les réserves d'eau continuent de baisser sur chaque continent. Environ 40% de l'humanité vit dans les 260 bassins d'eau internationaux principaux partagés par plus de deux pays. Presque la moitié du monde vit dans les villes et sur 2% du terrain du monde uniquement. Les gens vivent plus longtemps, le monde est de plus en plus urbain et la population se développe plus rapidement là où les gens ne peuvent s'offrir les nécessités de la vie. D'ici 2050, il y aura plus de gens âgés de 60 ans que de moins de 15. Pendant les deux décennies suivantes, des centaines de millions de personnes pourraient être rajoutées aux 1,3 milliards qui vivent déjà avec \$1 par jour.

L'écart digital entre le monde industriel et celui en voie de développement se ferme rapidement, passant de 40 utilisateurs d'Internet à 1 en 1995 et de 17 à 1 en 2001 pour n'être en 2003 que de 4 à 1. En 2002, il y avait plus d'utilisateurs d'Internet en Asie et dans le Pacifique qu'aux États-Unis et au Canada (187 millions à 183 millions). Vers la fin de 2003, la Chine pourrait avoir 120 millions d'utilisateurs. La majorité du monde peut être reliée à l'Internet d'ici 15 ans, faisant de l'espace cybernétique un environnement sans précédent pour la civilisation. Cette nouvelle distribution des moyens de production dans l'économie de la connaissance tranche avec les vieux ordres hiérarchiques de la politique, des sciences économiques, et des finances. Cela devient un mécanisme d'auto-organisation qui pourrait mener à des augmentations dramatiques de la capacité humaine d'inventer son futur.

La démocratisation est une tendance globale à long terme, quoique le rythme de la démocratisation n'ait pas progressé pendant les deux dernières années. Puisque les démocraties tendent à ne pas se combattre, la tendance vers la démocratie devrait mener à un futur plus paisible. Pourtant les crises humanitaires dans des régimes autoritaires de Corée du Nord jusqu'au Congo ont besoin d'anticipation et de réponses internationales bien meilleures.

L'économie mondiale s'est développée de \$5 trillions à \$35 trillions pendant les 50 dernières années. Bien qu'une partie significative de la croissance soit produite dans le monde en voie de développement (particulièrement en l'Inde et Chine), le revenu par tête des pays plus pauvres a chuté de façon constante au cours des 30 dernières années. Néanmoins, le nombre d'Asiatiques gagnant annuellement plus de \$7.000 dépasse toute la population des États-Unis, du Canada, et de l'Europe, préfigurant la base d'une croissance et d'une consommation de la classe moyenne sans précédent.

Le crime organisé transnational s'est développé au point qu'il interfère de plus en plus avec la capacité des gouvernements d'agir et où les états peuvent être perçus comme une série de points de décision. Les personnes dans ces points de décision sont vulnérables à l'influence des sommes d'argent astronomiques disponibles via les groupes criminels; par conséquent, une nouvelle branche de business pour le crime organisé pourrait acheter et vendre des contrôles

gouvernementaux, des décisions et des départements, juste comme ils achètent et vendent aujourd'hui de l'héroïne.

Puisque les hôpitaux, le stockage de nourriture, l'approvisionnement d'eau et d'autres systèmes de soutien de la civilisation dépendent de plus en plus de l'Internet, les armes cybernétiques peuvent être maintenant considérées comme des armes de destruction massive. Vu que la cybernétique et tout autre ADM pourront être accessibles aux particuliers dès la prochaine génération, nous devrions commencer à explorer les meilleures façons de relier les systèmes d'éducation et de sécurité d'une manière valide pour empêcher leur utilisation.

Les nouvelles technologies sensorielles biologiques et technologiques rendront possible la détection et le renforcement des règlements environnementaux. Beaucoup d'incidences environnementales qui ont été tolérées il y a 10 ans ne seront plus acceptées d'ici 10 ans. Pour se conformer aux règlements environnementaux, le coût d'opérations militaires peut devenir si haut que la nature du conflit et des opérations militaires pourrait changer.

La coopération internationale rapide et sans précédent pour contrôler SARS représente une étape dans l'évolution des systèmes globaux nécessaires pour réduire la menace des maladies et des micro-organismes immunisés nouveaux et re-émergents. En même temps, le SIDA représente toujours une catastrophe globale: vers 2012 le nombre de personnes mourant tôt du SIDA pourrait doubler ou tripler. Aujourd'hui, les infirmières et les professeurs en Afrique meurent plus rapidement du SIDA qu'elles peuvent être remplacées.

Un logiciel de l'Index de l'État du Futur (SOFI) peut être créé pour aider les pays, les industries, et les secteurs évaluer leur futur sur une base plus objective.

L'Index de l'État du Futur (SOFI)

L'Index de l'État du Futur a été créé par le Millénnium Project pour mesurer le progrès associé aux 15 défis globaux en général et pour évaluer si le futur s'améliore ou devient plus mauvais. Le futur ne peut pas être réduit à un nombre, mais le processus de développement de l'index force les personnes à examiner ce qu'ils perçoivent quand elles affirment que le futur devient meilleur ou plus mauvais.

Selon les analyses du SOFI exposées en chapitre 2, les perspectives pour l'avenir s'avèrent meilleures grâce aux 20 dernières années d'améliorations en matière de :

- **taux de mortalité infantile,**
- **disponibilité de nourriture dans les pays à faible revenu,**
- **produit intérieur brut par tête,**
- **taux des foyers avec accès à l'eau potable,**
- **taux d'éducation d'adulte,**

- l'espérance de vie,
- pourcentage de la population du monde vivant dans les pays qui sont libres,
- l'inscription en école secondaire, et
- taux de la population avec accès aux systèmes de santé locaux dans les 15 pays les plus peuplés.

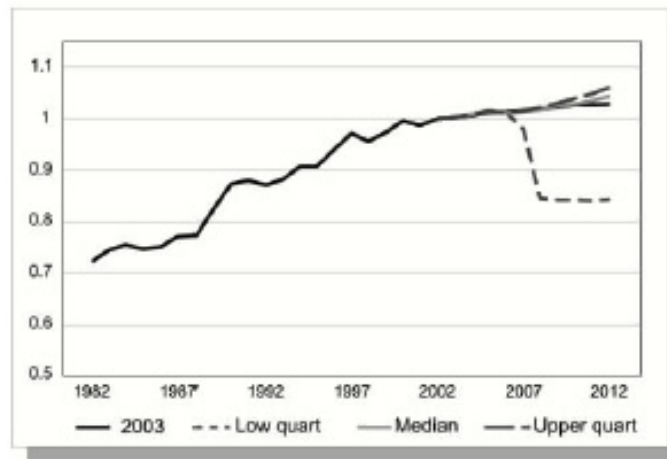
En même temps, les forces qui empêchent l'amélioration incluent :

- les émissions de carbone,
- la part de la population sans emploi,
- la perte des forêts,
- le rapport du revenu moyen global (du 5% plus haut au 5% plus bas),
- les décès annuels de SIDA, et
- la dette des pays en cours de développement.

L'analyse de cette année a constaté que le SOFI était sensible à plusieurs incertitudes principales : la possibilité de prolonger la vie des gens atteints de SIDA, les augmentations à grande échelle du nombre de décès dues au terrorisme suite à l'agissement d'un individu seul utilisant une arme de destruction massive, la possibilité continue de prolifération nucléaire. Ces facteurs mènent à une baisse plausible et significative du SOFI et suggèrent un agenda pour planifier d'une attention globale.

Les résultats sont synthétisés en chapitre 2 de la version imprimée. Les détails complets et la méthodologie sont dans le chapitre 2 du CD accompagnant le livre. Une représentation graphique du 2003 SOFI est présentée dans la figure 1.

Figure 1 2003 Index de l'État du Futur modifié 2002=1



Une prochaine étape passionnante est le développement du logiciel interactif de SOFI basé sur l'Internet, en tant qu'outil d'analyse de la recherche et de la politique, supporté par un système de connaissance-ouverte. Cette initiative est déjà en cours, initiée par le représentant du Silicon Valley du Millennium Project. Le groupe des leaders et des membres émérites de l'industrie de logiciel de Silicon Valley a proposé une architecture de système organique de connaissance-ouverte. Sujet au financement afin d'accomplir son développement, le logiciel pourrait être employé pour développer des SOFIs nationaux dans le but de comparer les résultats entre des pays. Des discussions sont en cours afin de créer un EuroSOFI.

Les corporations pourraient créer leur propre SOFIs pour s'aider à clarifier ce qu'il est important à évaluer au sujet de leur futur et à quoi ressemblerait le succès au-delà des uniques dimensions financières. Le système logiciel de SOFI comporte des composants logiciels 'serveur' qui fonctionnent sur un serveur d'Internet et un logiciel 'client' qui fonctionne sur les ordinateurs des utilisateurs. L'application est conçue pour supporter des clients de types multiples.

Futurs problèmes de gestion de la S&T - Scénarios Globaux 2025

Au cours des trois dernières années, le Millennium Project a entrepris une étude sur des problèmes futurs de direction et de politique de la science et technologie. Les résultats et la méthodologie sont exposés dans le chapitre 3 du CD. Cette troisième année a produit quatre scénarios basés sur la recherche précédente et un questionnaire en deux étapes sur la construction des scénarios.

Pour préparer la rédaction des scénarios, un panel international des futurologues, scientifiques, directeurs de recherche et de développement (R&D) et des dirigeants de la S&T ont été renseignés sur de futurs développements et contenus potentiels des scénarios. La majorité du panneau international a cru qu'il était plausible que dans les 25 prochaines années :

- **il y ait des augmentations fulgurantes d'intelligence collective liant l'humain à la machine ;**
- **généralement, les organismes conçus pour régler le cours de la S&T ne suivront pas les progrès accélérés de la S&T;**
- **les armes de destruction massive seront accessibles aux individus isolés ;**
- **les traités internationaux et les règlements de S&T prévoient des renforcements par la police ou l'intervention militaire ;**
- **des systèmes internationaux (comme l'Agence Internationale de l'Énergie Atomique) avec des renforcements de pouvoir seront**

établis pour surveiller et régler la biotechnologie, la nanotechnologie, et d'autres domaines de R&D scientifique ;

- les avancées en science cognitive, technologie de l'information et nouveaux systèmes éducatifs et/ou changements des anciens pourront améliorer de manière significative la tolérance pour la diversité ;
- les régulateurs et les commissions de S&T ne seront pas incorruptibles ;
- un mouvement anti-science ne sera pas si puissant ou plus puissant que le mouvement environnemental ;
- des compromis de coûts et de rendements ne peuvent pas être logiquement faits quand des conséquences non-intentionnels extrêmes sont impliquées ;
- les scientifiques ne s'uniront pas dans un syndicat global ; et
- les disciplines de la science ne pourront pas s'auto-régler efficacement.

Les scénarios alternatifs ont produit sept approches différentes de gestion de la S&T, dont beaucoup peuvent exister en combinaison avec d'autres:

- règlement national sur une base de cas-par-cas ;
- une organisation globale consacrée à la collecte et la diffusion d'information sur les risques et les opportunités de la S&T;
- une organisation globale qui a la capacité de renforcer les règlements qui limitent et dirigent la S&T;
- une commission globale pour établir des directives de la S&T ;
- une commission globale pour assigner des priorités ;
- autorégulation de chaque domaine par des organismes dans les disciplines elles-mêmes ; et
- traités et sanctions internationaux.

**Les descriptions suivantes sont de brefs résumés des scénarios 2025 ;
le texte intégral se trouve en chapitre 3 :**

Scénario 1 : La S&T développe ses propres esprits

Le taux de découvertes scientifiques et d'applications technologiques avancées a éclaté. Un système global de feed-back entre la science et le social a été établi: la science a rendu les gens plus futés, et les gens plus futés ont développé une science meilleure et plus rapide. Une science meilleure et plus rapide a ouvert de nouvelles portes à la découverte, et les nouvelles portes ont mené aux synergies solutionnant des problèmes et créant des nouvelles opportunités qui ont créé, à leur tour, la nouvelle science qui a rendu des gens plus futés. La S&T s'est développée si rapidement que les gouvernements et les règlements internationaux ont été laissés dans la poussière. La Science et la Technologie semblaient prendre ses propres esprits, une véritable indépendance.

Scénario 2 : Le Monde se réveille

Le meurtre de 25 millions de personnes en 2021 par un auto-proclamé Agent de Dieu, qui a créé le virus génétiquement modifié du Congo, a finalement réveillé le monde. Ce dernier a réalisé qu'un individu agissant seul pouvait créer et utiliser une arme de destruction massive. Ce phénomène est devenu connu comme SIMAD—Seul Individu Massivement Destructif. Des organisations et des mécanismes de normalisation ont été établies pour contrôler les dangers associés à la Science et Technologie qui sont devenus évidents. L'éducation était une grande partie de la réponse, mais relier les systèmes d'éducation aux systèmes de sécurité dérangeait certaines personnes. Néanmoins, d'autres actes individuels de destruction en masse ont été empêchés. Des règlements internationaux et gouvernementaux ont contrôlé l'entreprise de la S&T pour le bien public.

Scénario 3: Veuillez arrêter l'écoulement

La science a été attaquée comme étant vampirisante et auto-générante, encourageant l'excès de la consommation, suscitant des faux espoirs et, pire encore, des conséquences non-anticipées qui pourraient nous détruire tous. Les organismes génétiquement modifiés accidentellement ou intentionnellement libérés et le potentiel des armes de destruction massive effrayaient particulièrement. Les pauvres étaient négligés lorsqu'un gourou de la science a surgi pour galvaniser le public. Alors, une commission globale a été établie mais a échoué à cause de la corruption. Néanmoins, une nouvelle commission avec un système de sauvegardes intégrées sembla fonctionnée.

Scénario 4: Répercussion

Le contrôle était minimal et la science s'est développée rapidement mais les conséquences négatives ont déclenché l'alarme publique. L'âge d'or de la

science était exagérée par les médias, et le tout s'est avéré être une chimère. Certaines des découvertes les plus acclamées et des nouvelles possibilités ont eu un côté négatif et les surprises ont abondé. Les nations 'minables' ont profité de certaines de ces imperfections. Le niveau d'angoisse a monté. Les gens ont protesté. Le règlement a échoué. Le progrès a été bloqué. Et, les scientifiques des corporations (ou gouvernements) ont fréquemment senti la pression dans leurs organisations. On ne pouvait plus compter sur les corporations et les organisations gouvernementales pour s'auto-réglementer.

L'Étude de Scénarios de Paix au Moyen-Orient

Bien que le conflit Israélien-Palestinien soit un des problèmes les plus analysés d'aujourd'hui, il n'y a pas de scénarios de paix plausibles, bien recherchés, objectifs, pour le Moyen-Orient. Il n'existe pas de propositions, de traités ou de Feuille de route, mais de scénarios, des histoires avec des liens causals reliant le futur et le présent. A la demande du représentant du Millennium Project du Caire, Millennium Project a commencé une étude de 'rétrovision' de la paix et de la façon dont elle a été réalisée.

Sept conditions préalables ont été identifiées:

- des frontières sécuritaires pour l'Israël,**
- établissement d'un état Palestinien viable et indépendant,**
- la résolution de la question de Jérusalem,**
- arrêt de la violence des deux côtés et construire/ établir la confiance,**
- développement économique et social,**
- l'éducation, et**
- la résolution du statut des réfugiés Palestiniens.**

Un ensemble d'actions qui ont aidé à réaliser chacune des sept conditions préalables a été indiqué, des actions additionnelles ont été demandées, et toutes ont été évaluées par un panel international quant à leur importance pour réaliser la condition préalable, la probabilité qu'elles se réalisent, et le potentiel de recul (c'est à dire la capacité de rendre la situation plus mauvaise.) Le score le plus haut (tous les points combinés :importance, probabilité, et bas potentiel de recul) lors des deux-tours des questionnaires étaient 'des négociations régionales réussies concernant l'eau dans le Moyen-Orient.'

Par conséquent, les scénarios de paix devraient avoir ceci comme élément essentiel, et ceux qui travaillent au processus de paix dans le Moyen-Orient devraient lancer les négociations régionales de l'eau aussitôt que possible. Les réponses du panel international composé de plus de 180 prospectivistes, sociologues, représentants des organismes impliqués, et de décideurs du Moyen-Orient et d'ailleurs sont discutées en chapitre 4 et les résultats complets sont dans le chapitre 4 du CD.

L'étude est maintenant à demi achevée. Des scénarios seront construits à partir de ces résultats. Pour améliorer leur plausibilité, ils seront utilisés comme base pour des entrevues avec des leaders d'opinion du monde Israélo-Palestinien. Les scénarios réécrits seront édités et offerts pour la discussion aux parties intéressées.

Des problèmes de sécurité environnementale et des traités internationaux émergent

Au cours de la dernière année, par investigation sur Internet et par d'autres sources, le Millennium Project a identifié plus de 80 articles qui montrent des problèmes de sécurité environnementale pouvant mener aux changements d'accords internationaux. Ces articles sont discutés en chapitre 5 du livre et le texte intégral des articles est inclus dans le CD en chapitre 9.1 sur la sécurité environnementale. Ces articles révèlent clairement que les problèmes environnementaux montent sur l'ordre du jour des gouvernements, corporations, organismes internationaux, O.N.G., universités, médias, établissements privés et ceux des individus autour du monde. Les règlements environnementaux augmentent en objectif, profondeur et renforcement. De nouvelles techniques chimique et biologique de détection beaucoup plus sensible fourniront une surveillance plus rapide et plus précise des possibles violations environnementales. Beaucoup d'actions, acceptables il y a 10 ans, ne seront pas tolérées d'ici 10 ans. Puisque les exigences du commerce international au sujet du contenu et de la production des produits deviennent plus dures, plus les pays et les compagnies qui ne peuvent pas recourir à la traçabilité les composants chimiques de leurs produits et production, risquent de perdre des affaires, à l'avantage de ceux qui le peuvent.

Des plans sont nécessaires pour l'échange et l'analyse systématiques d'informations parmi des agences de renforcement de la loi, services des douanes, organismes de normalisation environnementale, agences commerciales et organismes d'informations afin d'empêcher et réparer les dommages militaires à l'environnement ainsi que pour prévenir et répondre de conflits dont les causes seraient environnementales. En conséquence, des nouveaux accords sont nécessaires pour élaborer des normes de données, pour un meilleur partage de l'information et leur intégration afin de renforcer les accords internationaux actuels et futurs. La sécurité environnementale et la souveraineté nationale totale peuvent être en contradiction.

Quelques résultats des recherches des années précédentes

Il y a beaucoup de réponses à beaucoup de problèmes, mais il y a tellement d'informations embrouillées qu'il est difficile d'identifier et de se concentrer

sur ce qui est vraiment discriminant. Vu que les démocraties saines ont besoin d'informations adéquates, et puisque la démocratie devient de plus en plus globale, le public aura besoin d'informations pertinentes pour soutenir cette tendance.

Le grand paradoxe de notre époque est que lorsque de plus en plus personnes ressentent les avantages de l'accroissement économique et technologique, de plus en plus de gens sont pauvres, ignorants et malsains. Les leaders du monde cherchent de plus en plus une plate-forme commune parmi les organismes de l'ONU, la Banque Mondiale, le Fonds Monétaire International, l'Organisation de Commerce Mondial, des corporations multinationales, et d'autres acteurs principaux de la globalisation pour aborder cette question.

Créer des associations globales entre les riches et les pauvres pour faire fonctionner le monde pour tous semblait un slogan idéaliste avant le 11 septembre. Il peut s'avérer être la direction la plus pragmatique à mesure que les possibilités augmentent et que des individus seuls peuvent avoir accès aux armes de destruction massive.

Les scientifiques ont ralenti, arrêté, et accéléré les photons dans les gaz à basse température et des cristaux pleins. La construction de la Station Spatiale Internationale continue, et la recherche du génome humaine change les perspectives sur la vie. Les facteurs qui ont créé l'accélération de l'innovation de la S&T s'accroissent eux-mêmes; par conséquent, l'accélération des accomplissements scientifiques et technologiques au cours des 25 dernières années apparaîtra lent comparé au taux de changement des 25 prochains années. Le processus de la R&D scientifique utilisant les journaux scientifiques et le support gouvernemental est défié par ceux qui utilisent des capitaux à risques pour mettre les produits sur le marché plus rapidement. Puisque la technologie se développe tellement vite sur plusieurs fronts, la possibilité qu'elle s'accroisse au-delà du contrôle humain doit être considérée sérieusement.

Les dirigeants nationaux n'ont pas été formés dans la théorie et la pratique de la décision, et peu savent à quel point les logiciels avancés de décision pourraient leur être utiles. La formation formelle des dirigeants pourrait significativement améliorer la qualité des décisions globales. En plus de la formation des politiciens à la façon de prendre des décisions, les processus d'établissement des priorités (local, national, et international) doivent se développer continuellement.

Nous savons que le monde est de plus en plus complexe et que les défis les plus sérieux sont de nature globale, pourtant nous ne semblons pas savoir comment améliorer et utiliser assez rapidement les outils et les concepts de gestion basés sur l'Internet pour résoudre la situation.

Les centaines d'actions qui ont été suggérées au cours des années par les panels globaux du Millennium pourraient être organisées en 12 métastra-

tégies qui peuvent également être utilisées comme une liste de contrôle afin d'aider à identifier un ensemble plus complet de stratégies spécifiques dans d'autres situations :

- établir de nouvelles alliances, accords et traités ;**
- s'engager dans le marketing social ;**
- créer des normes et des permis ;**
- renforcer ou modifier les lois et règlements ;**
- réaliser de la R&D scientifique ;**
- s'engager dans des réunions, des dialogues ou des ateliers ;**
- créer et modifier des systèmes économiques, des sanctions et des incitations ;**
- améliorer la planification, la comptabilité et les prévisions ;**
- créer et améliorer de nouveaux programmes éducatifs ;**
- développer et partager l'information ;**
- modifier les établissements, l'infrastructure, et les priorités ;**
- lancer de nouveaux établissements, projets et programmes.**

Le rôle de l'Etat est plus important là où il y a peu de secteur privé; par conséquent, les politiques adéquates aux pays industriels occidentaux qui incluent le leadership du secteur privé sont moins applicables dans des régions plus pauvres.

L'étendue de la souveraineté nationale continue d'être un élément principal dans l'analyse de la sécurité environnementale, du terrorisme, du changement de climat, de la Cour Criminelle Internationale et de la gestion des futurs risques de la S&T.

Vu que l'éducation est l'une des stratégies fondamentales pour adresser la majorité des défis globaux, il est important d'identifier les matériaux éducatifs les plus efficaces, les programmes d'études, et les médias de distribution pour l'éducation globale ainsi que les arrangements institutionnels pour accélérer à l'apprentissage.

La défaillance de comportement éthique et des fondements moraux a déclenché un nouvel appétit pour l'éthique globale et la nécessité d'identifier des normes morales communes. Est connectée à ces dernières, l'augmentation extraordinaire des normes globales et ceux qui cherchent à les respecter par l'Organisation Internationale pour la Standardisation.

La sécurité environnementale est la viabilité environnementale, la garantie pour la continuation de la vie, avec trois sous-éléments: empêcher ou réparer des dommages militaires à l'environnement, empêcher ou répondre aux conflits causés par des problèmes environnementaux, et protégée l'environnement pour la valeur morale de l'environnement elle-même.

La sécurité environnementale monte sur l'ordre du jour militaire des nations en raison des nouveaux genres d'armes et de leur capacité d'être employés

dans des conflits asymétriques; l'augmentation d'exigences sur les ressources naturelles, avec l'urbanisation qui produit plus de gens dépendants d'infrastructures publiques vulnérables; les avances continues de la législation environnementale augmentent l'interdépendance avec l'escalade des litiges environnementaux et la globalisation.

Quelques conflits militaires et beaucoup de problèmes écologiques sont dus à l'insuffisance d'énergie propre et abondante. Bien que l'interdépendance de la croissance économique et de l'innovation technologique ait permis qu'aujourd'hui 3 à 4 milliards de gens bénéficient de conditions de vie et de santé relativement bonnes, et bien que nos comportements financiers, économiques, environnementaux, et sociaux se soient améliorés autant que nos technologies industrielles, le futur à long terme pourrait être plus difficile.

Le monde accomplit la convergence des technologies de l'information et des télécommunications pour créer un mécanisme d'organisation automatique afin d'améliorer l'intelligence collective de l'humanité. Avec la fusion des téléphones mobiles et de l'Internet, la Chine s'apprête à devenir un phénomène cybernétique unique: elle a le plus grand nombre d'utilisateurs de téléphone mobile dans le monde et d'ici 2005 elle aura également la plus part des utilisateurs d'Internet.

Par ailleurs, il est de plus en plus accepté qu'une déclaration de guerre de l'information contre le blanchissement d'argent puisse être nécessaire pour réduire le crime organisé transnational et la corruption politique.

Bien que beaucoup de gens critiquent les impacts culturels potentiels de la globalisation, il est de plus en plus clair que des changements culturels seraient nécessaires pour adresser les défis globaux. Le développement de la démocratie véritable exige un changement culturel, la prévention de SIDA exige un changement culturel, le développement durable exige un changement culturel, la fin de la violence contre les femmes exige un changement culturel et la fin de la violence ethnique exige aussi un changement culturel. Les outils de la globalisation, tels que l'Internet et le commerce global, devraient être utilisés pour aider les cultures à s'adapter d'une manière qui permette de préserver leurs contributions uniques à l'humanité mais, en même temps, aider l'amélioration de la condition humaine.

Les défis les plus importants sont transnationaux et leurs solutions transinstitutionnelles. Ils ne peuvent être adressés par un gouvernement ou un établissement agissant seul. Ils ont besoin d'action en collaboration avec des gouvernements, des organismes internationaux, des corporations, des universités et des O.N.G. Les mécanismes transinstitutionnels qui s'adresseraient ces acteurs globaux sont absents.

Les 15 défis globaux discutés en chapitre 1 fournissent un cadre pour évaluer les perspectives globales et locales de l'humanité (le développement durable

pourrait être discuté comme objectif global ou adjacent.) Les défis sont inter-dépendants: l'amélioration d'un fait plus facile permet d'en aborder d'autres; la détérioration d'un, rend plus difficile la résolution des autres. Il y a un plus grand consensus au sujet de la situation globale telle qu'elle est exprimée par ces défis, et les actions pour les relever semblent facilitées par l'utilisation des nouveaux médias.

**Pour commander
le Rapport 2003 State of the Future du Millennium Project :
<http://www.acunu.org/millennium/sof2003.html>**

Document n° 7

Documents supports de l'exposé de M. Patrick Viveret

On trouvera ci-après les documents mis au dossier des participants par M. Viveret en complément de son exposé :

- 7.1 Une courte notice biographique
- 7.2 L'intégralité des diapositives (non projetées) support à l'exposé de M. Viveret : "**Des thermomètres qui nous rendent malades : reconsidérer la richesse**"

7.1**Notice biographique****Patrick Viveret**

De formation philosophique (CAPES) et diplômé de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris, Patrick Viveret est magistrat à la Cour des Comptes où il a été nommé en janvier 1990. Il fut rédacteur en chef de la revue "Faire" de 1975 à 1981 puis de la revue "Intervention" de 1982 à 1985, et de la revue Transversales Science culture de 1992 à 1998.

Fondateur de « l'observatoire de la décision publique » il est chargé par le Premier Ministre Français, M. Michel Rocard, d'une mission sur l'évaluation des politiques de 1988 à 1990. Secrétaire général de la mission pour le centenaire de la loi de 1901 sur les associations il est ensuite chargé de conduire une mission sur « les nouveaux facteurs de richesse » à la demande du Secrétaire d'Etat à l'Economie solidaire. Son rapport désormais publié aux éditions de l'Aube s'intitule « Reconsidérer la richesse ». Cette mission donnera lieu à une rencontre internationale co-organisée avec le PNUD.

Il est l'auteur de "Attention Illich" (Cerf 1974), de "Pour une nouvelle culture politique", en collaboration avec Pierre Rosanvallon (Seuil 1978) et de "L'évaluation des politiques et des actions publiques", Documentation Française, Paris, 1990, de « Démocratie, passions, frontières » (éditions Charles Leopold Meyer, 1998.) et a écrit dernièrement « Pourquoi ça ne va pas plus mal ? » chez Fayard. (2005)

Il est l'un des initiateurs du projet international « Dialogues en Humanité », anime le Centre international Pierre Mendès France et a participé à plusieurs forums sociaux mondiaux et européens.

7.2

**Support de l'exposé de
Monsieur Patrick VIVERET**

**L'ADMINISTRATION DE LA SANTÉ PAR L'ETAT
COMMENT FONCTIONNE
UNE ÉCONOMIE ADMINISTRÉE ?**

**Des thermomètres
qui nous rendent malades :
reconsidérer la richesse**

**Des thermomètres qui nous
rendent malades**

- Le paradoxe de l'Erika
- L'exemple de la prévention sanitaire
- Enjeu santé et environnement au cœur de la crise du paradigme de l'économie industrielle

**Pourquoi notre croissance est
elle insoutenable?**

- L'enjeu climatique : 2 ou 6 degrés ?
- L'empreinte écologique : combien de planètes?
- Les trois piliers de la croissance insoutenable
 - La destruction écologique
 - Les coûts du mal être

**Des thermomètres qui nous
rendent malades**

- Des catastrophes qui sont comptabilisées positivement dans le Produit Intérieur Brut dans le cycle destructions / réparations
- Des activités utiles voire vitales ignorées du taux de croissance

**Quelques exemples dans
l'actualité**

- Les accidents de la route
- L'amiante
- Le tabac et l'alcool
- Le problème de l'obésité

Cherchez l'erreur

- Pourquoi compte-t-on positivement des destructions?
- Pourquoi ne compte-t-on pas positivement des activités utiles?

D'autres thermomètres détraqués

- La productivité : un indicateur bon pour les machines, pas pour les humains
- L'exemple de l'éducation
- et de la santé

La productivité en crise

- Utile pour le rapport aux choses
 - L'exemple des biens agricoles et industriels fabriqués plus vite, moins chers
- Contre-productive pour le rapport aux humains
 - L'exemple de l'éducation
 - L'exemple de la santé

Des systèmes comptables devenus contre productifs

- La comptabilité nationale et le PIB
- Mais aussi la comptabilité d'entreprise en voie de devenir norme générale
- Un enjeu capital pour l'Etat et la Sécurité sociale : la Lof

La prévention maltraitée

- Dépenses globales de santé : environ 180 G (milliards) d'euros
- Prévention comptabilisée : environ 5 milliards (seulement 2,7% du total)
- Dépenses de Prévention présumées : environ 9 milliards d'euros (soit 7%) (calcul 1998 IRDES)

Importance des mortalités évitables

- décès avant 65 ans : 1/5 du total, soit 110 000 décès par an (70% d'hommes).
- premier rang européen pour la surmortalité masculine liée à la surconsommation d'alcool
- Tabagisme et alcoolisme causent environ 100 000 décès par an en France.
- Suicides : 160 000 Tentatives, 11 000 décès (première cause chez les 25-34 ans)

Si on appliquait les recommandations sanitaires...

- De l'OMS sur la santé comme état complet de bien être physique, psychique et mental
- Problème d'une économie de la santé fondée sur le soin et non la prévention

la « préférence française » pour la maladie

- Le système de rémunération et de reconnaissance sociale des médecins
- Les logiques économiques (industriels et laboratoires)
- Les systèmes comptables

Mal de vivre au cœur de la guerre économique

- Chiffres pnud : une guerre économique sans causes économiques
- Nouveau malaise dans la civilisation (Freud, Keynes, Bataille)
- Le mécanisme de création de rareté artificielle
- Des sociétés toxicomanes et maniaco dépressives

Le médicament et le poison

- Leon Walras : "qu'une substance soit recherchée par un médecin pour guérir un malade ou par un assassin pour empoisonner sa famille, c'est une question très importante à d'autres points de vue, mais tout à fait indifférente au nôtre. La substance est utile, pour nous, dans les deux cas, et peut être plus dans le second que dans le premier » Eléments d 'Economie politique pure(1926)

La monnaie :

- quand l 'économie financière n 'a plus de rapport avec l 'économie réelle (cf Bernard Lietaer)
- Quand on confond virtualité et réalité
- Quand la monnaie devient un obstacle à l 'échange (sous monétarisation et sur monétarisation : le désert ou la noyade!)

Le renversement du 19 ème siècle

- Quand l 'économie, l 'oikos nomos (loi de la maison) frappe de nullité les tâches domestiques
- Quand l 'économie se retourne contre l 'oikos logos, l 'écologie qui devrait être la discipline mère
- Quand l 'économie s 'affranchit du politique et de l 'éthique

Développement soutenable:

- Pour une révolution copernicienne sur la richesse
- Des évidences à réinterroger
- Des fondamentaux écologiques et humains (anthropo-logiques) préalables à l 'économie

Des évidences à réinterroger

- Le primat de la nourriture :
 - Il faut d 'abord « gagner sa croûte »
- De la monnaie
 - Pour manger il faut des « sous »
- Du travail
 - Pour gagner des sous il faut « aller » travailler

D 'autres « évidences » à interroger

- Il faut d'abord produire (avant de songer à répartir)
- La valeur d 'un bien dépend de sa rareté
- Le temps c 'est de l 'argent...

Et pourtant...

- Le premier bien vital c 'est l 'air
- Puis l 'eau
- On peut rester sans manger plus de trente jours, sans eau pas plus de trois jours, sans respirer pas plus de quelques minutes

L'air un bien vital, une richesse première

- Mais il n'est ni rare
- Ni cher
- Ni produit
- Nul travail n'est nécessaire pour l'obtenir

Mais si on appliquait à l'air...

- Ce que l'on a fait pour la terre
- Et ce que l'on fait désormais pour l'eau....
 - On instaurerait une propriété de l'air pur
 - Pour le respirer il faudrait payer
 - Ceux qui n'auraient pas de quoi payer n'auraient le droit de respirer que l'air vicié

Dans la nature...

- La rareté est une exception et l'abondance la règle
- La plupart des raretés sont produites artificiellement par les humains
- Le don précède la production
 - La nature comme la vie nous est « donnée »
- Toute « production est en fait une

Des fondamentaux écologiques...

- Pas d'économie possible sans préservation, entretien, renouvellement des richesses écologiques et humaines
- La nature n'est pas une « femme publique à mater » (cf F Bacon)
- Nos « petites maisons » économiques ont besoin de préserver la « grande maison » écologique

...et anthropologiques

- Pas d'économie possible sans humains
- Les humains ne sont pas seulement des animaux rationnels (besoins + raison)
- Ils sont aussi des êtres de désir et d'angoisse (passions et émotions)
- Le rapport besoins/désirs

Un rapport pathologique à l'argent

- Un moyen devenu fin
- Un lien devenu bien

La monnaie :

- quand l'économie financière n'a plus de rapport avec l'économie réelle (cf Bernard Lietaer)
- Quand on confond virtualité et réalité
- Quand la monnaie devient un obstacle à l'échange (sous monétarisation et sur monétarisation : le désert ou la noyade!)

De nouveaux indicateurs

Pour éviter de « regarder ailleurs pendant que la maison brûle »
V voire de rajouter de l'huile sur le feu...

Les indicateurs de développement humain (IDH)

- Moyenne de trois indicateurs
 - Pib par habitant en parité de pouvoir d'achat
 - Espérance de vie à la naissance
 - Niveau d'instruction (taux d'alphabétisation des adultes et taux de scolarisation)

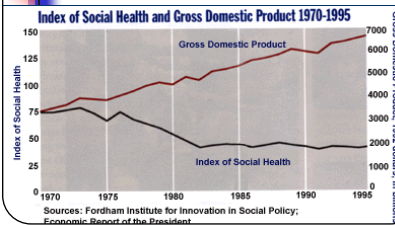
Autres indicateurs de développement humain

- Idsh (« indicateur sexospécifique »)
- Ipf : participation des femmes
- Iph : pauvreté humaine (variantes pvd et pd incluant probabilité de décès avant 60 ans, illettrisme, % de personnes en dessous du seuil de pauvreté, % chômeurs de longue durée)
- Idt : développement technique

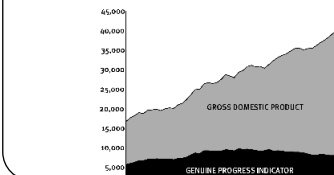
L'indice de santé sociale (Index of social health)

- Fordham institute
- 16 variables élémentaires concernant
 - Enfants (mortalité, maltraitance, pauvreté)
 - Adolescents (suicide, drogues, abandon études, mères adolescentes)
 - Adultes (chômage, salaire, couverture assurance maladie)
 - Personnes âgées (espérance vie à 65 ans, pauvreté des plus de 65 ans)
 - Délits violents, accidents routes, logement, inégalités revenus

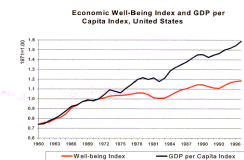
Comparaison ISH/PIB



L'indicateur de « progrès véritable » (genuine progress i)

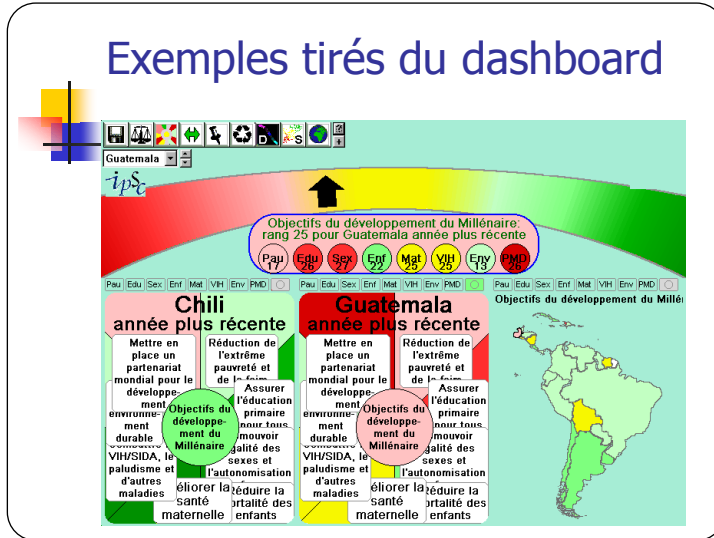


Indicateur de « bien être économique »

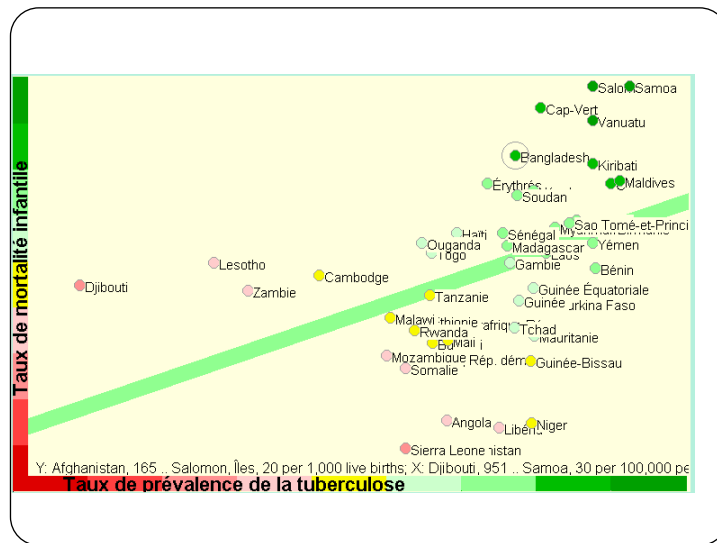


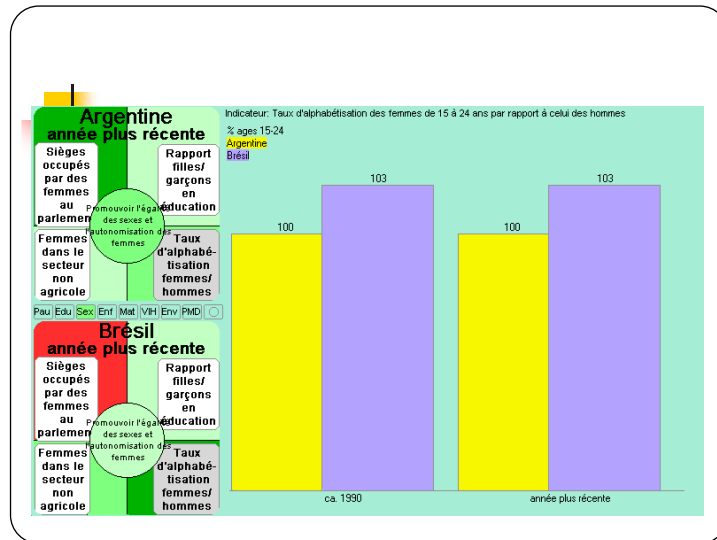
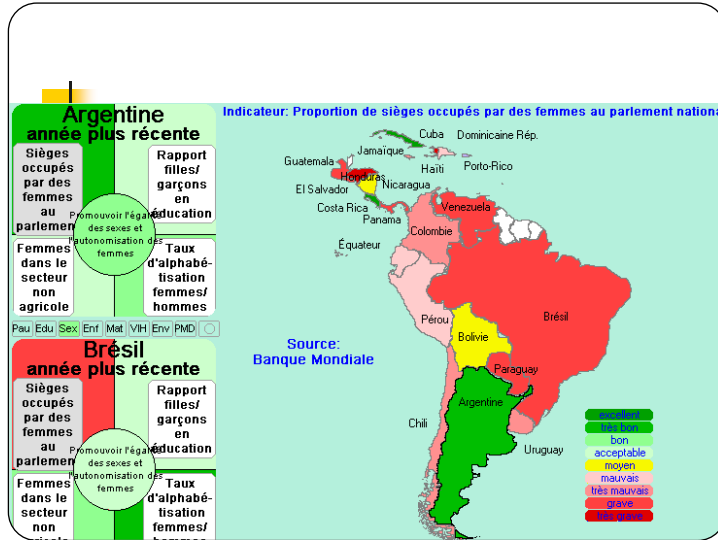
Le tableau de bord du développement soutenable

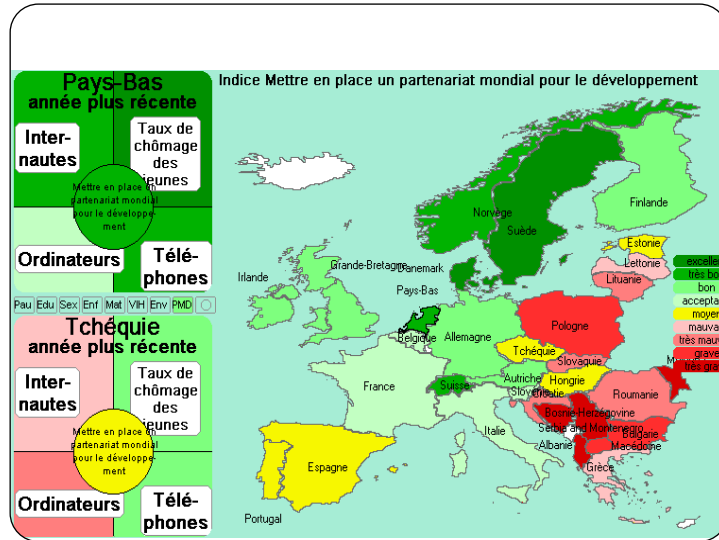
- Dashboard of sustainable dvt
- Banques de données multiples st susceptibles d'être enrichies
- paramétrables
- Représentations graphiques simples
- Synthèse approche indicateurs synthétiques et pluralité des données
- Début d'applications locales (Italie)



<http://esl.jrc.it/envind/dashbrds.htm>







Références bibliographiques

- Qu'est ce que la Richesse? D Meda (Aubier)
- Rapport au CERC : Bernard Perret
- Nouveaux indicateurs de richesse (F Janice, J Gadrey, La Découverte)
- Reconsidérer la Richesse (P Viveret, Aube)
- Atlas régional dvt durable NPde Calais ..

Dominique MEDA ; Qu'Est-Ce Que La Richesse ; Flammarion - Collection : Champs - Date de parution : 03/2000 - ISBN : 2080814621 - EAN13 : 9782080814623

Bernard PERRET ; Indicateurs sociaux, état des lieux et perspectives. Rapport pour le Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion sociale LES PAPIERS DU CERC N° 2002 - 01 Janvier 2002

Jean GADREY, Florence JANY-CATRICE ; Les nouveaux indicateurs de richesse ; la Découverte - Collection : Repères, n°404 ; Janvier 2005 ; ISBN : 2-7071-4507-6

Patrick Viveret ; Reconsiderer La Richesse ; Aube - Collection : Intervention ; Date de parution : 22/02/2004 ; ISBN : 2876789388 - EAN13 : 9782876789388

Bertrand ZUYNDEAU, Région Nord Pas de Calais ; Atlas régional du développement durable Nord – Pas de Calais ; La Tour d'Aigues, éditions de l'aube», Développement Durable et Territoires - 2004

Document n° 8

Dossier de l'Expansion sur la dette, et le déficit dans les hôpitaux publics

comme illustration par la presse
de la contribution de notre secteur d'activité
au problème plus global de la dette,
ce sujet de la dette ayant
fait la une de l'actualité fin 2005/début 2006



Economie

Les hôpitaux malades du déficit

L'Expansion n° 703/ Décembre 2005
Enquête sur une France en faillite, pp. 76 à 84
01/12/2005

Nombre d'établissements publics ne doivent leur salut qu'à des perfusions budgétaires. Un plan est en cours pour assainir leur situation, mais le traitement sera long... et douloureux.



Une évolution affolante
- Déficits des hôpitaux publics -
Les trois quarts des établissements sont dans une situation critique
(reports de charges comptables), en millions d'euros
Source : Fédération hospitalière de France

Renaud Bertrand, le directeur du pôle d'hématologie de l'hôpital de Lille, a fait et refait ses calculs, épluché ligne par ligne les comptes de son service et harcelé les médecins pour qu'ils cherchent où rogner sur les dépenses. Rien n'y fait. Il lui manque encore 6,2 millions d'euros pour boucler son budget 2005 : « Si nos moyens n'augmentent pas, nous pourrions en arriver à réduire le nombre de lits. Nous accepterons alors moins de malades, et ils attendront plus longtemps pour être soignés. » Aucun espoir de recevoir un coup de pouce de sa direction : l'hôpital est déficitaire (13 millions

d'euros prévus en 2005), et l'hématologie est loin d'être le seul service menacé. Didier Delmotte, le patron du CHU (Centre hospitalier universitaire), avertit : faute d'argent, il pourrait, dès 2006, fermer l'unité d'accueil de l'enfance en danger, le centre de dépistage de la surdité ou la division qui assure le suivi des grands brûlés...

Les chiffres recueillis en exclusivité par *L'Expansion* auprès de dizaines d'établissements le montrent : la situation financière préoccupante de l'établissement lillois n'a rien d'exceptionnel. Partout, le manque de moyens, la saturation des urgences, l'épuisement des personnels, reviennent comme une rengaine. Au printemps, plusieurs hôpitaux (Marseille, Rouen, Montpellier...) ont failli ne pas voter leur budget, tant les déficits étaient béants. « Il y a encore trois ans, seuls 3 % des établissements perdaient de l'argent. Aujourd'hui, les trois quarts sont dans le rouge », dénonce Gérard Vincent, le patron des patrons d'hôpital. Selon le délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF), les charges impayées (et reportées sur l'année suivante, un hôpital ne pouvant pas en théorie afficher de pertes) atteindront 500 millions d'euros fin 2005. Cette année encore, les établissements ne devront leur salut qu'à une rallonge budgétaire : « Une enveloppe de 625 millions d'euros est prévue, à répartir entre les cliniques et le public », précise Jean Castex, directeur des hôpitaux au ministère de la Santé.

En attendant, ce sont les patients qui trinquent. Pour renflouer leurs caisses, les établissements ont dû relever leur prix de journée, parfois de 50 % : « Ces recettes, en hausse de 200 millions d'euros en 2005, restent à la charge des malades ou de leurs mutuelles », explique Yves Gaubert, spécialiste des finances à la FHF. Mais comme le compte n'y est pas, les directeurs d'hôpital colmatent les brèches comme ils peuvent. En allongeant les délais de paiement des fournisseurs, en reportant à plus tard la rénovation de bâtiments. Ou en ne remplaçant pas systématiquement les personnels absents, ce qui provoque des fermetures de lits ou de services, et l'apparition de listes d'attente. A Lille toujours, il faut patienter deux mois pour les opérations neurochirurgicales de base, et trois mois pour consulter un ophtalmologue. Ailleurs, les crédits de pharmacie ou d'implants médicaux, qui font partie des rares coûts variables, sont rationnés.

Pourquoi notre système hospitalier, réputé le meilleur du monde, se retrouve-t-il ainsi en quasi-faillite ? Avant tout parce que les dépenses des établissements progressent vite (+ 4,3 % en 2004, probablement encore plus de 4 % en 2005), beaucoup plus vite que leurs moyens. En cause, bien sûr, l'envolée de la demande de soins, due au vieillissement de la population ainsi que l'utilisation d'équipements et de molécules plus performants... mais aussi plus onéreux.

A ces facteurs structurels s'ajoute l'effet de la réduction du temps de travail (près de 40 % de la hausse des coûts de 2002 à 2004) et des augmentations de salaires (la revalorisation du traitement des fonctionnaires en 2005 coûte 110 millions d'euros aux hôpitaux). Sans compter les factures imprévues, comme le renchérissement des assurances en responsabilité civile (+ 25 à 30 %) ou de l'énergie (60 millions d'euros de plus en 2005, selon la FHF). Cette année, les hôpitaux doivent en outre faire face au bouleversement de leur mode de financement, avec la montée en puissance de la réforme de la « tarification à l'activité ». Jusqu'ici, ils recevaient une dotation dont le montant, établi en 1983, était généralement revalorisé tous les ans. Ce qui créait à la fois des pénuries (là où, en vingt ans, le nombre de patients avait progressé) et des rentes de

situation (là où l'activité périlait). A présent, les hôpitaux de court séjour sont financés selon leur fréquentation réelle : chaque acte réalisé leur est payé à un tarif précis (lire tableau page page 4). Mais cette réforme, qui ne sera pas achevée avant sept ans, ne porte en 2005 que sur un quart des budgets. Résultat : les hôpitaux pénalisés par l'ancien système restent déficitaires, car leurs recettes n'augmentent pas encore à la hauteur de leurs besoins. A l'inverse, les établissements trop bien lotis (une petite moitié d'entre eux, selon le ministère de la Santé) voient leurs moyens baisser sans qu'ils parviennent toujours à s'adapter, c'est-à-dire à réduire leurs dépenses ou à augmenter leur activité. D'où une hausse quasi générale des déficits.

La question, aujourd'hui, est donc de savoir si les hôpitaux surdotés pourront réaliser assez vite des gains de productivité. Le pari est loin d'être gagné : « Avec cette réforme, on impose une logique d'entreprise à un système soviétique », résume un directeur d'hôpital. La plupart des établissements tentent certes de réduire leurs coûts. L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, de loin le mieux doté, devrait économiser 45 millions d'euros cette année, après 60 millions l'an dernier. A Argenteuil, en région parisienne, l'informatisation du circuit du médicament permettra d'éviter les vols et les stockages inutiles dans les services. A Alès, dans le Gard, un partenariat avec des cliniques pour la gestion de la blanchisserie et l'achat d'équipements génère d'importantes économies d'échelle.

Mais ces mesures trouveront vite leurs limites si les hôpitaux ne parviennent pas aussi à mettre en commun des moyens souvent éclatés entre plusieurs dizaines de services qui sont autant de baronnies aux chefs souvent peu enclins à partager personnel ou matériel. La réforme de l'organisation des hôpitaux impose justement de rassembler les services par grandes spécialités d'ici à la fin 2006. Autonomes financièrement, ces « pôles d'activités » seront placés sous la responsabilité d'un médecin chargé d'équilibrer les comptes. En pratique, ils ne seront pas opérationnels partout rapidement. Ainsi, au CHU de Nancy, il a fallu un an de discussions pour regrouper 71 services en 14 départements, et pour trouver des praticiens pour les diriger - l'un d'eux, déjà très contesté, devra sans doute démissionner. Quant aux économies d'échelle, elles ne sont pas pour demain. Le CHU, en effet, n'a toujours pas de comptabilité analytique : « Difficile de déléguer la gestion quand les pôles ne peuvent pas connaître leurs coûts réels », regrette Benoît Péricard, son directeur. Surtout, il faudra attendre 2010 pour que les onze blocs, répartis dans huit bâtiments sur trois sites différents, soient regroupés en deux plateaux techniques. Peu encourageant, lorsqu'on sait que le CHU nancéen fait partie des sites pilotes pour la nouvelle organisation hospitalière !

La réforme du financement met aussi en difficulté de nombreux petits hôpitaux, « souvent parce qu'ils maintiennent sous perfusion un service de chirurgie peu actif », précise Jean Castex. Là non plus, les adaptations ne se feront pas du jour au lendemain : ces établissements sont généralement le principal employeur de leur commune, et les maires se battent pour leur survie. Prenez Tonnerre, en Bourgogne. « Avec 400 opérations par an, la sanction a été rapide : dès octobre, l'hôpital ne pouvait plus payer les salaires », explique Didier Jaffre, secrétaire général de l'Agence régionale de l'hospitalisation. L'ARH a remis au pot, sous réserve que le conseil d'administration renonce à conserver en l'état sa chirurgie. Les négociations sont toujours en cours...

A Nancy, à Tonnerre ou ailleurs, ces réorganisations sont d'autant plus longues que, dans la fonction publique, il est impossible de licencier. André Valdazo, chirurgien et

président de la commission médicale du CHU de Caen, en sait quelque chose. Voilà trois ans, il avait accepté l'arrêt des gardes pour l'analyse des gaz du sang, car ces examens avaient été automatisés. « Mais il a fallu attendre le départ à la retraite des laborantins pour que les postes soient supprimés. Dix-huit mois plus tard... », se souvient-il.

L'alternative, pour réaliser des gains de productivité ? Recevoir plus de patients. Pas évident, quand des malades restent hospitalisés trop longtemps, faute de place dans les maisons de convalescence. « En Ile-de-France, il manque au moins 1 000 lits pour les soins de suite. On ne va pas mettre les patients à la porte ! », s'emporte le Dr Denis Labayle, à Evry. Tout dépend aussi de la motivation du personnel médical. « Aujourd'hui, j'ai deux chirurgiens qui ne travaillent pratiquement plus. Et je ne peux rien faire », soupire le directeur d'un petit centre hospitalier. Pour lui, un seul espoir : l'instauration d'une part de rémunération variable pour les médecins, en cours de négociation entre les syndicats et le ministère.

On le voit, la tarification à l'activité est bien plus qu'une simple réforme comptable. Sa réussite permettra une meilleure allocation des moyens, et donc une réduction des gaspillages. Mais, face à la complexité de sa mise en oeuvre, la plupart des hospitaliers réclament du temps pour s'adapter (lire ci-dessous). S'ils n'y parvenaient pas, on risquerait d'assister à une course effrénée à l'activité, d'autant que le système compte peu de mécanismes de régulation. Les accords de bonnes pratiques médicales pour éviter les soins inutiles ? Ils commencent tout juste à être signés. Le contrôle des actes déclarés par les hôpitaux ? Il n'est pas encore en place. La baisse prévue des tarifs en cas de trop forte hausse des volumes ? Un dispositif similaire était prévu pour les cliniques, payées à l'acte depuis longtemps, mais il n'a pas été mis en oeuvre, et leurs dépenses ont explosé... L'hôpital n'a pas fini d'être malade de ses finances.

Paul Castel

Président de la Conférence des directeurs généraux
des centres hospitaliers régionaux et universitaires
« **Les CHU ont besoin de plus de souplesse** »

Le budget des hôpitaux progressera de 3,44 % en 2006. Est-ce suffisant ?

- Face à l'envolée des dépenses, il faudrait une hausse de 4,32 %. Pour 2005, nous demandions 4,8 %, mais nous n'avions obtenu que 3,6 %. Résultat, les déficits se creusent. Et, cette année, la mise en place de la tarification à l'activité per-turbe la distribution des bud-gets : fin octobre, les hôpitaux ne connaissaient toujours pas le montant total de leurs crédits...

Remettez-vous en cause cette réforme ?

- Pas du tout : elle va permettre une répartition plus juste des moyens. D'ailleurs, nous souhaitons que la part des budgets attribuée selon l'activité (25 % en 2005) passe à 40 % dès 2006. Mais il faut clarifier les règles du jeu. Par exemple, que les tarifs payés pour chaque acte restent stables sur deux ou trois ans. En 2005, ils ont baissé de façon inattendue : c'est ingérable ! La recherche et les missions de service public (permanence des soins...) doivent aussi être mieux rémunérées.

Les CHU ne peuvent-ils pas améliorer leur gestion ?

- Ils font des efforts dans tous les domaines ! Ainsi les CHU, qui pèsent 35 % du total des achats hospitaliers, vont-ils se regrouper pour obtenir de meilleurs prix auprès de leurs fournisseurs. Au-delà, pour gagner encore en productivité, il faudrait poser la question du statut des hôpitaux : nous avons besoin de souplesse, les règles concernant les marchés publics ou la gestion des effectifs sont trop rigides. Malheureusement, ce sujet reste tabou.

Grand écart des tarifs privé-public

Actes	Prix payé aux hôpitaux	Prix payé aux cliniques (+ honoraires des médecins)
Accouchement simple	3.268,88 €	1.632,58 € (+ 683 €)
Appendicectomie	2.447,14 €	896,37 € (+ 601,6 €)
Interventions majeures sur les genoux ou les hanches	10.585,39 €	4.340,60 € (+ 2 274,63 €)
Insuffisance cardiaque	2.907,89 €	967,28 € (+ 300 €)
Séance de chimiothérapie	424,17 €	311,11 € (+ 28,8 €)

Sources : « JO » et SCS pour les honoraires.

Attention, sujet brûlant ! Est-il normal que, pour traiter une même pathologie, un hôpital soit mieux payé qu'une clinique ? Oui, selon les responsables des établissements publics, qui ne manquent pas d'arguments pour justifier des coûts plus élevés (ouverture vingt-quatre heures sur vingt-quatre, accueil de populations défavorisées, RTT des praticiens, alors que les médecins des cliniques travaillent en libéral...). Non, selon ceux du privé, qui crient à l'injustice et y voient l'occasion d'obtenir une meilleure rémunération. D'ici à 2012, pourtant, les deux secteurs devront avoir des tarifs identiques, comme prévu dans le cadre de la réforme de leur mode de financement. Reste à savoir à quel niveau fixer ces prix. Une question à laquelle personne, aujourd'hui, n'est capable de répondre.

Bilan de santé des CHU-CHR de France métropolitaine

Villes	Dépenses de fonctionnement (1)	Investissements (1)	Part de l'investissement financé par l'emprunt	Déficit prévisionnel (3)	Effectif total	Dont médecins	Dont personnel soignants	Nombre de séjours	Part des séjours dépassant 8.000 € (4)
Lyon	1.302,9	144,9	54,50%	-25,0	17.778	1.122	10.799	293.653	9,80 %
Marseille	983,1	209,4	37,76%	-31,0	13.082	1.001	7.604	245.384	10,87 %
Toulouse	765,8	62,7	10,00%	-13,0	10.646	602	6.421	186.812	9,50 %
Bordeaux	753,5	60,5	14,82 %	-2,0	11.704	770	7.372	187.507	10,10 %
Lille	706,5	44,7	26,10%	-13,0	9.819	666	5.991	146.679	12,30%
Montpellier	600,4	34,0	91,00%	NC	8.674	510	5.172	133.000	9,70%
Strasbourg	591,4	81,8	43,66 %	-3,0	8.922	649	4.966	153.010	10,00 %
Nantes	556,4	64,2	66,02 %	-5,0	8.244	511	4.377	112.877	10,50 %
Nancy	538,7	50,3	50,60 %	-20,0	8.133	398	4.647	110.985	9,00 %
Grenoble	473,2	46,5	92,00 %	Equilibre	7.488	533	4.159	110.535	8,90 %
Rouen	472,6	83,5	50,78%	-20,0	7.307	373	4.452	103.162	8,40%
Nice	470,8	20,6	63,85 %	-5,0	6.188	406	3.617	114.988	8,15%
Rennes	444,0	70,3	49,12 %	-5,5	6.260	543	3.659	107.430	11,50%
Tours	442,0	65,4	20,34%	-2,0	6.240	589	3.778	130.441	8,50 %
Caen	394,8	37,6	31,49%	-3,0	5.493	301	3.461	84.883	8,00%
Clermont-Ferrand	383,7	39,9	14,00 %	-5,0	5.550	345	3.307	82.322	9,50 %
Amiens	379,4	33,8	21,22 %	-12,5	5.482	355	2.634	103.044	7,50 %
Saint-Etienne	369,8	68,0	66,18%	-8,0	5.391	351	3.129	74.786	7,90 %
Reims	367,1	16,3	42,26%	-7,0	5.957	419	3.440	88.800	9,90 %
Dijon	335,9	45,9	47,00 %	-3,0	4.804	372	2.819	85.093	9,80 %
Limoges	334,6	32,0	28,57%	2,0	4.823	352	2.881	108.149	9,30 %
Besançon	321,2	18,1	200,50 %	Equilibre	3.816	293	2.393	107.048	9,90 %
Brest	320,5	16,6	11,91 %	-3,0	4.562	320	2.973	84.661	9,20 %
Metz	312,7	27,5	35,26%	-15,0	4.495	293	2.660	135.948	5,10 %
Angers	305,5	16,6	46,06%	-8,0	4.569	384	2.876	79.931	7,20 %
Poitiers	299,9	28,5	0,00 %	9,0	4.271	282	2.700	124.342	8,60 %
Nîmes	262,4	10,2	31,73%	Equilibre	4.019	230	2.489	78.233	6,30 %
Orléans	261,3	21,3	173,58 %	-5,0	4.110	251	2.462	91.866	5,90%
Assistance publique-Hôpitaux de Paris (2)	5.480,3	408,9	53,30 %	Equilibre	73.384,0	4.030,0	48.595,0	1.066.610,0	8,30%

(1) En millions d'euros en 2004.

(2) Voir détail par établissement page 8

(3) En millions d'euros au 9 novembre 2005, hors versements exceptionnels en fin d'année et reports 2004.

(4) Hors ambulatoire.

Source : Conférence des directeurs généraux de CHU

Marseille se restructure

L'hôpital qui affiche le plus gros déficit se restructure pour réduire ses coûts. D'ici quatre ans, toutes les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique seront regroupées sur deux sites (Conception - Simone et l'Hôpital Nord) contre trois aujourd'hui. Cette opération permettra notamment de réunir une multitude de petits services (dont certains de 12 lits), aussi gourmands en personnel que des unités de 25 à 30 lits.

Caen supprime des postes

Une productivité inférieure à la moyenne et des coûts de fonctionnement supérieurs : c'était la sanction, sans appel, d'une étude menée par le CHU normand. Explication : trop d'emplois non qualifiés et trop peu de médecins. Pour sortir de l'impasse (outre le déficit de 2005, l'hôpital traîne 7 millions de pertes au titre de 2004), 400 postes seront supprimés sur 5 ans, en ne remplaçant pas les départs.

Bilan de santé des centres hospitaliers en régions

Villes	Dépenses de fonctionnement (1)	Investissements (1)	Déficit prévisionnel 2005 (2)	Emprunt (1)	Nombre de lits (3)	Journées par lit (3)	Personnel en équivalent temps plein (3)	Dont médecins (3)	Dont autres soignants (3)
Mulhouse	242,0	40,7	Equilibre	52,9	1.501	286	3.509	253	2.336
Le Havre	237,7	24,7	Equilibre	60,2	1.657	329	3.984	229	2.645
Poissy-Saint-Germain	222,4	13,0	-19	31,2	1.147	316	3.393	318	2.119
Belfort-Montbéliard	221,5	25,8	-4,27 (4)	50,1	1.464	294	3.297	245	2.137
Le Mans	220,7	16,1	-8	55,8	1.720	301	3.738	246	2.586
Colmar	219,3	43,0	-3 (4)	70,9	1.283	287	3.613	246	2.322
Sud Réunion	216,8	20,4	NC	36,3	945	286	2.684	231	1.883
Toulon-La Seyne-su	214,5	17,0	-3	26,9	1.063	345	3.174	254	2.142
Valenciennes	203,4	40,6	-4,9	68,8	1.619	308	3.284	214	2.293
Evry-Corbeil	196,6	15,4	-17,6	34,0	835	291	2.923	314	1.803
Pontoise	185,3	26,8	Equilibre	39,9	965	290	2.702	256	1.832
La Rochelle	183,3	16,7	Equilibre	29,5	1.165	314	2.652	176	1.768
Félix-Guyon -Saint-	182,1	30,2	Equilibre	58,7	505	309	1.632	198	1.064
La Roche-sur-Yon	179,5	20,6	-3,5	39,1	1.395	312	2.650	207	1.764
Cayenne	168,8	65,4	NC	60,6	454	313	1.128	154	692
Roubaix	166,6	13,3	-4,1	23,7	1.289	288	2.756	166	1.857
Lens	162,2	20,1	-4,8	26,3	1.060	283	2.350	183	1.719
Avignon	161,3	10,4	-1 (4)	20,6	851	301	2.317	213	1.467
Niort	160,5	25,8	Equilibre	27,2	930	321	2.359	176	1.665
Saint-Brieuc	159,5	18,8	Equilibre	39,9	1.190	318	2.062	156	1.327
Vannes-Auray	158,4	18,6	-0,95 (4)	52,0	1.327	330	2.297	180	1.567
Quimper	154,6	25,7	-0,7	68,3	1.299	340	2.249	163	1.578
Libourne	151,0	13,9	Equilibre	5,4	1.141	312	2.447	169	1.347
Bayonne	150,7	29,4	-1,5	55,5	1.042	327	2.163	160	1.480
Anneecy	150,3	92,1	-3,51	59,8	882	304	1.986	149	1.328
Versailles	149,0	13,4	-15	27,6	737	269	1.980	219	1.187
Perpignan	146,0	30,8	NC	28,4	888	335	2.076	167	1.529
Aix-en-Provence	142,4	15,6	-3	40,4	658	299	1.826	165	1.239
Argenteuil	140,0	17,3	-12	22,7	749	313	2.243	191	1.508
Chambéry	139,6	19,9		32,4	1.107	315	2.080	169	1.359

(1) En millions d'euros en 2004

(2) En millions d'euros au 16 novembre 2005.

(3) Données 2003

(4) Données 2004

Argenteuil sous restriction

Face à la dégradation de ses comptes, cet hôpital du Val d'Oise a dû réduire ses budgets de remplacement et d'entretien, et va externaliser le ménage et la blanchisserie. Afin d'augmenter ses recettes, l'établissement voudrait aussi recevoir plus de patients, mais la pénurie d'infirmières (50 postes vacants) l'en empêche, l'obligeant à transférer 800 malades vers d'autres hôpitaux.

Mulhouse sur le fil du rasoir

Cet hôpital alsacien n'affiche pas de déficit, mais il ne parvient à équilibrer ses comptes qu'en piochant dans ses réserves financières (à hauteur de 900.000 €), et en économisant sur les dépenses de personnel (il retarde au maximum le remplacement des postes vacants). A l'origine de ses difficultés : l'envolée du prix de l'énergie, qui a représenté un coût supplémentaire de 800.000 €.

Bilan de santé des centres hospitaliers en régions (suite)

	Dépenses de fonction- nement (1)	Investis- sements (1)	Déficit prévisio- nel 2005 (2)	Emprunt (1)	Nombre de lits (3)	Journées par lit (3)	Personnel en équivalent temps plein (3)	Dont médecins (3)	Dont autres soignants (3)
Villes									
Lorient	138,1	18,2	-2,29 (4)	29,7	1.030	331	1.847	151	1.340
Meaux	135,9	13,3	-2,70	19,0	815	300	2.165	175	1.369
Saint-Nazaire	134,1	27,1	-0,95	36,4	935	330	2.123	143	1.460
Créteil	132,3	13,3	-1,00	38,7	471	273	1.927	194	1.322
Saint-Quentin	131,6	24,0	-0,36	26,5	889	277	2.078	146	1.428
Pau	131,5	10,3	NC	19,9	686	276	1.662	133	1.197
Charleville-Mézières	131,4	17,3	Equilibre	2,2	967	319	2.126	132	1.317
Troyes	130,3	14,4	-4,50	22,9	1.005	310	1.976	154	1.345
Gonesse	128,9	13,2	Equilibre	12,4	809	289	2.231	182	1.404
Saint-Denis	126,1	10,3	Equilibre	23,5	655	307	1.887	170	1.444
Aulnay-sous-Bois	123,0	11,4	Equilibre	31,8	562	269	1.578	207	1.030
Boulogne-sur-Mer	122,9	17,2	-0,50	29,3	993	308	1.862	123	1.248
Lagny-Malvy	122,4	10,3	-1,08	20,6	506	326	1.829	196	1.095
Angoulême	118,7	22,0	NC	24,3	898	318	1.652	124	1.030
Chartres	117,0	13,8	Equilibre	20,0	1.040	317	2.032	127	1.114
Arras	116,9	52,4	-3(4)	70,6	1.029	317	1.784	131	1.090
Mont-de-Marsan	115,8	9,8	Equilibre	25,4	961	329	1.806	116	1.243
Béziers	113,7	10,9	Equilibre	51,4	884	323	1.792	137	1.299
Montfermeil	112,3	13,5	-0,25(4)	33,9	544	287	1.598	162	990
Morlaix	112,2	13,7	Equilibre	19,4	1.165	310	2.077	95	1.417
Laval	112,1	9,9	-6,10	19,9	1.161	317	1.913	112	1.276
Périgueux	110,7	9,5	Equilibre	8,2	1.160	316	2.032	114	1.178
Beauvais	110,6	10,4	-2,00	15,0	760	317	1.764	136	1.122
Roanne	110,0	13,6	Equilibre	25,2	765	297	1.658	129	1.171
Blois	108,3	12,9	-1,30	18,2	1.279	330	1.977	124	1.333
Dunkerque	107,1	7,6	-4,70	11,5	897	302	1.632	124	1.042
Valence	106,4	17,3	NC	28,2	692	296	1.348	133	893
Moulins-Yzeure	106,1	11,6	-0,40	29,0	914	308	1.825	99	1.242
Bourges	105,8	7,2	Equilibre	33,0	806	317	1.504	123	936
Tarbes	104,4	17,3	-7,20	49,5	982	315	1.773	136	1.131

(1) En millions d'euros en 2004.

(3) Données 2003.

(2) En millions d'euros au 16 novembre 2005.

(4) Données 2004.

Source Fédération hospitalière de France

Tarbes se serre la ceinture

En difficultés financières depuis deux ans, l'hôpital doit à la fois augmenter son activité et réduire ses dépenses. Il a déjà économisé 380.000 euros en groupant ses achats avec d'autres centres hospitaliers. En 2006, la direction va aussi jouer sur les départs en retraite (non-remplacement de 20 postes et recrutement de salariés jeunes, moins coûteux) pour contenir l'évolution de la masse salariale.

Arras en pleine modernisation

Pour financer la reconstruction de l'établissement d'un coût de 142 millions d'euros, l'hôpital a eu recours à l'emprunt. Outre les locaux attendus pour fin 2006, le nouveau centre disposera aussi des meilleurs équipements (robots pour la pharmacie, scanners en 3D à la maternité...) qui devraient lui permettre d'attirer plus de patients, et donc d'augmenter son activité et donc ses recettes.

Bilan de santé de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris

SECTEURS	Dépenses de fonctionnement (1)	Investissements (1)	Journées d'hospitalisation	Lits	Effectif total (2)	Dont médecins	Dont autres soignants
17 hôpitaux à Paris intra-muros							
La Pitié-Salpêtrière (XIIIe)	552,6	46,0	1.875	438.370	6.626	300	6.326
Cochin - Saint-Vincent-de-Paul La Roche-Guyon (XIVe)	377,2	38,8	1.259	290.077	4.952	468	
Georges-Pompidou - Broussais (XVe)	312,6	44,0	833	225.586	2.947	104	2.843
Necker-Enfants malades (XVe)	292,3	13,5	602	145.898	3.034	98	2.936
Bichat - Claude Bernard (XVIIIe)	280,6	13,8	1.005	270.309	3.400	332	3.068
Saint-Antoine (XIIe)	244,5	21,2	784	216.577	2.797	11	2.786
Saint-Louis (Xe)	244,1	12,6	604	156.420	2.479	7	2.472
Lariboisière - Fermand-Widal (Xe)	232,2	8,9	1.008	259.793	3.020	307	2.713
Tenon (XXe)	219,7	16,6	755	171.097	2.312	8	2.304
Robert-Debré (XIXe)	145,6	6,9	423	105.807	1.678	13	1.665
Hôtel-Dieu (IVe)	143,3	10,0	484	128.410	1.809	268	1.541
Armand-Trousseau (XW)	113,3	39,8	325	72.338	1.468	7	1.461
Rothschild (XW)	45,3	6,2	142	45.794	791	170	621
Sainte-Périne - Rossini Chardon-Lagache (XVIe)	31,3	2,5	598	191.183	460	10	451
Broca - La Rochefoucauld (XIIe, XIVe)	24,2	3,2	428	149.056	296	14	282
Bretonneau (XVIIIe)	20,2	5,2	205	70.999	295	18	278
Vaugirard - Gabriel-Pallez : (XVe)	18,7	14,1	315	111.734	310	13	297
17 hôpitaux en région parisienne							
Henri-Mondor Albert-Chenevriér (Créteil)	332,7	24,6	1.353	355.117	4.145	390	3.756
Bicêtre (Créteil)	266,2	17,8	935	264.957	3.085	298	2.788
Beaujon (Clichy)	157,9	7,2	541	146.859	2.054	195	1.859
Avicenne (Bobigny)	156,8	5,3	534	140.314	1.713	31	1.682
Antoine-Bécclere (Clamart)	126,9	15,4	414	114.810	1.600	152	1.448
Paul-Brousse (Villejuif)	122,7	5,9	714	221.422	1.501	19	1.482
Raymond-Poincaré - Hôpital maritime de Berck (Garches, Berck)	120,0	5,8	576	156.874	2.037	287	1.750
Ambroise-Paré (Boulogne-Billancourt)	117,9	7,2	468	121.454	1.583	170	1.414
Louis-Mourier (Colombes)	111,3	34,7	518	145.604	1.465	150	1.315
Jean-Verdier (Bondy)	90,4	6,0	294	75.036	1.166	135	1.032
Charles-Foix - Jean-Rostand (Ivry)	90,2	10,4	983	285.795	1.403	83	1.320
Emile-Roux (Limeil-Brévannes)	61,0	4,4	904	306.280	995	53	942
Joffre-Dupuytren (Draveil)	52,5	24,4	791	231.053	852	38	814
Corentin-Celton (Issy-les-Moulineaux)	42,9	4,0	437	139.370	615	41	574
René-Muret - Bigottini (Sevran)	40,8	2,0	657	189.242	686	21	665
Georges-Clemenceau (Champcueil)	32,3	2,4	390	136.870	510	24	487
Charles-Richet (Villiers-le-Bel)	26,7	2,0	472	164.136	447	20	427
3 hôpitaux de l'AP-HP hors Ile de France							
Hôpital San Salvador (Hyères)	31,9	3,1	355	116.498	585	5	580
Hôpital marin (Hendaye)	27,7	22,0	320	112.117	518	8	510
Villemin - Paul-Doumer (Liancourt)	18,5	19,0	247	85.607	471	217	255

(1) En millions d'euros, en 2004.

(2) En équivalent temps plein.

Source : Direction financière de l'AP-HP

Tenon mutualise ses moyens

Les services de chirurgie et de réanimation de Tenon, éparpillés dans les différents pavillons de l'hôpital, seront regroupés dans un seul bâtiment qui accueillera aussi les urgences (fin des travaux en 2008) l'opération, qui coûtera 61,5 millions d'euros générera à terme des économies, car elle permettra de mutualiser les moyens (équipes d'infirmières et d'anesthésistes, blocs...), et donc de mieux les utiliser.

Cochin trie ses déchets.

L'amélioration du tri des déchets fait partie des mesures du plan de retour à l'équilibre de l'AP-HP. A Cochin, le taux de détritus « à risques » (dont le coût de traitement atteint 800 euros par tonne, contre 150 pour les ordures ordinaires) atteindra 20 % en 2005, contre 37 % en 2003, ce qui permettra d'économiser 550.000 euros par an. Pour l'ensemble de l'AP, cette disposition générera 4 millions d'euros d'économies.

Economie

Trois questions à Gérard de Pouvourville, économiste de la santé

L'Expansion.com - 24/11/2005

La réforme du financement des établissements de soins, avec la mise en œuvre de la tarification à l'activité, permettra-t-elle de freiner l'envolée des dépenses hospitalières ?

Gérard de Pouvourville. En théorie, oui. Répartir les moyens disponibles en fonction de l'activité réelle des hôpitaux devrait générer des économies, puisque le budget des établissements aujourd'hui surdotés par rapport à leur fréquentation devrait baisser. L'argent ainsi économisé pourra être alloué aux centres sous-financés. Mais en pratique, rien ne garantit que la restructuration du tissu hospitalier se déroule ainsi.

Pour quelle raison ?

A cause de la rigidité des règles de la fonction publique hospitalière. Aucun outil ne permet par exemple de redéployer le personnel entre les établissements. Localement, certaines agences régionales de l'hospitalisation tentent de mettre en place des dispositifs de mobilité sur des zones géographiques déterminées. Mais ces initiatives restent isolées. La plupart des établissements comptent uniquement sur les départs naturels (retraite, turn-over) pour s'adapter, mais leur rythme est trop lent par rapport au volume d'économies nécessaires.

Des mécanismes ont-ils été prévus pour éviter un dérapage des dépenses ?

Il existe une régulation macro-économique, qui consiste à baisser les prix payés pour chaque pathologie traitée, au cas où les hôpitaux gonfleraient trop leur activité pour améliorer leurs recettes et éviter de se restructurer. A court terme, cela paraît logique, mais à moyen terme cette disposition risque d'être rejetée par le milieu hospitalier, puisque la baisse des tarifs va pénaliser l'ensemble des hôpitaux, même les plus performants !

Propos recueillis par Stéphanie Benz

Les hôpitaux tentent de mieux gérer leurs achats

L'Expansion.com - 24/11/2005

Selon une étude, le regroupement des acheteurs et la limitation du nombre de fournisseurs ou de références permettrait d'économiser 850 millions d'euros d'ici fin 2007.

Qui a dit que l'on mangeait mal à l'hôpital ? Jusqu'en 2004, la nourriture proposée dans les différents établissements de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris était, sinon goûteuse, en tout cas variée : « Les cuisines pouvaient commander 15 sortes de steaks hachés différents ! Leur catalogue comptait 2650 produits alimentaires, dont la moitié seulement était justifiée », raconte Agnès Pannier-Runacher, à la direction de l'AP. Une diversité coûteuse : en ramenant le nombre de références à environ 1400, l'AP-HP économisera plus de 860.000 euros par an dès 2006.

L'histoire peut sembler anecdotique, et pourtant elle en dit long sur les montants gaspillés par les hôpitaux du fait de la mauvaise gestion de leurs commandes. L'an dernier, une enquête du ministère de la Santé avait d'ailleurs démontré que le coût de produits aussi basiques que des sac-poubelles, des gants, ou des ramettes de papier variaient du simple au triple selon les endroits. Conclusion de l'étude : le regroupement des acheteurs et la limitation du nombre de fournisseurs ou de références permettrait d'économiser 850 millions d'euros d'ici fin 2007, dont 150 millions dès 2005.

Fort de ce résultat, le ministère a mis en place un groupement d'achat au niveau national. Seulement voilà, seule une petite centaine d'établissements a participé à ce groupement, sur les 800 potentiellement concernés. « Dire à quelqu'un qu'il est nul n'est pas forcément la meilleure façon de commencer à travailler avec », s'en étrangle encore le directeur d'un important CHU. Une méthode d'autant moins appréciée que les 150 millions d'euros d'économies potentielles ont aussi été déduites dès le début de l'année des budgets des établissements. Faute de participants en nombre suffisant, le dispositif est aujourd'hui en passe d'être enterré, et en partie remplacé par un groupement d'achat lancé à l'initiative des centres hospitalo-universitaires. Il sera opérationnel dès 2006, mais ne sera étendu que progressivement aux autres hôpitaux...

Stéphanie Benz

Document n° 9

Article de la revue "Sociologie du travail" :

Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France

Daniel Benamouzig, Julien Besançon

Nous remercions les auteurs et la revue "Sociologie du Travail" de nous avoir autorisés à reproduire cet article.

Il complète de façon tout à fait intéressante les débats de nos Rencontres. Il s'agit d'une longue réflexion sur l'origine et les premières années d'expérience des "Agences" dans le secteur sanitaire.

Compte tenu de sa date de publication, cet article extrêmement riche et documenté ne prend cependant pratiquement pas en compte le changement fondamental dans la conception de la médecine (spécificité du métier de médecin, signification collective du devoir déontologique d'indépendance professionnelle, rapport à la société...) et de son évaluation que traduit le passage de l'ANAES à la Haute Autorité. De la même façon il ne pouvait prendre en compte les débuts de l'INCa. Il reste cependant extrêmement stimulant par les analyses auxquelles il procède et par les voies de réflexions et d'attention qu'il ouvre.



Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France

Daniel Benamouzig, Julien Besançon

PLAN

Résumé

1. Des bureaucraties de second rang

- 1.1. Une double tradition administrative*
- 1.2. Dans le sillage du New Public Management*
- 1.3. Ouverture de l'administration sanitaire*
- 1.4. Regain bureaucratique*

2. Expertise démocratique ou bureaucratie technique ?

- 2.1. Ouverture de l'expertise scientifique*
- 2.2. Les agences et la nouvelle expertise scientifique*
- 2.3. De la procédure à la technocratie*

3. Le redéploiement médical de la santé publique

- 3.1. Renouvellements de la médecine*
- 3.2. Institutionnalisation de la santé publique et de l'épidémiologie*
- 3.3. Redéploiement médical*

4. Conclusion



ELSEVIER

Sociologie du travail 47 (2005) 301–322

<http://france.elsevier.com/direct/SOCTRA/>

SOCIOLOGIE
 DU TRAVAIL

Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France

Administering an uncertain world:
New technical bureaucracies in French health agencies

Daniel Benamouzig ^{a,*}, Julien Besançon ^b

^a Centre de recherche médecine sciences, santé société–Cermes (CNRS/Inserm), Site CNRS,
7, rue Guy Môquet, 94801 Villejuif cedex, France

^b Centre de sociologie des organisations (CSO–FNSP/CNRS), 19, rue Amélie, 75007 Paris, France

Résumé

La création d'agences sanitaires en France a singulièrement renouvelé l'action publique en matière de gestion des risques et des crises. Les agences sanitaires ne constituent pas de simples dispositifs techniques créés pour répondre aux crises sanitaires. Ce sont des formes politiques qui résultent de transformations sociales et politiques plus profondes de l'administration, de l'expertise scientifique et de la médecine. Elles s'inscrivent dans un triple mouvement d'ouverture des espaces administratif, scientifique et médical : elles apparaissent comme le produit des transformations de l'administration sous l'effet des théories de la nouvelle gestion publique, d'une ouverture de l'expertise scientifique à des exigences de transparence et du développement de la santé publique. Pourtant, ces processus sont paradoxaux et favorisent l'apparition de nouvelles « bureaucraties techniques » posant la question de leur responsabilité politique. Là où les agences devaient réduire la bureaucratie, elles élargissent son périmètre et renforcent ses structures, en constituant un espace intermédiaire où apparaissent des tensions entre elles et leurs tutelles. Cet agencement transforme singulièrement l'équilibre des pouvoirs politiques et administratifs. — Numéro spécial : *Les nouveaux formats de l'institution*.

© 2005 Publié par Elsevier SAS.

* Auteur correspondant. - Adresse e-mail : benamouz@vjf.cnrs.fr (D. Benamouzig).
Sociologie du travail 47 (2005) 301–322

Abstract

The creation of health agencies in France has stimulated public interventions in the managing of risks and emergencies. Health agencies are not mere technical organizations set up in response to a particular health crisis. They are political forms stemming from deeper social and political changes in public administration, scientific expertise and medicine. Part of a threefold trend toward opening administrative, scientific and medical doors, they have emerged out of the transformation of the public administration under the impact of theories about: new public management, the transparency of scientific expertise, and the development of public health. These processes are paradoxical however. They tend to favor the growth of new technical bureaucracies, whence questions about the latter's political responsibility. While agencies were supposed to reduce bureaucracy, they have broadened its borders and reinforced its structures. They constitute an intermediary space, where appear tensions between them and their supervisors. This arrangement does singularly transform the balance between administrative and political powers. — Special issue: *New patterns of institutions*.

© 2005 Publié par Elsevier SAS.

Mots clés : Agence sanitaire ; Risque ; Sécurité sanitaire ; Santé publique ; Bureaucratie ; Expertise

Keywords: Health agencies; Risks; Public health; Health security; Bureaucracy; Scientific expertise; France

Au cours des vingt dernières années, les agences sanitaires se sont multipliées dans de nombreux pays européens et ont singulièrement renouvelé l'action publique en matière de gestion des risques¹. En France, à la fin des années 1980, l'affaire du sang contaminé révèle les défaillances de l'administration sanitaire et la « défaite de la santé publique » : l'administration de la santé apparaît faible face aux autres administrations et aux professionnels de santé, rétifs à toute régulation (Morelle, 1996). La nécessité de réorganiser cette administration s'impose sur fond de carence en compétences scientifiques et techniques (Girard, 1998). Des missions de santé publique jusqu'alors déléguées à des associations quasi gestionnaires du système de santé sont progressivement confiées à de nouvelles instances sanitaires, personnes morales distinctes de l'État, mais soumises à sa tutelle.

¹ Nous tenons à remercier chaleureusement les personnes associées à la production de ce travail. L'article a bénéficié des échanges au sein du groupe de travail « Agences et gouvernement des risques », auxquels ont participé, outre les auteurs, Philippe Bezes, Olivier Borraz, et Luc Berlivet, en collaboration avec le GIS Risques collectifs et situations de crise animé par Claude Gilbert. Il a aussi bénéficié d'échanges stimulants avec Frédéric Pierru et Magali Robelet. Une relecture attentive d'Isabelle Bazsanger, d'Olivier Borraz et de Jean Paul Gaudillère, ainsi que des membres du comité de rédaction, a permis d'améliorer ce texte.

Face au sida, deux premières agences sont constituées en 1988, pour promouvoir la recherche et organiser la prévention. Une Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Andem) est créée en 1990 pour promouvoir l'évaluation de la qualité des soins. Deux ans plus tard, un Réseau national de santé publique (RNSP) est chargé d'assurer la surveillance de l'état de santé de la population. L'Agence française du sang (AFS) devient responsable en 1992 de la politique de transfusion sanguine et du contrôle des établissements spécialisés, tandis que l'Établissement français des greffes (EFG) est chargé en 1993 d'administrer le circuit des organes et des greffes.

Ces créations modifient le paysage de la santé publique et induisent l'élaboration d'un nouveau cadre doctrinal, formulé à partir de la notion de « sécurité sanitaire »¹. À l'initiative d'un petit groupe de hauts fonctionnaires, la plupart de formation médicale, constitué autour de Bernard Kouchner, la notion s'impose comme un nouvel impératif². Acteurs et théoriciens des évolutions du système de santé publique, les membres de cette équipe font des agences le lieu privilégié d'élaboration et d'expérimentation des principes de sécurité sanitaire. L'Agence du médicament, constituée en 1993 pour assurer la sécurité des produits sanguins et pharmaceutiques, fait figure de modèle. Elle dispose à la fois d'une capacité d'évaluation des produits et de véritables pouvoirs d'autorisation de mise sur le marché et de police sanitaire. À la même époque, la transformation de l'Andem en Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), dont les missions sont élargies à l'accréditation des établissements de santé, et la transformation du Service central de protection contre les rayonnements ionisants en Office de protection contre les rayonnements ionisants (OPRI) complètent le dispositif.

Ce dernier est ébranlé par la crise de la vache folle en 1996. Dans ce contexte, les travaux de la Commission sénatoriale des affaires sociales préconisent un renforcement des structures de veille et de sécurité sanitaire (Huriet et Desjours, 1997). En 1998, l'adoption d'une proposition de loi aboutit à la création de nouvelles agences. L'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) remplacent et

¹ Le terme apparaît officiellement le 16 décembre 1992, dans la discussion du projet de loi relatif à la sécurité en matière de transfusion sanguine qui donnera naissance à l'AFS. La sécurité sanitaire est définie comme : « la sécurité des personnes contre les risques thérapeutiques de toute nature, risques liés aux choix thérapeutiques, aux actes de prévention de diagnostic ou de soins, à l'usage des biens et produits de santé comme aux interventions et décisions des autorités sanitaires » (Tabuteau, 1994, p. 11).

² Il s'agit de Jean-François Girard, directeur général de la Santé de 1986 à 1997, d'Aquilino Morelle, conseiller technique au cabinet de Bernard Kouchner en 1992–1993 et en 1997–1998, de Didier Tabuteau, conseiller technique puis directeur adjoint de cabinet de Claude Evin (1988–1991) et directeur de cabinet de B. Kouchner (1992–1993). D. Tabuteau deviendra directeur général de l'Agence du médicament (1993–1997) et sera remplacé au cabinet par Martin Hirsch, qui sera nommé directeur général de l'Afssa en 1999. Philippe Duneton, également membre du cabinet de B. Kouchner en 1992 prendra la succession de D. Tabuteau à la direction de l'Afssaps en 1997.

élargissent les missions du RNSP et de l'Agence du médicament. Une Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) est par ailleurs spécifiquement créée. Sous la tutelle du ministère de la Santé, les agences sont coordonnées par un Comité national de sécurité sanitaire (CNSS). Puis progressivement, la sécurité sanitaire s'étend à de nouveaux domaines. Une Agence française de sécurité sanitaire environnementale (Afsse) est créée par la loi du 9 mai 2001, dont un amendement prévoit un Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), regroupant l'OPRI et l'Institut de protection et de sûreté nucléaire (IPSN). Ces créations traduisent la convergence de problématiques sanitaires, alimentaires et environnementales autour de la notion de sécurité sanitaire, qui confère une cohérence minimale au dispositif (Tabuteau, 2002)¹.

Pourtant, en 2003, la crise de la canicule met de nouveau en cause le système de sécurité sanitaire, dont le fonctionnement est appelé à de nouvelles transformations (Sénat, 2004 ; Assemblée nationale, 2004). La loi de santé publique du 9 août 2004 crée une Agence de biomédecine et la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie une Haute Autorité de santé, qui reprend les missions et les moyens de l'Anaes et d'une partie de l'Afssaps. Finalement, malgré les tentatives de mise en cohérence du dispositif autour du ministère de la Santé et son inscription dans le cadre politique de la sécurité sanitaire, les agences restent aujourd'hui des formes non stabilisées. Mises en place de manière progressive et sans stratégie d'ensemble, elles se caractérisent par la diversité de leurs missions, de leurs prérogatives, de leurs modes d'organisation et de leur fonctionnement (Besançon, 2004a)².

Mais les agences ne sont pas seulement des dispositifs techniques, créés de façon conjoncturelle pour répondre à des crises sanitaires récurrentes et réformer l'administration de la santé. Elles constituent des dispositifs politiques originaux, cherchant à articuler une double exigence administrative et scientifique. Le cas du secteur de la santé offre un exemple remarquable de la manière dont cette articulation s'est réalisée au cours des dernières décennies. Nous voudrions montrer comment l'existence des agences sanitaires a été rendue possible par des transformations sociales et politiques relativement lentes de l'administration, des rapports entre science et société et de la médecine. Dans un contexte de renouvellement des exigences démocratiques, la création d'agences s'inscrit dans un triple mouvement d'*ouverture* des espaces administratif, scientifique et médical. Dans chaque espace, des sources d'autorité, des valeurs, des hiérarchies ou des critères de jugement sont mis à mal au fur

¹ Dans la nouvelle édition de son livre en 2002, D. Tabuteau consacre l'extension de la notion de sécurité sanitaire en la définissant comme « la protection de la santé de l'homme contre les risques « iatrogènes » de la société, c'est-à-dire contre les risques induits par son fonctionnement et les systèmes de plus en plus complexes qui l'organisent » (Tabuteau, 2002, p. 23).

² Nous évoquerons ici essentiellement les agences sanitaires aux fonctions d'expertise et de police sanitaire (Afssaps, Afssa, Afsse, InVS, Anaes).

et à mesure que se manifeste un plus grand souci d'ouverture, d'information et de participation, dont témoignent, à partir des années 1980, de nouvelles aspirations à la « transparence » ou à des formes inédites de démocratie, qu'elle soit scientifique, technique ou sanitaire. Ces transformations affaiblissent les pouvoirs établis et favorisent des acteurs périphériques, qui se réclament, selon les cas, des usagers, des profanes, des citoyens, des clients ou des malades. Les agences sanitaires apparaissent en somme comme des formes alternatives aux administrations traditionnelles, permettant une meilleure efficacité, une indépendance mieux affirmée et une plus grande transparence pour le citoyen. Elles sont aussi conçues comme le support institutionnel d'une médecine et d'une science plus « libérales », développant une capacité à fonder leurs pratiques sur des éléments partagés et publiquement discutés¹. À travers les agences, le libéralisme politique, voire économique, qui inspire les réformes administratives privilégiant la désagrégation des bureaucraties rejoint un autre libéralisme, qui valorise l'ouverture des mondes de la science et de la médecine, longtemps réputés fermés, « confinés » ou « enclavés » (Habermas, 1973 ; Callon et al., 2001 ; Dodier, 2003). Les agences apparaissent alors comme des institutions techniques libérales, susceptibles de respecter les exigences démocratiques des sociétés occidentales contemporaines.

Pourtant, nous montrerons que les processus d'ouverture dans lesquels sont impliquées les agences sont pour le moins ambigus. Loin de favoriser une simple désagrégation de l'administration, les agences suscitent bien souvent de nouveaux mécanismes bureaucratiques. Les dispositifs d'expertise établis pour favoriser la transparence et renforcer la démocratie des choix scientifiques et techniques accroissent l'importance des procédures et le caractère bureaucratique des agences. Enfin, tout en incarnant l'ouverture à la santé publique d'une médecine jusqu'alors principalement curative, les agences favorisent aussi le redéploiement de la profession médicale vers de nouveaux domaines, qui échappaient à sa juridiction. Loin d'être l'expression aboutie de la « démocratie technique », l'ouverture des espaces administratif, scientifique et médical ne serait-elle pas plutôt la préfiguration de nouvelles « bureaucraties techniques » ?

1. Des bureaucraties de second rang

1.1. Une double tradition administrative

La création des agences sanitaires s'inscrit dans une double tradition administrative, partagée par l'ensemble de l'administration d'une part, et relativement spécifique à l'administration sanitaire d'autre part. Malgré le caractère hiéar-

¹ La médecine « libérale » dont il s'agit ne renvoie évidemment pas à l'acception professionnelle, c'est-à-dire à l'organisation libérale de la pratique médicale, mais à une acception plus politique, qui oppose le libéralisme médical à l'idéal-type d'une médecine paternaliste voire autoritaire, telle qu'elle a parfois été pensée à partir des travaux de Michel Foucault ou des travaux sur la médicalisation. Sur ce point, voir (Dodier, 2003).

chique de l'administration française, dont une expression concrète fut longtemps l'hostilité déclarée des corps de contrôle de l'État à l'égard des établissements publics, le modèle français reconnaît une certaine place à des organisations autonomes¹. Sans définition juridique claire, la notion d'agence a notamment été utilisée depuis les années 1960 pour désigner différents types d'organismes (ENA, 1994). Ce sont des personnes morales distinctes de l'État, soumises à sa tutelle mais échappant aux traditionnelles relations hiérarchiques (ENA, 1994 ; Braud, 1995). Il s'agit généralement de personnes publiques (EPA ou EPIC) et plus rarement de personnes privées (GIP, associations). Agissant pour le compte de l'État en vertu d'un transfert de compétence, elles assurent des missions de service public dans le cadre de politiques sectorielles : incitation, gestion de moyens ou prestation de services, voire régulation d'un secteur².

Les agences sanitaires héritent aussi des relations entre l'administration et le monde de la santé. En la matière, des espaces intermédiaires ont toujours permis à l'administration de faire appel à des compétences médicales ou techniques qui lui faisaient défaut. Dépourvue d'expertise, l'administration s'est très tôt dotée d'instances ad hoc lui permettant d'établir des relations stables avec les professionnels de santé, eux-mêmes jaloux de leur autonomie. Dès le XIXe siècle, des organismes chargés de la santé publique disposent d'une telle autonomie, à l'instar du Conseil supérieur d'hygiène publique de France créé en 1906, des nombreux comités consultatifs établis dans les années 1930 (Murard et Zylberman, 1996), ou de la commission d'autorisation de mise sur le marché des médicaments créée en 1978. Relativement autonomes, ces instances sont placées sous la tutelle du ministère de la Santé, qui assure leur secrétariat. De son côté, la profession médicale est à l'origine de nombreuses associations assurant des activités d'utilité publique. Plusieurs agences sanitaires créées à partir des années 1980 héritent de ces structures publiques ou privées dont elles reprennent les missions et parfois les moyens.

1.2. Dans le sillage du New Public Management

Préparée par ces traditions, la création d'agences s'inscrit dans les années 1980 et 1990 dans un mouvement de réforme de l'administration, dont les principes se renouvellent sous l'influence de l'économie de la dérégulation,

¹ En 1961, le Conseil d'État notait que les motifs de création d'établissements publics étaient vagues et ne répondaient à aucune doctrine administrative. Par la suite, cette position a évolué : en 1985, il n'opposait déjà plus une hostilité de principe à ces structures, préconisant plutôt une appréciation au cas par cas.

² Ces caractéristiques distinguent les agences d'autres établissements publics (établissements culturels, scientifiques ou éducatifs, organismes de sécurité sociale, établissements à vocation territoriale, entreprises publiques) et des « administrations de mission », délégations, missions ou comités interministériels, vouées à une simple coordination, sans personnalité juridique. Elles les distinguent également des autorités administratives indépendantes, qui n'ont ni la personnalité morale ni de budget propre, mais qui disposent en revanche d'une indépendance politique et de véritables pouvoirs de décision, réglementation et sanction.

du *Public Choice* et du *New Public Management* (Bezes, 2002). La capacité et la légitimité de l'administration à réguler des activités économiques et sociales, voire ses propres activités bureaucratiques, sont contestées. L'administration ne doit pas gérer directement les affaires publiques (*rowing*), mais se contenter du pilotage (*steering*) en laissant l'exécution à des organismes autonomes, notamment des agences (Aucoin, 1990 ; Keraudren, 1994). En Grande-Bretagne, le programme *Next Steps* lancé en 1988 suscite la création d'agences destinées à renforcer l'autonomie des gestionnaires en les libérant des rigidités administratives¹. Ces agences décident du recrutement, de la rémunération et de la carrière de leurs personnels, facilitant des échanges avec le secteur privé, dont proviennent deux tiers de leurs directeurs. Elles sont supposées rapprocher l'administration des problèmes des citoyens. Sommées de rendre des comptes à leurs supérieurs administratifs et politiques comme aux citoyens (*accountability*), elles doivent être transparentes et produire des plans stratégiques, des rapports et des informations diffusées au grand public. Des documents de cadrage (*framework document*) explicitent leurs objectifs et leurs moyens, ainsi que leurs relations avec les pouvoirs exécutif et législatif. Elles sont créditées d'avantages liés à une désagrégation administrative, jugée propice à l'efficacité autant qu'à la démocratie. Considérées comme des modèles de gouvernance, elles sont parallèlement promues par des organisations comme l'OMC, l'OCDE ou la Commission européenne (IGPDE, 2003 ; OCDE, 2002 ; Commission européenne, 2001).

Ces principes gagnent bientôt la France. Dès la fin des années 1980, la modernisation du service public engagée par Michel Rocard valorise l'autonomie des « centres de responsabilité »². La notion d'agence n'est pas encore dans les textes cadres, mais elle s'en trouve légitimée et permet au gouvernement Rocard de créer les premières agences sanitaires. L'expérience britannique infléchit ensuite la réflexion française : des transformations plus radicales sont envisagées pour redessiner les contours de l'administration en précisant ses relations contractuelles avec des acteurs extérieurs. La pénétration de l'idéologie néomanagériale se traduit par la publication de différents rapports par le Commissariat général du Plan ou par des instances ad hoc, comme la Mission Picq³. Selon ces travaux, l'État doit fixer les objectifs, choisir les dirigeants, évaluer et contrôler les résultats des établissements, qui, en contrepartie, doivent bénéficier d'une autonomie de gestion. L'agence doit répondre aux ob-

¹ De nombreux services ministériels sont ainsi transformés en agences : 21 sont créées en 1991, elles sont plus de 120 en 1998. Aujourd'hui, elles occupent trois quarts des agents de l'État britannique.

² Circulaire du 23 février 1989 sur le renouveau du service public.

³ Le rapport de la commission « Efficacité de l'État », présidée par François de Closets dans le cadre du 10e Plan (1989), le rapport de la commission « État, administration et services publics de l'an 2000 » du 11e Plan, que préside Christian Blanc (Commissariat général du Plan, 1993), et le rapport de la Commission Picq (Picq, 1995) esquissent les contours d'un État « fort et efficace » accordant une place de choix aux agences. Voir aussi le rapport des élèves de l'ENA (1994) dans le cadre d'un séminaire sur le travail gouvernemental.

jectifs du « nouveau service public » : efficacité, réactivité, flexibilité financière, mobilisation du personnel, meilleur service aux usagers. Elle doit aussi rendre plus visible une politique publique en isolant ses moyens. À bonne distance de l'administration, elle doit enfin renforcer la neutralité et la crédibilité des décisions. Ces principes s'expriment dans la circulaire Juppé de juillet 1995 ayant pour but de « changer l'État central » en distinguant les fonctions de régulation (prévoir, analyser, concevoir, légiférer et évaluer) des fonctions d'opérateurs (gérer, appliquer les réglementations, servir des prestations)¹.

1.3. Ouverture de l'administration sanitaire

Ce contexte favorise la création des agences sanitaires françaises. L'enjeu est de transformer en agences des services d'administrations centrales. C'est ce qu'attestent les cas du médicament et de l'alimentation. À la fin des années 1980, la création d'une agence du médicament est envisagée pour remplacer une Direction de la pharmacie et du médicament (DPHM) à bout de souffle (Urfalino, 2000). Elle doit réformer un système d'autorisation de mise sur le marché jugé peu efficace et un système de prix administrés limitant les profits des firmes et décourageant la recherche thérapeutique. Il s'agit de contourner les contraintes de l'administration, d'obtenir des conditions de gestion et de recrutement plus souples, d'accroître les capacités d'évaluation en augmentant les redevances payées par les firmes et de réduire les délais d'autorisation de mise sur le marché. En scellant l'échec de la délégation de fonctions techniques à des associations, l'affaire du sang contaminé apporte une justification ultime à la création d'une agence, conçue comme un mode de délégation plus efficace et plus transparent. De la même façon, au moment de la crise de la vache folle, les projets de réorganisation des administrations chargées de la sécurité des aliments rencontrent le souci de réforme d'Alain Juppé et du Commissariat à la réforme de l'État. Différentes solutions sont proposées, comme la fusion des directions de différents ministères en charge de la sécurité alimentaire, avant que soit finalement décidée l'externalisation de leurs organismes d'expertise et de recherche dans une nouvelle agence. Comme dans beaucoup d'autres domaines, l'agence apparaît comme la solution institutionnelle légitime pour la réorganisation de l'administration sanitaire.

Et les agences semblent bien garantir certains des avantages mis en avant par les théories néomanagériales. Elles disposent d'une souplesse de gestion (ressources propres, ressources affectées, fonds de roulement) et d'une latitude dans la rémunération et la gestion de leur personnel. Elles permettent à l'État de réinvestir le champ sanitaire tout en préservant l'autonomie des professions de santé. Elles renforcent les capacités d'expertise de l'administration tout en garantissant son indépendance vis-à-vis des intérêts économiques et politiques. Elles clarifient les responsabilités et permettent d'adosser les décisions politiques à des procédures scientifiques. Réactives, les agences ont permis

¹ Ces principes continuent de se propager en France à la fin des années 1990 et inspirent des réflexions sur les établissements publics nationaux (Rochet, 2002 ; IGPDE, 2003).

une gestion rapide d'alertes et de crises. Selon leurs avocats, elles ont renforcé la confiance de l'opinion dans la capacité de l'État à répondre aux enjeux de santé publique et apparaissent ainsi comme le symbole d'un « *risorgimento* » de la santé publique (ENA, 1998 ; ENA, 2003 ; Tabuteau, 2004).

1.4. Regain bureaucratique

Mais au-delà de cette vision irénique, le processus est en fait paradoxal. La création d'agences sanitaires n'aboutit pas à la désagrégation initialement prévue des administrations centrales en faveur de structures autonomes. Elle donne plutôt naissance à ce que l'on peut appeler des *bureaucraties de second rang*, dont le pilotage s'avère complexe. Ces nouvelles bureaucraties peuvent être définies comme des ensembles administratifs relativement autonomes par rapport à leur tutelle mais reproduisant plus loin les caractéristiques formelles de l'administration. Le renforcement de ces structures illustre un processus que l'on peut qualifier, en termes néo-wébériens, de *bureaucratization par les marges*.

Loin de déplacer les compétences de l'État hors de l'administration, la création d'agences sanitaires illustre en premier lieu une reprise en main par l'administration d'activités jusqu'alors déléguées à des acteurs privés. Les agences favorisent l'absorption d'associations, nombreuses dans le secteur sanitaire. L'EFG créé en 1994 résulte par exemple de l'intégration de l'association France-Transplant. Ce mouvement se poursuit après la création des premières agences, dont l'appartenance administrative se précise. En matière d'évaluation médicale, l'Andem, d'abord créée sous forme d'association proche de la profession médicale, est ainsi transformée dès 1997 en un établissement public, sous le nom d'Anaes.

En deuxième lieu, dans la plupart des cas, la création d'agences n'externalise aucune fonction de mise en oeuvre jusqu'alors assumée par une administration centrale. L'Agence du médicament est la seule à reprendre les missions d'une direction d'administration. Les autres agences sont dotées de simples pouvoirs d'expertise, au nom du principe de séparation entre évaluation et gestion des risques. La création des agences s'est du reste systématiquement heurtée à la résistance active des administrations et des ministères, qui ont refusé d'être démantelés. En 1993, la ministre de la Santé Simone Veil a par exemple cherché à retirer au directeur de l'Agence du médicament le pouvoir de signer les autorisations de mise sur le marché des médicaments. Les sénateurs s'y sont opposés et un compromis a été trouvé par la définition d'un pouvoir d'évocation, permettant au ministre de suspendre une décision du directeur de l'agence en cas de danger grave pour la santé publique (Urfalino, 2000). De même, après d'intenses débats mettant en évidence les réticences des ministères de l'Agriculture et de la Consommation, l'Afssa a vu ses missions réduites à la formulation d'avis et de recommandations, préservant les attributions ministérielles en matière de gestion des risques (Clergeau, 2000).

L'Afssse elle-même ne s'est substituée à aucun organisme et les missions de l'IRSN et de l'Autorité de sûreté nucléaire ont donné lieu à d'après discussions entre ministères.

En troisième lieu, la plupart des agences ont rapidement pris la forme d'organismes bureaucratiques. Leur création s'est accompagnée d'une croissance de moyens sans mesure avec celle des administrations traditionnelles. Après une crise sanitaire, la création d'agences apparaît comme un geste politique fort, destiné à rendre visible une activité insuffisamment dotée, dont les moyens sont renforcés. Alors que la DPHM n'employait que 80 personnes, l'Agence du médicament en comptait 400 en 1994, et l'Afssaps, qui lui succède en 1998, en comptait plus de 900 en 2004. L'Afssa s'est dotée d'une nouvelle direction d'une soixantaine de personnes qui s'ajoute aux 600 personnes des établissements de recherche qu'elle a absorbés. Plus généralement, les effectifs budgétaires des agences sanitaires sont passés de 1553 en 1997 à 10 638 en 2000 et leurs ressources financières ont été multipliées par cinq au cours de la même période ([Cour des comptes, 2000](#)). Les agences ont en outre été amenées à renforcer leurs structures administratives et à mettre en place de lourdes procédures de gestion.

Enfin, la création d'agences suscite des procédures de contrôle et d'audit, qui renforcent leur intégration administrative. Leur autonomie les expose à des contrôles fréquents de la part des corps de contrôle et d'inspection de l'État ou de missions parlementaires¹. Les agences développent par ailleurs leur propre activité de contrôle. L'Agence du médicament s'est ainsi dotée d'un corps chargé d'inspecter des établissements pharmaceutiques fabriquant, important ou exportant des médicaments. Dans le cadre de l'accréditation des hôpitaux, l'Anaes a recruté 800 « experts-visiteurs », tandis que des agences comme l'Afssa ou l'Afssse mobilisent les corps de contrôle de leurs tutelles.

Dès lors, les relations entre le ministère de la Santé et ces bureaucraties de second rang posent problème. La Direction générale de la Santé (DGS) maîtrise mal le pilotage du dispositif². L'exercice d'une tutelle stratégique s'est heurté à l'insuffisance de ses moyens (300 personnes) pour suivre l'activité des agences et élaborer une politique de santé coordonnée. Les instruments de

¹ Au début des années 1990, certaines agences soulignaient une surfréquentation de leurs services par les corps de contrôle ([ENA, 1994](#), p. 25). À plusieurs reprises, la Cour des comptes s'est penchée sur le dispositif des agences sanitaires (loi de financement de la sécurité sociale 2000 et 2002). En outre, les lois de 1998 et de 2001 à l'origine de la création des agences ont explicitement prévu des évaluations de la part du gouvernement et de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques.

² Réformée en 2000, la DGS a cherché à passer d'une culture de gestion à une culture d'animation et d'orientation stratégique des agences et des services déconcentrés. Pourtant, il manque une véritable coordination institutionnelle entre agences par l'autorité de tutelle : le CNSS a préféré la réflexion méthodologique au suivi des agences et à la gestion des crises, et le bureau « services déconcentrés et agences » n'exerce ses fonctions que dans des domaines éloignés comme la communication ou les relations internationales.

contractualisation (lettres de mission, contrats d'objectifs et de moyens) sont encore rares (Cour des comptes, 2000 ; Cour des comptes, 2004). Dans ces conditions, les circuits de décision se complexifient. Les administrations de tutelle sont écartées par des relations directes entre les agences et les cabinets ministériels. L'exercice du pilotage est encore plus complexe lorsque l'agence est placée sous la tutelle de plusieurs ministères : c'est le cas de l'Afssa, dont les avis s'insèrent dans un jeu confus entre l'agence et ses trois ministères de tutelle, jeu qui favorise les concurrences institutionnelles en situation de crise et rend problématique la définition des prérogatives de chacun (Besançon et al., 2004). Dans un autre domaine, l'épisode de canicule en 2003 a démontré l'absence de partage clair des responsabilités entre une agence sanitaire et le ministère de la Santé.

Au total, la création d'agences sanitaires a des conséquences paradoxales sur l'administration de la santé. Constituant des niveaux de décision supplémentaires, elles renforcent une *bureaucratie périphérique*, dont les rouages se révèlent d'une grande complexité. Les agences ne rapprochent pas toujours les décisions des citoyens ; elles accroissent l'opacité des circuits de décision, dont la lisibilité devient ardue pour les acteurs eux-mêmes. Enfin, la multiplication d'instances autonomes exige de nouveaux contrôles. Des corps et des procédures d'audit renforcent l'intégration de cette bureaucratie de second rang au reste de l'administration, au point que l'on peut parler, comme dans le cas britannique, de « rewébérianisation » de l'administration (Hood et al., 1999).

2. Expertise démocratique ou bureaucratie technique ?

Depuis les années 1970, les relations entre science et société ont également été l'objet d'importantes transformations. L'organisation et le rôle de la science dans la prise de décision ont été remis en question et le modèle d'une expertise « confinée », insérée dans l'appareil d'État, accusée de partialité envers des intérêts politiques ou économiques a été fortement contesté. L'exigence d'une expertise moins technocratique, plus transparente et indépendante, et ouverte au débat citoyen s'est faite plus pressante. Ces débats ont nourri les réflexions sur les agences sanitaires : ces dernières sont ainsi devenues les lieux d'expérimentation de nouveaux principes de « bonne expertise » et les instruments d'une meilleure articulation entre science et action publique à travers la mise en oeuvre d'une expertise procédurale. Pourtant, celle-ci a des effets paradoxaux, pouvant conduire à une nouvelle forme de technocratie.

2.1. Ouverture de l'expertise scientifique

Jusque dans les années 1960, la science était considérée comme un facteur essentiel de progrès économique et social. À une époque d'ascension des techni-

ciens, des cadres et des ingénieurs, l'État se faisait entrepreneur de science et créait ses organismes de recherche. La science, à travers le recours à l'expertise, devait être au fondement de décisions rationnelles. Représentée par des ingénieurs-fonctionnaires et des scientifiques en relation directe et personnalisée avec les décideurs, enclavée dans l'appareil administratif, elle apparaissait comme une source d'innovation et de progrès matériel et social autant que de modernisation nationale (Restier-Melleray, 1990).

À la fin des années 1960, ce modèle est remis en cause. Les usages sociaux de la science sont contestés et de nouvelles formes d'expertise invoquées. Dans un contexte de critique sociale, philosophes et sociologues dénoncent un fonctionnement politique technocratique et appellent à la démocratisation des choix scientifiques et technologiques. Jürgen Habermas (Habermas, 1973) en particulier critique l'essor d'une rationalité instrumentale faisant du savoir technique de l'expert le seul fondement de la décision et de l'action, au détriment de la délibération collective. Des mouvements sociaux, comme les mouvements écologistes ou anti-nucléaires des années 1970, remettent en question les choix scientifiques effectués d'une manière jugée opaque (Nelkin et Pollak, 1981). Plusieurs catastrophes technologiques fragilisent le modèle traditionnel de relations entre la science, l'État et la société. Ulrich Beck (Beck, 2001) décrit l'émergence d'une « société du risque » où la modernisation et la science sont elles-mêmes à l'origine de nouveaux risques, de situations globales de menaces, imperceptibles, difficilement quantifiables et dont la prolifération est rendue plus aisée par la globalisation des circuits économiques, des échanges commerciaux et des moyens de transports. Dès lors, la science ne paraît plus infaillible et les nouvelles menaces nécessitent la définition concertée d'un niveau de risque acceptable ainsi que la mise en place de procédures incluant des acteurs périphériques, comme les mouvements associatifs. La multiplication des crises sanitaires dans les années 1990 renforce la défiance vis-à-vis des institutions chargées de la régulation des risques et rend d'autant plus nécessaire davantage de transparence et d'information sur les incertitudes et les controverses scientifiques, sur les choix technologiques et leurs conséquences. Face à ces défis, de nouvelles méthodes d'expertise sont expérimentées. Les agences étrangères, en particulier les agences sanitaires américaines comme la Food and Drug Administration (FDA), les Center for Disease Control (CDC) ou l'Environmental Protection Agency fournissent de puissants modèles¹. Les procédures de Technology Assessment sont introduites dès les

¹ En 1987, une mission d'étude aux États-Unis du directeur général de la Santé a conduit à la prise de conscience de la nécessité de disposer en France d'un dispositif de surveillance et d'alerte similaire aux CDC (Girard, 2002). De même, lors de la création de l'Agence du médicament en 1993, la FDA est apparue comme « l'archétype des agences sanitaires » (Tabuteau, 1997). Lors des réflexions autour de la réforme du dispositif de veille et de sécurité sanitaire en 1996-1997, son modèle d'organisation a été à nouveau évoqué, comme en témoignent les missions d'études aux États-Unis de personnalités du monde de la santé et de parlementaires impliqués dans la création de nouvelles agences de sécurité sanitaire (Huriet et Descours, 1997).

années 1970 pour évaluer les orientations technologiques à partir de débats publics et contradictoires, dans la tradition de l'*advocacy*. Les instances de régulation sont réformées pour garantir un meilleur recours à l'expertise scientifique (NRC, 1983 ; Jasanoff, 1990). Au niveau européen, la forme agence, longtemps ignorée parce que les traités fondateurs ne permettaient pas de créer des organismes administratifs relativement indépendants, est promue par la Commission européenne dans les années 1990 comme un outil d'expertise et un instrument d'information et de gestion de réseaux transnationaux, plus indépendant, transparent et capable de rendre des comptes (Majone, 1996 ; Kreher, 1997). Huit nouvelles agences sont créées en 1993, dont plusieurs dans le domaine sanitaire¹. Elles constituent un motif supplémentaire pour la mise en place de structures équivalentes en France². La Commission européenne réforme ses dispositifs d'expertise en 1997 en affichant des principes d'indépendance, de transparence et d'excellence de l'expertise, ainsi que de séparation de l'évaluation et de la gestion des risques (Commission européenne, 2001). Elle s'engage sur la voie de création de nouvelles agences au niveau communautaire (Autorité de sécurité des aliments en 2001, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies en 2004).

2.2. Les agences et la nouvelle expertise scientifique

En France, les propositions de réforme de l'expertise se multiplient, sans toujours converger (Granjou, 2003 ; Joly, 2005). Appelant à l'ouverture d'espaces de délibération, une première option vise la constitution de « forums hybrides » permettant la confrontation et la définition de compromis entre intérêts et arguments contradictoires. Ce modèle conteste la supériorité du discours scientifique et légitime la participation de tous les acteurs concernés et des profanes à l'expertise (Callon et Rip, 1992 ; Callon et al., 2001). D'autres options préconisent une clarification des rôles et une séparation forte entre science et politique. Philippe Roqueplo (Roqueplo, 1996) propose un modèle d'expertise conçue comme un effort d'objectivation. Contrairement au chercheur, l'expert fournit une connaissance intégrée aux processus de décision. Ses biais subjectifs rendent alors indispensable une expertise collective afin d'élaborer une « connaissance raisonnable aussi objectivement fondée que possible ». Cette conception ouvre un champ de réflexion sur la définition de bonnes procédures d'expertise scientifique s'inspirant de l'expertise judiciaire : l'expertise doit être collective, contradictoire, transparente pour les citoyens, attentive aux avis minoritaires et indépendante des intérêts économiques et politiques (Hermitte, 1997 ; Joly, 1999). Elle pourrait être organisée

¹ Comme l'Agence européenne du médicament (1995), l'Agence européenne environnementale (1994), l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (1996) ou l'Agence européenne de sécurité et de santé au travail (1997).

² Le projet de constitution d'une Agence européenne du médicament a ainsi fortement incité à la création de l'agence française en 1993 (Urfalino, 2000). En retour, la création de l'Afsa influencera fortement la mise en place de l'Autorité européenne de sécurité des aliments en 2001.

dans les organismes de recherche (Roqueplo, 1996) ou dans des agences spécialisées (Hermitte, 1998 ; Kourilsky et Viney, 2000).

C'est ce second modèle d'expertise qui est finalement progressivement mis en place dans les agences sanitaires. Celles-ci définissent de nouvelles modalités d'articulation entre experts et décideurs et de nouvelles procédures d'organisation et de fonctionnement de l'expertise. Formalisant les principes de la sécurité sanitaire, D. Tabuteau (Tabuteau, 1994) insiste sur la séparation des fonctions d'expert, de décideur et de gestionnaire et sur l'impartialité et la transparence des agences¹. Il s'agit de préciser les responsabilités de chacun, de mettre en place une expertise externe aux administrations fondée sur le recours à des comités d'experts académiques, de garantir l'indépendance des avis scientifiques et la transparence des décisions par l'instauration de procédures telles que les déclarations publiques d'intérêts des experts ou la publicité des avis et des décisions rendues. Les agences sanitaires deviennent le cadre d'élaboration et d'expérimentation de ces nouveaux principes de « bonne expertise ». L'Agence du médicament inaugure la pratique de déclaration publique d'intérêts et crée en 1997 une cellule de veille déontologique. Cette exigence est ensuite étendue à l'ensemble des commissions travaillant pour le ministère de la Santé par les lois du 1er juillet 1998 et du 4 mars 2002. De même, l'Afssa rationalise l'expertise dans le domaine alimentaire en définissant de multiples procédures d'organisation du processus d'évaluation des risques, de composition et de gestion des comités d'experts, de publicité des avis, de relations avec l'administration ou les professionnels. L'expertise doit être collégiale et indépendante des intérêts politiques et économiques. Un processus d'expertise est formalisé par une politique qualité, qui vise à identifier et maîtriser les différents points critiques dans le processus d'évaluation. Des procédures administratives et scientifiques (modèles d'ordre du jour, de compte rendu de comité, de nomination des experts, de rapports...) sont définies. Les avis scientifiques eux-mêmes doivent être rédigés selon un modèle emprunté au domaine juridique, présentant l'argumentation sous forme de considérants. Un tel système a pour objectif d'assurer la qualité et la traçabilité du produit de l'expertise depuis la saisine de l'agence jusqu'à la publication de l'avis. Il est gage de transparence, tout comme la publication systématique des avis préalablement à la décision politique. De tels principes d'expertise procédurale sont également adoptés par d'autres agences comme l'InVS ou

¹ En 2002, dans la réédition de son ouvrage *La sécurité sanitaire*, D. Tabuteau définit quatre principes autour desquels s'est structurée la notion de sécurité sanitaire : connaissance et évaluation des bénéfices et des risques, précaution, impartialité et séparation des enjeux sanitaires et des considérations économiques, transparence de l'évaluation et de la gestion des risques.

l'Afssa et contribuent à diffuser de nouvelles modalités de relations entre science et société¹.

2.3. De la procédure à la technocratie

Pourtant, l'ouverture de la science et de l'expertise reste toute relative. À titre d'exemple, l'examen approfondi du dispositif d'expertise d'une agence comme l'Afssa montre comment une procéduralisation de l'expertise peut conduire à des effets paradoxaux.

Au-delà des principes affichés, l'organisation et le fonctionnement concret des dispositifs d'expertise se caractérisent par la persistance de fragilités, d'incertitudes et de zones d'opacité (Besançon, 2004b). Plusieurs éléments du fonctionnement des comités d'experts (composition des comités, charge de travail, style de présidence...) limitent les bénéfices attendus d'une expertise collégiale. Le caractère contradictoire de l'expertise est affaibli par la composition exclusivement académique des comités et la recherche systématique du consensus d'experts, qui gêne l'expression des divergences et des avis minoritaires. L'application dans la pratique du principe d'indépendance des experts et des agences envers l'administration ou les acteurs économiques s'avère imparfaite. Et si, par rapport à l'expertise personnalisée et confidentielle des cabinets ministériels et des services administratifs, l'agence garantit une plus grande transparence à travers la traçabilité et à la publication des avis, le processus mis en place crée aussi de nouvelles zones d'opacité. La division du travail entre experts externes et personnels de l'agence est à cet égard ambiguë : une agence comme l'Afssa n'a pas clairement défini le statut de son expertise interne, qui en pratique se substitue dans certains cas à la consultation des comités d'experts externes. Une forte incertitude réside également dans l'articulation entre l'avis du comité d'experts et l'avis de l'agence : les textes attribuent au directeur général de l'Afssa la responsabilité d'émettre les avis et l'autorisent à interpréter ou à modifier l'avis des comités d'experts ou à proposer des avis ou recommandations complémentaires. Le directeur général a utilisé cette possibilité à plusieurs reprises de façon à préciser ou à compléter des avis d'experts. Cette pratique est mal perçue par les administrations de tutelle de l'agence qui considèrent plus légitime un avis du comité d'experts, comme par les experts eux-mêmes, lorsque les modifications ou les ajouts modifient le sens de l'avis. Au concret, l'observation de la production des avis scientifiques de l'agence dévoile ainsi des circuits de décision complexes qui échappent à la transparence affichée par le système qualité².

¹ L'Afssa s'est beaucoup investie dans l'élaboration de son système qualité et a piloté un groupe de travail de l'Afnor visant à définir la norme NF X50-110. « Qualité en expertise – Prescriptions générales de compétence pour une expertise », qui a pour objectif d'améliorer la maîtrise des points clés de l'expertise et de permettre une reconnaissance de la capacité d'un organisme quelconque à conduire des expertises.

² Cette impression peut être renforcée par le fait que le rapport d'évaluation rendu par les experts-rapporteurs et le compte rendu des débats des commissions ne sont pas rendus publics. Seul le produit final, l'avis de l'agence, est publié sur le site internet de l'Afssa.

En second lieu, la définition et la mise en place de procédures ne se sont pas accompagnées d'une véritable ouverture de l'expertise à de nouveaux acteurs. Celle-ci est restée réservée aux scientifiques et aux initiés. Comme les autres agences, l'Afssa a contrôlé les relations avec son environnement administratif, économique et politique et a encadré la participation à l'expertise des représentants des administrations, des professionnels ou des consommateurs en essayant de limiter toute interférence avec le travail scientifique¹. Elle a choisi un modèle d'expertise « confinée » (Callon et al., 2001), laissant une faible place à la contradiction, à l'expression des intérêts politiques ou socio-économiques ou aux profanes. Les dispositifs d'expertise instaurés, tout en étant plus transparents, ne sont ainsi pas plus ouverts. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit la tenue d'auditions publiques dans les agences de sécurité sanitaire. Les experts et les représentants de la société civile sont supposés y être auditionnés devant le public et les médias. Si l'Afssa a organisé des conférences de presse pour présenter ses travaux, elle ne s'est pas engagée dans l'organisation de telles auditions.

Plus généralement, les tentatives de mise en oeuvre par les pouvoirs publics de formes d'expertise plus démocratiques (comme la conférence de consensus sur les OGM en 1998 ou les États généraux de l'alimentation en 2000) n'ont eu que peu d'impact sur la prise de décision politique (Joly et Marris, 2003). La consultation d'experts socio-économiques comme de parties intéressées par les décisions de sécurité alimentaire n'a pas non plus été organisée. L'évaluation des enjeux politiques, économiques et sociaux, nécessaire à une évaluation des bénéfices et des risques, des coûts et des avantages, se fait de manière implicite par les experts scientifiques ou par le personnel des agences ou est laissée aux services administratifs ou aux décideurs en relation directe avec les acteurs économiques et sociaux, sans véritable formalisation (Noiville, 2003).

L'examen du cas de l'Afssa illustre la manière dont les agences sanitaires ont rationalisé l'expertise scientifique afin d'asseoir les décisions sur des avis d'experts, dont on attend une réduction des incertitudes et un état de la science fondé sur un examen objectif des faits. Ce type d'expertise fonctionne dans le cadre d'une conception rationnelle et technocratique de la décision, proche du modèle rationnel-légal wébérien, critiqué depuis les années 1970 (Restier-Melleray, 1990). Certes, par la publicité de leurs avis, les agences rendent l'expertise scientifique plus transparente, et peuvent de ce fait favoriser des débats autour d'enjeux scientifiques. Mais elles apparaissent aussi comme les sources d'une nouvelle forme d'expertise officielle, perçue comme d'autant

¹ Les représentants des acteurs économiques ou des associations peuvent être consultés ou auditionnés, à la demande de l'agence, ou dans certains cas participer à des groupes de travail dont l'objectif ne porte pas sur des questions d'évaluation de risque. Dans tous les cas, l'agence recherche le plus grand cloisonnement entre enjeux scientifiques et extrascientifiques.

plus légitime qu'elle peut se prévaloir du respect formel de procédures explicites et de la mise à distance de l'administration et des acteurs économiques et sociaux. Les réflexions autour de l'utilisation concertée du principe de précaution ou de l'organisation d'un « deuxième cercle » d'expertise plus ouvert (Kourilsky et Viney, 2000) sont restées lettres mortes. Loin de favoriser une évolution vers la « démocratie sanitaire », le modèle d'expertise procédurale adopté par les agences renforce une expertise technocratique, dont on peut craindre la routinisation. Soucieuses de respecter des exigences formelles, les agences pourraient transformer le moyen en fin et voir la procédure initialement conçue comme garantie de transparence se muer en conformité formelle à des standards. L'exigence procédurale se transformerait en exercice procédurier, aux dépens des soucis démocratiques initialement visés.

L'ouverture de l'expertise scientifique aboutit ainsi à un surcroît de procéduralisation, dont les effets concrets s'avèrent contraires aux objectifs initialement poursuivis. L'exigence d'ouverture et de démocratisation de l'expertise conduit à une multiplication de procédures, qui détériore la lisibilité et le contrôle démocratique des décisions. L'ouverture engagée dans les années 1970 semble se solder par de nouvelles rigidités. Une troisième évolution paradoxale, de nature professionnelle, se greffe sur les deux premières, relatives à l'administration et à l'expertise scientifique.

3. Le redéploiement médical de la santé publique

La création des agences résulte de transformations de la médecine intervenues dans un contexte d'érosion de l'ancien modèle clinique, hérité du XIX^e siècle. Dans les années 1970, alors que la division du travail se poursuit au sein de la profession, des critiques externes remettent en cause la légitimité même de la médecine à intervenir de manière exclusive dans certains domaines. La santé publique est pensée par ses promoteurs comme une alternative politique souhaitable à l'emprise du pouvoir médical sur les questions de santé et comme une réponse aux critiques adressées au modèle de soins français, dont le caractère presque exclusivement curatif est stigmatisé (Morelle, 1996). Les agences sanitaires sont impliquées dans cette redistribution professionnelle : elles traduisent un renforcement de la santé publique aux dépens de la clinique ou de l'alliance entre médecine et sciences fondamentales scellée à la fin des années 1950. Mais cette dynamique s'avère elle aussi paradoxale. Alors que la santé publique échappe au monde médical dans de nombreux pays, et qu'elle avait initialement été pensée en France comme une alternative au monopole médical, sa médicalisation est progressivement consacrée au cours des années 1980. Les redéfinitions conceptuelles et institutionnelles de la « santé publique » puis de la « sécurité sanitaire » favorisent une extension de la juridiction médicale (Abbott, 1988) à un ensemble de nouveaux problèmes, qui ne relevaient pas jusqu'alors de la médecine. Non sans logique, la création d'agences

est initialement appréhendée avec scepticisme par la profession, qui y voit un instrument de reprise en main par l'État des questions sanitaires dont elle avait jusqu'alors la délégation. Mais ces nouvelles institutions sont aussi rapidement investies par une nouvelle génération de médecins dont certains ont été spécifiquement formés à la santé publique. D'abord pensées comme les avant-postes d'une ouverture de la médecine à la santé publique, les agences se révèlent les bastions de nouveaux segments professionnels à même de redéployer la profession médicale vers de nouveaux domaines.

3.1. Renouvellements de la médecine

Dans les années 1970, l'essor de la santé publique est associé à une remise en cause politique, sociale et économique de l'autonomie de la profession médicale. Les promoteurs de la santé publique remettent en cause la prédominance du modèle curatif qui a servi de fondement à la constitution historique de la profession médicale en France. Associée à la gauche jusqu'au seuil des années 1980, la santé publique apparaît comme une alternative tout à la fois politique et sanitaire (Gremy et Pissaro, 1982 ; Goldberg, 1982). Sa place se renforce à la faveur d'un consensus ultérieur, lié à plusieurs évolutions. L'importance sociale de l'épidémie de sida favorise un consensus politique, dans un contexte où l'affaire du sang contaminé atteint la légitimité de la profession. Cette dernière est également mise en cause par des débats sur l'« éthique » qui illustrent le refus de déléguer tacitement des choix personnels aux médecins. Enfin, les difficultés économiques de l'assurance maladie légitiment un contrôle plus étroit de la profession (Benamouzig, 2000). De sorte que les médecins sont invités à rendre des comptes à un nombre croissant d'acteurs, publics ou privés, institutionnels ou non. Sensibles à ces évolutions, certains médecins explorent les nouvelles frontières de la profession en s'intéressant au nom de la santé publique à des domaines comme l'épidémiologie, l'éthique médicale, le droit ou l'économie de la santé (Benamouzig, 2000 ; Robelet, 2002 ; Buton et al., 2003).

Outre l'essor de la santé publique, un usage scientifique renouvelé de la quantification favorise une appréhension collective de la maladie au sein de la profession. Après le long règne de la clinique, entamé au XIXe siècle et prolongé en France jusque dans les années 1960, la réforme Debré renforce en 1958 la place des disciplines fondamentales. Elle scelle une alliance entre biologie et médecine, aux dépens de la clinique (Jamous, 1968 ; Gaudillère, 2002). Longtemps gênée par cette dernière, qui se réfère aux cas singuliers, la quantification acquiert une nouvelle place. Dans un contexte international favorable, le rapprochement entre biomédecine et statistiques est promu en France par un petit groupe d'experts travaillant à l'Inserm autour de l'épidémiologiste Daniel Schwartz (Berlivet, 2000). L'essor des biostatistiques touche l'ensemble des spécialités et entraîne de sensibles déplacements au sein de la profession, notamment en termes de génération. L'accès aux postes de professeurs en médecine dépend de manière croissante d'activités de recherche articulées à la

logique des grands nombres. La figure du médecin–chercheur devient indissociable de la maîtrise des biostatistiques et de ce que l’on commence alors à appeler l’*Evidence Based Medicine*, ou médecine fondée sur des preuves quantitatives.

3.2. Institutionnalisation de la santé publique et de l’épidémiologie

Ces transformations inspirent un renforcement académique de la santé publique au cours des années 1980. Contrairement à d’autres pays, la France ne dispose pas de structures de formation systématique en santé publique. Instituée à la Libération pour former les cadres de l’administration sanitaire, l’École nationale de santé publique (ENSP) est installée à Rennes depuis 1962 et forme les médecins inspecteurs de santé publique. Cette formation est orientée vers les métiers administratifs et la gestion du système de santé, plutôt que vers la santé publique. À partir de 1969, l’École de santé publique de Nancy recueille une tradition de médecine sociale. Après la création de formations de troisième cycle universitaire aux intitulés variables (biostatistiques, épidémiologie, économie de la santé, santé publique), la principale innovation des années 1980 est la création de l’internat de médecine en santé publique. Objet d’enjeux idéologiques lors de sa création en 1983, il est supprimé par la droite en 1987 et rétabli par la gauche en 1991. Le consensus qui se dessine à partir de cette période autour de la santé publique lui permet d’asseoir sa légitimité et de diversifier ses débouchés. Il est aujourd’hui la voie d’accès privilégiée à l’exercice médical de la santé publique. Il constitue l’un des éléments de médicalisation de la santé publique¹.

Un autre élément de médicalisation tient à l’essor d’une nouvelle forme d’épidémiologie et à son inscription institutionnelle dans les agences. Alors que le développement historique de l’épidémiologie académique à l’Inserm était le fait de chercheurs valorisant la connaissance plutôt que l’aide à la décision, cette conception est contestée dans les années 1980 par une nouvelle génération de spécialistes, souvent médecins. Ces derniers souhaitent intervenir dans des situations concrètes, pour lesquelles la rigueur des méthodes scientifiques ne convient pas toujours. Un intérêt pour une épidémiologie « de terrain » se constitue en référence à un important précédent américain (Buton et al., 2003). Dès les années 1950, les États-Unis se sont dotés d’un programme de formation en épidémiologie dont la vocation est pragmatique². Dans les CDC, le programme d’Epidemic Intelligence Service (EIS) forme des épidémiologistes de terrain qui essaient aux États-Unis et à l’étranger (Thacker et al.,

¹ Un autre indicateur de la structuration du domaine et de sa médicalisation est la création, à partir de 1984, de postes de professeurs de santé publique dans les facultés de médecine. En 1984, une section du Conseil national des universités est spécifiquement consacrée à la santé publique.

² Selon son fondateur, le Dr Alexander Langmuir, ce programme devait former des professionnels pratiquant une « *shoe leather epidemiology* ». Outre les cours et l’étude des méthodes quantitatives, ce programme inclut des études de cas élaborés à partir d’expériences réelles et la réalisation d’enquêtes de terrain.

1990). Leur influence atteint la France en 1984, lorsque le Professeur Louis Massé, de l'ENSP, et le Docteur Charles Mérieux, de la Fondation Mérieux, s'associent au Docteur Michael Gregg, de l'EIS, pour organiser un séminaire sur l'épidémiologie d'intervention. Les auditeurs adhèrent à la démarche et s'organisent en conséquence : le séminaire est renouvelé chaque année et ses membres constituent l'association EPITER, chargée de promouvoir l'épidémiologie de terrain. Devenue l'une des grandes associations d'épidémiologie, cette dernière compte plus de 500 membres, dont un tiers travaille dans l'administration.

Cette initiative s'articule au développement de la surveillance épidémiologique dans les années 1980, à la faveur du double intérêt de la profession et des pouvoirs publics. Plusieurs initiatives attestent ce phénomène. Le réseau Sentinelles regroupe en 1984 des médecins généralistes assurant le suivi de maladies infectieuses¹. Du côté des pouvoirs publics, les lois de décentralisation favorisent la création d'observatoires régionaux de santé, dont l'activité inclut la surveillance épidémiologique. S'affirment ainsi des circuits dans lesquels des épidémiologistes de terrain jouent un rôle crucial. Dans les années 1990, ces pratiques s'institutionnalisent sous forme d'agences. Constitué d'un centre de coordination situé à Saint-Maurice et d'antennes régionales, le RNSP, créé en 1992 sous la forme d'un GIP associant le ministère de la Santé, l'Inserm et l'ENSP, s'appuie sur des compétences déjà existantes dans l'administration et dans la profession. En 1998, la création de l'InVS en renforce l'autonomie et les moyens. Des médecins épidémiologistes sont appelés à diriger non seulement ces structures mais la direction générale de la Santé elle-même². De la même façon, on assiste dans les années 1980 et 1990 à la progressive institutionnalisation de l'évaluation médicale, grâce à l'action de médecins qui, à la marge du champ médical, portent un regard critique sur leur pratique, intègrent à côté du « colloque singulier » la dimension collective de l'exercice médical et des considérations de santé publique et développent de nouvelles compétences et disciplines. L'Andem puis l'Anaes représentent des débouchés institutionnels pour ces derniers (Robelet, 2002).

3.3. Redéploiement médical

D'une manière plus générale, la croissance des moyens mis à la disposition des agences a favorisé le recrutement d'un grand nombre de professionnels de santé disposant d'une formation ou d'une expertise en santé publique. Ces professionnels travaillent à la frontière de la médecine et de l'administration. Leur importance au sein de la profession s'accroît au fur et à mesure que les

¹ Composé de quelque 500 médecins généralistes situés dans l'ensemble du territoire, le réseau Sentinelles enregistre les cas de grippe, d'oreillons ou de rougeoles et permet de suivre l'évolution des épidémies.

² C'est par exemple le cas d'épidémiologistes comme Lucien Abenhaim ou William Dab, qui deviendront directeurs généraux de la Santé, ou de Jacques Drucker et Gilles Brucker, qui dirigeront quant à eux le RNSP, puis l'InVS.

décisions prises par les agences s'appliquent au reste de la profession. La problématique des risques se répercute par exemple sur les pratiques médicales, en milieu libéral, où les primes d'assurances seront bientôt conditionnées au respect de normes définies par l'Anaes, comme en milieu hospitalier, où les établissements doivent respecter des normes d'accréditation formulées par cette agence, en fonction de risques identifiés et quantifiés par d'autres agences. Progressivement, les agences contribuent à un déploiement des professionnels de santé publique et des raisonnements qu'ils mettent en oeuvre à de nouveaux secteurs, depuis le médicament jusqu'à l'alimentation ou l'environnement. Les problématiques sanitaires confèrent une place prépondérante aux médecins, d'autant plus assurément que la santé publique a préalablement été l'objet d'une médicalisation. L'ouverture qu'a constituée pour la médecine l'essor de la santé publique prend donc deux sens bien différents : il s'agit à la fois d'une ouverture *à* de nouvelles approches, notamment à la santé publique et à de nouveaux usages de la quantification, mais aussi d'une ouverture *vers* de nouveaux secteurs. Les agences favorisent un redéploiement de la juridiction médicale au nom d'une contestation initiale de son autonomie. Formellement, cette dynamique s'apparente à celles qui ont été décrites à propos de l'administration et de l'expertise scientifique. Dans les trois cas, le souci d'ouverture des dernières décennies aboutit à des effets paradoxaux, qui renouvellent l'exigence d'une réflexion sur le caractère « démocratique » ou « libéral » de ces institutions.

4. Conclusion

Si les agences sanitaires sont le produit d'une ouverture des trois espaces de l'administration, de la science et de la médecine, sous l'effet de la recherche d'une plus grande efficacité administrative et des théories de la nouvelle gestion publique, d'une exigence d'indépendance et de transparence de l'expertise scientifique et du développement de la santé publique, ces évolutions semblent conduire à la constitution paradoxale d'une bureaucratie de second rang, chargée de l'organisation d'une nouvelle forme d'expertise technocratique, souvent pilotée par de nouveaux médecins. Une telle évolution présente des risques non seulement techniques mais également politiques.

Elle pourrait d'abord compromettre l'efficacité et la réactivité des agences. La crise de la canicule à l'été 2003 a montré les insuffisances d'un système de prévention, d'alerte et de gestion de crise caractérisé par son manque de coordination et son cloisonnement. De nombreuses réflexions en cours visent à restructurer ce système. Le nombre, la taille, le périmètre de compétence, les conditions de financement, l'identification de la tutelle ou le degré d'autonomie des agences sont autant d'objets d'interrogations.

Au-delà de leur efficacité, ces institutions soulèvent des questions politiques, moins souvent formulées. Là où les agences devaient réduire la bureaucratie,

elles élargissent son périmètre et renforcent ses structures, en constituant un espace intermédiaire où apparaissent des tensions entre tutelles et bureaucraties de second rang. Cet agencement recompose singulièrement l'équilibre des pouvoirs politiques et administratifs. La comparaison avec le cas britannique est ici éclairante. Dans le cadre parlementaire britannique, les ministres exerçaient la responsabilité politique tandis que les fonctionnaires étaient apolitiques (slogan « *yes minister* »). Or les agences ont transformé cette relation : nommés dans le cadre de contrats explicites, les directeurs d'agences sont devenus responsables d'une politique publique. Un principe d'obéissance contractuelle a remplacé le principe de loyauté implicite, faisant glisser l'exercice politique des fonctions ministérielles contrôlées par le Parlement vers les agences. La situation en France est moins pure. L'exercice politique fait l'objet d'un moindre contrôle parlementaire et le mandat des directeurs d'agence est bien moins clairement défini qu'en Grande-Bretagne. La place des agences dans le système démocratique ne s'en pose qu'avec plus d'acuité. De fait, les dirigeants du système de sécurité sanitaire disposent de pouvoirs importants, particulièrement en cas de crise. Ces pouvoirs sont d'autant plus significatifs que les responsables politiques répugnent à s'immiscer dans des domaines réputés techniques, dans lesquels leur responsabilité peut être engagée pénalement. L'autonomie des agences confère à leur dirigeant un pouvoir politique, tout en les maintenant dans un cadre administratif. De ce fait, leur légitimité politique reste indéterminée. Malgré les références à la « démocratie sanitaire », d'ailleurs plus souvent pensée en termes de participation que de représentation, la question de savoir jusqu'à quel point ces responsables exercent une fonction politique reste non explicitée, ni a fortiori articulée aux principes de la représentation et de la responsabilité démocratique.

La création récente de la Haute Autorité de santé, « autorité publique indépendante à caractère scientifique » installée au début de l'année 2005, accentue cette impression : poursuivant et approfondissant les traditionnelles missions de certification de la qualité des actes, des produits ou des établissements de santé auparavant confiées à l'Anaes, elle acquiert aussi la responsabilité d'émettre des avis et recommandations sur le niveau souhaitable de remboursement des services de santé par l'assurance maladie obligatoire. Ces avis, au caractère intrinsèquement politique, « revêtent un caractère définitif et, à ce titre, ne peuvent faire l'objet d'un réexamen par une autre instance »¹. Des décisions politiques risquent ainsi d'être prises comme si elles étaient des décisions techniques, non par des responsables politiques ou des instances paritaires, mais par des comités d'experts ou des personnalités ne rendant compte

¹ « La Haute Autorité de santé, Principes fondateurs, rôle, missions et organisations », dossier de presse, 26 janvier 2005, pp. 5-6.

qu'à leur propre compétence¹. Exerçant à plein temps, de manière exclusive et dans le respect d'une déontologie explicite, ces experts sont mis à l'abri des conflits d'intérêt. Mais ils sont par le même geste déchargés de toute responsabilité politique explicite, a fortiori de toute responsabilité démocratique². Qu'on la considère du point de vue de l'administration, de la médecine ou de la science, la Haute Autorité de santé se trouve dans une situation telle que le risque de prises des décisions politiques au nom de la science est palpable. Apparaissant comme l'expression contemporaine d'un ensemble de processus plus anciens, cette situation pourrait rapidement révéler les propriétés des bureaucraties techniques que l'évolution paradoxale des agences laissait depuis quelques temps pressentir.

¹ Formellement, le seul rapport au politique qu'assume cette instance tient à la constitution de son collège exécutif, composé de huit membres nommés à raison de deux, respectivement, par le président de la République, par les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat, et par le président du Conseil d'analyse économique et social. La dimension médicale de la Haute Autorité de santé est du reste assez clairement affirmée par la composition de ce collège qui compte cinq médecins, dont trois professeurs.

² Les attributs que les responsables de la Haute Autorité de santé mettent en avant à l'occasion de son installation sont sans ambiguïté : « indépendante vis-à-vis de toute pression, qu'elle soit institutionnelle, industrielle, professionnelle ou citoyenne », cette instance administrative « n'a aucune tutelle ». Elle « ne donnera ses avis et ses recommandations que sur des bases scientifiques » et « assurera un pont entre la science et l'action, entre la science et le terrain ». *Le Quotidien du Médecin*, 28 janvier 2005.

Références

- Abbott, A., 1988. *The System of Professions, an Essay on the Division of Expert Labor*. University of Chicago Press, Chicago.
- Assemblée nationale, 2004. Rapport n° 1455 de la Commission d'enquête sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule.
- Aucoin, P., 1990. Administrative Reform in Public Management. Paradigms, Principles, Paradoxes and Pendulums. *Governance* 3 (2), 115–137.
- Beck, U., 2001. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Aubier, Paris (édition originale en 1986).
- Benamouzig, D., 2000. *Essor et développement de l'économie de la santé en France, une étude empirique de sociologie cognitive*. Thèse de l'université Paris IV–Sorbonne.
- Berlivet, L., 2000. *Une santé à risques. L'action publique de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954–1999)*. Thèse de l'IEP de Rennes.
- Besançon, J., 2004a. Les agences de sécurité sanitaire en France. *Revue de littérature commentée. Cahiers du GIS Risques collectifs et situations de crise* 2, MSH–Alpes.
- Besançon, J., 2004b. *Évaluation de l'Afssa. Étude auprès des publics et des personnels de l'agence. Rapport de recherche*. Centre de sociologie des organisations–Afssa, Paris.
- Besançon, J., Borraz, O., Grandclément-Chaffy, C., 2004. *La sécurité alimentaire en crises. Les crises Coca-Cola et Listéria de 1999–2000*. L'Harmattan, Paris.
- Bezes, P., 2002. *Gouverner l'administration, une sociologie des politiques de la réforme administrative en France (1962–1997)*. Thèse de l'IEP de Paris.
- Braud, C., 1995. La notion d'agence en France : réalité juridique ou mode administrative ? Les petites affiches 104.
- Buton, F., Machikou, N., Pierru, F., Thiaudière, C., 2003. *Vers une intelligence épidémiologique, l'épidémiologie de santé publique à l'épreuve du sida et de l'hépatite C. Projet de recherche pour le programme Sciencesbiomédicales, santé, société*.
- Callon, M., Rip, A., 1992. Humains, non-humains : morale d'une coexistence. In: Theys, J., Kalaora, B. (Eds.), *La terre outragée. Les experts sont formels*. Autrement, Paris.
- Callon, M., Lacoumes, P., Barthe, Y., 2001. *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Seuil, Paris.
- Clergeau, C., 2000. *Le processus de création de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments. Généalogie, genèse et adoption d'une proposition de loi*. Mémoire de DEA, Ensa Rennes. IEP de Paris.
- Commissariat général du Plan, 1993. *Pour un État stratège, garant de l'intérêt général. Rapport de la commission « État, administration et services publics en l'an 2000 » présidée par C. Blanc*. La Documentation française, Paris.

- Commission européenne, 2001. White Paper on Governance. COM 428.
- Cour des comptes, 2000. Rapport sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale. Chapitre 6, section 1 : L'organisation administrative nationale : les relations entre la DGS et les agences sanitaires, Paris.
- Cour des comptes, 2002. Rapport sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale. Chapitre 10 : Les conditions de fonctionnement des agences sanitaires, Paris.
- Dodier, N., 2003. Leçons politiques de l'épidémie de sida. EHESS, Paris.
- ENA, 1994. Les agences, nécessité fonctionnelle ou nouveau démembrement de l'État ? Rapport du séminaire « Le travail gouvernemental ». Groupe 1, Paris.
- ENA, 1998. Quelle organisation institutionnelle pour gérer efficacement le risque sanitaire ? Rapport du séminaire d'administration comparée « La sécurité sanitaire ». Groupe 12, Paris.
- ENA, 2003. Les agences nationales de santé. Rapport du séminaire d'administration comparée « Les politiques de santé ». Groupe 7, Paris.
- Gaudillère, J.P., 2002. Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945–1965). La Découverte, Paris.
- Girard, J.F., 1998. Quand la santé devient publique. Hachette Littératures, Paris.
- Girard, J.F., 2002. Genèse des agences sanitaires. Actualité et dossier en santé publique 37, 18–19.
- Goldberg, M., 1982. Cet objet obscur de l'épidémiologie. Sciences sociales et santé 1, 55–110.
- Granjou, C., 2003. L'expertise scientifique à destination politique. Cahiers internationaux de sociologie 114, 175–183.
- Grémy, F., Pissaro, B., 1982. Propositions pour une politique de prévention. La Documentation française, Paris (1re édition en 1968).
- Habermas, J., 1973. La technique et la science comme « idéologie ». Gallimard, Paris.
- Hermitte, M.A., 1997. L'expertise scientifique à finalité politique, réflexion sur l'organisation et la responsabilité des experts. Justices 8, 79–103.
- Hermitte, M.A., 1998. Pour une agence de l'expertise scientifique. La recherche, 309.
- Hood, C., Scott, C., James, O., 1999. In: Regulation Inside Government, Waste-Watchers, Quality Police, and Sleaze-Busters. Oxford University Press, Oxford.
- Huriet, C., Descours, C., 1997. Renforcer la sécurité sanitaire en France. Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales à la suite de la mission d'information sur les conditions du renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, n° 196. Sénat, Paris.
- Institut de gestion publique et de développement économique, 2003. Agences, un modèle en expansion ? Perspective gestions publiques 5, mars.

Jamous, H., 1968. *Sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières*. Éditions du CNRS, Paris.

Jasanoff, S., 1990. *The Fifth Branch. Science Advisers as Policymakers*. Harvard University Press, Cambridge.

Joly, P.B., 1999. Besoin d'expertise et quête d'une légitimité nouvelle : quelles procédures pour réguler l'expertise scientifique ? *Revue française des affaires sociales* 1, 45–53.

Joly, P.B., 2005. La sociologie de l'expertise : les recherches françaises au milieu du gué. In: Borraz, O.,

Gilbert, C., Joly, P.B. (Eds.), *Risques, crises et incertitudes : pour une analyse critique*. Cahier du GIS Risques collectifs et situations de crise 3. MSH-Alpes.

Joly, P.B., Marris, C., 2003. À la recherche d'une « démocratie technique ». Enseignements de la conférence citoyenne sur les OGM en France. *Natures, sciences et sociétés* 11, 3–15.

Keraudren, P., 1994. *Les modernisations de l'État et le Thatcherisme*. Bruylant, Bruxelles.

Kourilsky, P., Viney, G., 2000. *Le principe de précaution. Rapport au Premier ministre*. Odile Jacob, Paris.

Kreher, A., 1997. *The EC Agencies between Community Institutions and Constituents: Autonomy, Control and Accountability*. RSC, Florence.

Majone, G., 1996. *La Communauté européenne : un État régulateur*. Montchrestien, Paris.

Morelle, A., 1996. *La défaite de la santé publique*. Flammarion, Paris.

Murard, L., Zylberman, P., 1996. *L'administration sanitaire en France dans l'entre-deux guerres. Le ministère de l'hygiène : création et action suivi de deux essais sur la coopération sanitaire internationale*. Cermes, Paris.

National Research Council, 1983. *Risk Assessment in the Federal Government: Managing the Process*. National Academy Press, Washington DC.

Nelkin, D., Pollak, M., 1981. *The Atom besieged: Extraparliamentary Dissent in France and Germany*. MIT Press, Cambridge.

Noiville, C., 2003. *Du bon gouvernement des risques*. Puf, Paris.

OCDE, 2002. *Revue de l'OCDE sur la gestion budgétaire* 2 (1).

Picq, J., 1995. *L'État en France : servir une nation ouverte sur le monde. Rapport de la mission sur les responsabilités et l'organisation de l'État*. La Documentation française, Paris.

Restier-Melleray, C., 1990. Experts et expertise scientifique. Le cas de la France. *Revue française de science politique* 40 (4), 546–585.

Robelet, M., 2002. Les figures de la qualité des soins : rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité. Thèse de doctorat de sociologie de l'université Aix-Marseille II.

Rochet, C., 2002. Les établissements publics nationaux : un chantier pilote pour la réforme de l'État. Rapport pour le ministère de la Fonction publique, de la Réforme de l'État et de l'Aménagement du territoire, Paris.

Roqueplo, P., 1996. Entre savoir et décision, l'expertise scientifique. INRA-Éditions, Paris.

Sénat, 2004. La France et les Français face à la canicule : les leçons d'une crise. Rapport d'information n° 195.

Tabuteau, D., 1994. La sécurité sanitaire. Berger Levrault, Paris (2e édition en 2002).

Tabuteau, D., 2004. Les agences sanitaires : balkanisation d'une administration défaillante ou retour de l'État hygiéniste ? Sève. Les tribunes de la santé 1, 34-46.

Thacker, S.B., Goodman, R.A., Dicker, R.C., 1990. Training and Service in Public Health Practice, 1951-1990,

CDC's Epidemic Intelligence Service. Public Health Report 105, 599-604.

Urfalino, P., 2000. L'apport de la sociologie des décisions à l'analyse de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Actes de la 17e séance du séminaire du Programme Risques collectifs et situations de crise, 11-52.

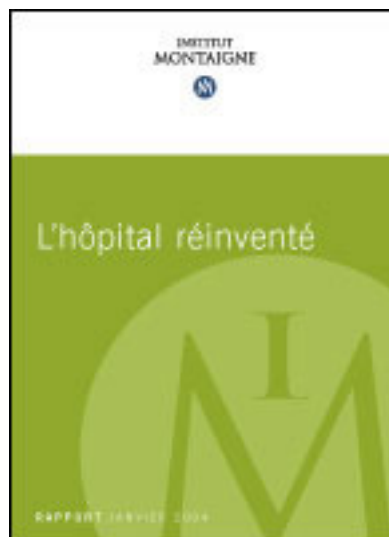
Document n° 10

Extraits du rapport de l'Institut Montaigne - Janvier 2004

"L'hôpital réinventé"

On trouvera ci-après des extraits du rapport que l'Institut Montaigne a fait paraître en Janvier 2004 sous le titre de "**L'hôpital réinventé**".

Dans la multitude des rapports parus durant les premières années 2000, ce rapport reste un des plus perspicace dans l'analyse. Il est téléchargeable dans son intégralité sur le site de l'Institut Montaigne¹.



Sont repris ici :

- le sommaire ;
- l'avant propos signé de Dominique Coudreau ;
- l'intégralité du premier chapitre intitulé "*un système rigide, figé par le règlement*".

Ce rapport a été prolongé en 2005 par une note de l'Institut Montaigne plus particulièrement consacrée aux Etablissements PSPH².

¹ http://www.institutmontaigne.org/site/page.php?page_id=97

² Hôpital Le modèle invisible par Denise SILBER avec Laurent Castra, Pascal Garel et Ahmad Risk NOTE - Juin 2005

L'hôpital réinventé



Janvier 2004

SOMMAIRE

I. UN SYSTÈME RIGIDE, FIGÉ PAR LE RÈGLEMENT	9
1. LE NOUVEL ENVIRONNEMENT	
1.1 Les malades changent	9
1.2 Le rapport au travail change	10
1.3 L'accélération du progrès médical 1	10
1.4 De nouvelles charges	10
2. UN SYSTÈME RIGIDE, INCAPABLE DE S'ADAPTER	11
2.1 <i>La faiblesse des marges de manœuvre budgétaire</i>	11
2.2 <i>L'impossible gestion de ressources humaines</i>	11
2.3 <i>Une réglementation foisonnante</i>	12
2.4 <i>Une gouvernance inexistante</i>	12
2.5 <i>Une crise démographique à venir</i>	13
2.6 <i>Ni stratégie, ni pilote</i>	14
II. VERS UNE HOSPITALISATION POLYMORPHE	15
1. LIGNES DIRECTRICES	15
2. CE QUI S'IMPOSE À L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS	17
2.1 <i>Les missions fondamentales</i>	17
2.2 <i>Un principe d'action et un impératif</i>	17
2.3 <i>Le rôle de l'État et les Agences régionales d'hospitalisation (ARH)</i>	18
2.4 <i>Les modalités de financement</i>	19
3. CE QUI RELÈVE DU POLYMORPHISME AU QUOTIDIEN.	20
3.1 <i>De l'autonomie</i>	20
3.2 <i>La gouvernance des établissements</i>	25
3.3 <i>L'articulation régionale : ARH – assureurs-maladie (acheteurs de soins)</i>	26
III. LES INCIDENCES DU POLYMORPHISME	27
1. LES URGENCES	27
2. RELATIONS VILLE-HÔPITAL	27
3. DES CHU ET DES FACULTÉS DE MÉDECINE	28
3.1 <i>Vers des universités de santé ?</i>	28
3.2 <i>Vers des établissements regroupés et plus autonomes</i>	29

3.3	<i>Vers des établissements plus professionnalisants</i>	29
3.4	<i>Vers des établissements impliqués dans la formation continue</i>	31
3.5	<i>Vers des établissements fer de lance de la recherche clinique</i>	31
3.6	<i>Vers l'attribution du label « U »</i>	33
4.	DE L'ÉVALUATION ?	33
4.1	<i>De la gestion du risque à l'évaluation : l'enjeu</i>	33
4.2	<i>Système d'information et dossier médical électronique : pré-requis à toute procédure d'évaluation a posteriori</i>	35
4.3	<i>a situation dans notre pays</i>	37
4.4	<i>Esquisse de procédures d'évaluation</i>	37
4.5	<i>Qui est légitime pour commanditer ou susciter des évaluations et audits médicaux ?</i>	38
4.6	<i>Évaluation de la qualité et communauté d'intérêt</i>	38
5.	DES PATIENTS AU CŒUR DU SYSTÈME.	39
	ANNEXES	41
	Extraits de <i>Hospitals in a changing Europe</i> - Martin McKee et Judith Healy Open University Press – 2002 http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524_10	
	<ul style="list-style-type: none">• <i>The evolution of hospital systems</i> – Judith Healy et Martin McKee• <i>Pressure for change</i> – Martin McKee, Judith Healy, Nigel Edwards et Anthony Harrison	

AVANT-PROPOS

Ré-inventer l'hôpital

À l'automne 2003, l'hôpital public, cet acteur essentiel du système de soins français traverse une crise profonde. Les soignants qui le font fonctionner, plusieurs centaines de milliers de professionnels très qualifiés, sont désorientés. Les comptes d'un grand nombre d'hôpitaux, et d'abord ceux de l'Assistance publique de Paris qui pèse à elle seule 10% du total, sont profondément dégradés alors que les ressources que leur consacre l'assurance-maladie continuent de croître (plus de 5% en 2003). Mais surtout, en 2001 et 2002, les hôpitaux publics ont produits chaque année moins de soins que l'année précédente.

Sans doute, l'hôpital public n'est - il pas le seul acteur du système de soins français à vivre cet état de crise. En 2003, la moitié du millier de cliniques va finir l'année avec des résultats d'exploitation en rouge. Le cadre conventionnel qui lie les caisses d'assurance-maladie aux médecins, et plus généralement à l'ensemble des professions de santé exerçant en ville, ne fonctionne plus.

Cette situation critique est le signe de l'obsolescence des mécanismes de régulation de notre système de santé. Elle débouche en effet sur un besoin de financement colossal du Régime général d'assurance-maladie dont l'origine ne tient pas majoritairement à la conjoncture économique dégradée, comme vient de le montrer le rapport de la Cour des Comptes sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Tous les acteurs, et naturellement le gouvernement en ce qui le concerne, sont conscients de la situation. Ils savent bien qu'une réorganisation en profondeur du système de santé et d'assurance-maladie français est indispensable. Sauf qu'aujourd'hui, faute d'un diagnostic partagé sur les causes des dysfonctionnements du système, ni le gouvernement ni aucun des acteurs ne dispose des éléments pour entreprendre cette réorganisation.

Elaborer un diagnostic lucide et consensuel des difficultés de l'hôpital public et proposer des solutions acceptables pour sa modernisation, tel est l'objet de ce nouveau rapport de l'Institut Montaigne. A lui seul son titre, « *Ré-inventer l'hôpital* » dit son ambition. C'est que nous, les auteurs du rapport, pensons que les valeurs et le savoir-faire de l'hôpital et de ses soignants sont essentiels pour l'avenir du système de santé français, et que tout doit être fait pour leur permettre de se perpétuer.

Plus qu'à résumer les principales propositions du rapport, et par exemple l'importance du regroupement des facultés de médecine, les lignes qui suivent vont traiter deux questions centrales. En diagnostiquant le défaut de management comme la principale difficulté de l'hôpital public, le rapport dit que

l'axe prioritaire de sa réforme est de libérer l'initiative et la créativité de ses acteurs des excès de la réglementation et des procédures administratives tatillonnes. En soulignant que le succès des réorganisations va dépendre de leur condition d'application sur le terrain le rapport précise ce que doit être le rôle de l'État et de l'assurance-maladie à l'égard de l'hôpital.

La crise de l'hôpital tire toute sa gravité d'un paradoxe. Les soignants, médecins, infirmières, sont les principaux acteurs de son activité de soins mais ils n'ont que peu voix au chapitre dans son organisation : dit autrement, les soignants vivent mal dans leur relation au quotidien avec les malades, les conséquences de la médiocre organisation de l'hôpital mais il n'ont pas la solution pour la changer.

Public ou privé, l'hôpital français partage nombre de ses difficultés avec les grands hôpitaux des pays industriels : exigence accrue de sécurité et de résultats des malades et de leur famille, tension entre spécialisation des services et prise en charge complète du malade, rapidité du progrès technique, caractère toujours plus contraignant du mode d'exercice hospitalier de leur métier pour les soignants.

Mais le mal principal dont souffre l'hôpital public en 2003 est d'ordre managérial. Il n'a ni une gestion ni un commandement à la mesure de l'extrême complexité de fonctionnement d'un grand hôpital moderne. Les pouvoirs du conseil d'administration sur les grandes décisions de l'hôpital sont réduits. Ceux du directeur peinent à s'exprimer entre les statuts des médecins et ceux du personnel, les règles de la comptabilité et celles des marchés publics, et plus généralement le foisonnement de la réglementation. Et, faut-il le répéter ni les médecins ni les infirmières ne se sentent pleinement responsables de l'organisation des soins.

Donner demain aux acteurs de l'hôpital public une véritable responsabilité dans sa gestion, tout en le dégageant de l'excès de règles qui l'asphyxient est donc un axe privilégié de sa réorganisation. C'est là qu'une proposition du rapport trouve tout son sens. Permettre à l'hôpital public de se transformer en hôpital privé à but non lucratif, tout en conservant aux personnels qui le souhaitent leur statut public est une proposition simple et novatrice.

Sa simplicité est de s'inspirer d'un modèle qui fonctionne depuis longtemps avec succès en France, mais surtout qui est le modèle dominant dans les grands pays industriels. Son caractère novateur est de mettre tous les acteurs, puissance publique, élus, responsables hospitaliers, soignants au pied du mur. Oui, une plus grande autonomie de gestion est possible. Encore faut-il être prêt à en assumer les conséquences, et d'abord celle de respecter les règles du jeu communes dans un état d'esprit de responsabilité partagée.

C'est pour cette raison que la réorganisation de l'hôpital (comme celle de l'ensemble du système de santé, d'ailleurs) va beaucoup reposer sur les condi-

tions d'application sur le terrain. Bien sûr, le cadre général est important. À cet égard, les mesures en cours, planification sanitaire, tarification à l'activité, gouvernance de l'hôpital vont dans la bonne direction. Mais les meilleures règles perdent leur vertu si elles sont tournées par les acteurs de terrain.

Pour les hospitaliers, il s'agit de comprendre et d'accepter la règle du jeu de l'efficacité appliquée aux soins. L'objectif est de produire les meilleurs soins pour les malades (ce à quoi les hospitaliers sont prêts), à un prix convenu avec le payeur et une évaluation véritable de la qualité des soins. À quelques exceptions près, ce prix sera le même pour une même prestation. C'est une règle exigeante car elle met les hôpitaux en concurrence. Elle implique que les hôpitaux se donnent en France les systèmes d'information et les outils de gestion nécessaires, et d'abord la comptabilité analytique qui leur permettra de connaître leurs coûts et de s'organiser en conséquence.

Mais elle implique surtout une pratique différente de la relation entre l'hôpital et le pouvoir politique. Les hospitaliers publics doivent renoncer à utiliser comme ils le font aujourd'hui, l'arme politique ou syndicale en cas de difficulté financière, pour obtenir du ministre de la santé des solutions dérogeant à la règle du jeu commune.

Le défi de la bonne application sur le terrain est donc également grand pour les partenaires administratifs et financiers de l'hôpital, qu'ils agissent comme planificateur ou comme payeur. Leur rôle n'est pas de cogérer l'hôpital, mais de définir, à partir du cadre national des règles du jeu régionales équitables, négociées avec les acteurs et de les faire appliquer effectivement. A cet égard, il faut souligner que la fonction d'acheteur de soins si souvent revendiquée, a bien des exigences... pour l'acheteur. Elle suppose l'existence et la maîtrise de systèmes d'information perfectionnés qui font défaut aujourd'hui, en France. Le rapport souligne l'importance cruciale des systèmes d'information pour réaliser un pilotage raisonné du système de santé. Il est vrai que le PMSI a été un progrès décisif mais il reste un outil rustique et il n'a pas de liens avec les outils statistiques qui décrivent la médecine de ville.

Or une véritable articulation entre la pratique de ville et celle de l'hôpital est indispensable au succès de la réforme de l'hôpital : il faut décharger l'hôpital de missions comme les urgences non vitales ou la prise en charge des cas sociaux qu'il fait mal, à des prix prohibitifs et qui l'encombrent.

C'est aux conditions qui viennent d'être exposées que les mesures que préconise notre rapport « *Ré-inventer l'hôpital* » sont de nature à lui permettre, avec ses équipes soignantes de trouver toute sa place dans le système de soins et d'assurance-maladie français.

Dominique Coudreau
Conseiller maître à la Cour des comptes

INTRODUCTION

Des acteurs démotivés

Ce ne sont pas les usagers du service qui s'inquiètent de l'état de notre système de santé, mais les professionnels eux-mêmes.

À la lecture d'un sondage IPSOS daté du 22 octobre 2002, il apparaît en effet que 83 % des Français jugent la qualité du système plutôt satisfaisante. Pourtant, l'ensemble des professionnels de santé exerçant à l'hôpital est concerné. Traditionnellement, le milieu hospitalier réagit au gré des revendications d'un corps de professionnels qui s'estime lésé par rapport à d'autres. Et lorsque l'un a obtenu plus que l'autre, il faut rétablir l'équilibre, dans une spirale de surenchères, ce qui explique aujourd'hui l'existence de nombreuses strates d'« *avantages acquis* » (qu'il est d'ailleurs impossible de remettre en cause sans une forte dose de courage politique. L'exemple le plus marquant d'une manifestation d'une catégorie professionnelle a été le grand mouvement infirmier de 1988.

Mais aujourd'hui, c'est différent. Car ce n'est tout d'abord pas tant une question de moyens - même si les revendications existent - mais plus une remise en question des conditions de travail, en raison d'un mal-être généralisé et d'un certain manque de reconnaissance. **Dit autrement, aux problèmes quantitatifs de manque de moyens se surajoute une plainte qualitative** qu'il ne faut pas prendre à la légère. Ainsi la vétusté des locaux, les temps de transport, les changements d'horaire ou de planning à la dernière minute sont bien souvent cités. Le vocabulaire est d'ailleurs révélateur du malaise : on parle de « *souffrance* » des soignants, de sentiment « *d'épuisement professionnel ou de sacrifice* ». De même, une impression de « *déshumanisation du travail au lit du malade* » est souvent évoquée avec la montée en charge des tâches dites administratives (procédures de qualité, traçabilité, gestion informatisée...), dont l'intérêt n'apparaît pas clairement aux yeux des différents acteurs

L'Académie de médecine a rendu publics le 28 janvier dernier les résultats d'une enquête portant sur les hôpitaux généraux. Un questionnaire, adressé à plus de 1 300 chefs de service, a recueilli 956 réponses !

Pour reprendre les termes de l'Académie, « *les conclusions de cette étude dénoncent un très grand mal être ; 56 % des chefs de service jugent leur situation défavorable, 87 % pensent que leurs conditions d'exercice se sont nettement détériorées ce qui est plus grave* ».

Tout se passe comme si les acteurs n'avaient plus confiance dans leur institution et tout particulièrement les personnels soignants, au premier rang desquels les médecins. Nombreux sont les jeunes médecins très qualifiés qui sont

attirés par les établissements privés, où ils trouvent certes de meilleures rémunérations mais aussi pour de meilleures conditions d'exercice. D'autres sont même tentés de se réorienter vers d'autres métiers.

L'hôpital est un domaine où les réformes se sont succédées à un rythme rapproché (1958, 1970, 1991, 1996) et bientôt 2003 avec le plan «*Hôpital 2007*». Comme le cite Denis Labayle¹, « **en trente ans, l'hôpital a connu trois réformes considérées comme majeures par leurs auteurs, mais aucune ne lui a donné les moyens de s'adapter simultanément aux progrès scientifiques, aux changements sociologiques et aux exigences de gestion. Pire, ces réformes ont accentué le malaise général et le découragement de ceux qui y travaillent** » car elles ont demandé aux acteurs une énergie considérable et des efforts répétés pour respecter les décrets et ou les circulaires de mise en œuvre. De tous horizons, un constat commun est fait d'un système hyper et mal administré, y compris par les personnels administratifs eux-mêmes et on ne voit pas bien comment en sortir.

Selon l'analyse de l'Académie de médecine précédemment citée, « *les interventions de l'administration sont souvent mal venues et jugées difficilement tolérables, dans leurs modalités actuelles, par 37 % des chefs de service. 68 % d'entre eux incriminent l'« hégémonie administrative » comme facteur majeur de la dégradation de leurs conditions d'exercice* ».

Les professionnels hospitaliers dans leur ensemble se trouvent ainsi, en 2003, et pour la première fois avec cette intensité, dans une profonde crise de confiance envers eux-mêmes et dans leur institution. On ne peut gérer une industrie de main-d'œuvre qui rassemble plus d'un million de personnes (en comprenant le secteur privé) et dont les dépenses de personnel représentent 2/3 des dépenses totales de chaque établissement, sans tenir compte de la motivation et de l'état d'esprit dans lequel toutes ces personnes travaillent.

C'est le constat que dresse Jean-François Mattéi : « **les médecins hospitaliers et l'ensemble des personnels soignants et non soignants sont désenchantés (...)** Je souhaite changer cela et redonner ambition et espoir à l'hôpital, à travers la mise en œuvre de principes simples : la confiance et la responsabilité partagée² » .

L'évolution des hôpitaux n'est pas un problème propre à la France, nous présentons, en annexe, deux chapitres *The evolution of hospitals systems* et *Pressures for change*, extraits de l'ouvrage particulièrement pertinent *Hospitals in a changing Europe*³ de Martin McKee et Judith Healy.

¹ Denis Labayle : « *Tempête sur l'hôpital* », Seuil, février 2002

² Jean-François Mattéi, ministre de la Santé, « *Hôpital 2007* », discours du 20 novembre 2002

³ Martin McKee et Judith Healy : « *Hospitals in a changing Europe* », Open University Press, 2002

I

UN SYSTÈME RIGIDE, FIGÉ PAR LE RÈGLEMENT

L'accumulation des nouvelles contraintes, conjuguée à une forte rigidité du système, est à l'origine du malaise des professionnels ; le *statu quo* conduirait à terme à une dégradation de la qualité des soins hospitaliers.

Relevons d'abord la mise en place des 35 heures, à propos de laquelle Bernard Kouchner¹ se plaît à dire que « *l'on a abandonné la maîtrise comptable des dépenses pour la maîtrise comptable du temps de travail* ». Mais il y a aussi les normes de sécurité et de qualité, les relations avec les assureurs, les directives européennes – que les autres États membres n'appliquent pas avec le même entrain – imposant d'inclure le temps de garde dans le temps de travail et exigeant un repos compensateur des médecins. Sans parler des pénuries de personnel soignant et médical – résultat d'une absence totale de prévisions – aujourd'hui très paralysantes pour les uns et qui vont progressivement s'accroître pour les autres...

Or l'hôpital, par nature, est confronté à de multiples évolutions ; une organisation aussi complexe ne peut se contenter d'une révision tous les 5 ans, il est condamné à évoluer en permanence, à s'adapter et à repenser par lui-même son organisation face aux multiples contraintes qui s'exercent sur lui.

Notre ambition n'est pas de décrire toutes les évolutions qu'a connu l'hôpital depuis 20 ans mais surtout d'en signaler les plus marquantes pour montrer à quel point l'hôpital est confronté à des changements qu'il ne maîtrise pas.

1. Le nouvel environnement

1.1 Les malades changent

C'est une évidence ! Les patients ont considérablement changé depuis 20, voire 10 ans, et on retrouve à l'hôpital un certain nombre d'évolutions sociologiques connues dans d'autres secteurs.

Avec le vieillissement de la population et l'allongement de la durée de vie, de nouvelles pathologies de la vieillesse franchissent chaque jour un peu plus les portes de l'hôpital et ceci va s'accroître, compte tenu du doublement des personnes âgées de plus de 60 ans dans notre société dans les 25 prochaines années. Les professionnels, insuffisamment ou pas formés à ces nouvelles prises en charge sortant de leur pratique habituelle, se trouvent démunis face à certaines situations. Il en est de même pour les troubles de la santé mentale. Les patients ont changé et ils sont de plus en plus nombreux, 420 millions de consultations et 12 millions de séjours d'hospitalisation complète et 11 de séjours

¹ B. Kouchner, « *Le premier qui dit la vérité...* », Robert Laffont, novembre 2002

à temps partiel par an et « *tourment* » de plus en plus vite : la durée moyenne de séjour baisse ainsi dans toutes les disciplines. En 2000, comme le souligne le rapport de la Cour des comptes¹, elle était pour l'ensemble du territoire et toutes disciplines confondues (y compris les soins de suite ou de réadaptation) de 6,7 jours dans le secteur public et de 5,1 jours dans le secteur privé.

Les malades expriment aujourd'hui de nouvelles demandes et sont exigeants à l'égard de la médecine (quasi-obligation de résultats). La possibilité de contentieux modifie les rapports soignants-malade et exerce une pression très forte sur le praticien qui, par ailleurs, exerce un art bien souvent difficile, qui ne se résume pas au respect d'un algorithme.

1.2 Le rapport au travail change

Comme dans toute la société, le rapport au travail a également évolué à l'hôpital. La technicité et le professionnalisme remplacent le dévouement comme valeur de référence. Les infirmières ou les aides-soignantes souhaitent préserver leur vie de famille, malgré des impératifs contraignants d'une organisation à feu continu. Les médecins eux-mêmes aspirent et revendiquent un équilibre entre vie professionnelle et vie privée, parallèlement à ce que l'on constate en ville avec l'abandon de la garde ordinaire par les médecins libéraux. Ce n'est peut-être pas un hasard si les spécialités choisies par les étudiants en médecine après leur internat concernent plus des spécialités pour lesquelles les gardes sont quasiment inexistantes (dermatologie, ophtalmologie...) au détriment de la chirurgie, l'obstétrique...

De même, au sein de l'hôpital, la fonction hiérarchique du médecin chef de service est également remise en cause dans ses modalités d'exercice par le reste des professionnels. L'autorité du « *patron* » n'est plus la même, les décisions sont contestées ou non appliquées, sans que, pour autant, des sanctions puissent être apportées, face à des soignants fortement - et parfois à juste titre - critiques et en demande de reconnaissance. Le pouvoir du chef de service est relatif, tant la prise de décision à l'hôpital est aujourd'hui régulée par grand nombre de commissions consultatives et sous l'autorité du directeur de l'établissement, sans que ce dernier ait pour autant le pouvoir de régler l'organisation d'un service. De façon générale, c'est plus une gestion catégorielle des personnels qui règne, avec des conséquences aberrantes, comme par exemple la non-concordance entre les congés de personnel médical et paramédical.

1.3 L'accélération du progrès médical

L'accélération du progrès médical est une autre source de tension, d'autant que le médecin hospitalier est réputé mettre au service de son patient les données les plus actuelles de la science. Ces progrès modifient en permanence les relations au travail entre disciplines et demandent des changements d'organisation importants. Comment comparer la chirurgie digestive d'il y a 30 ans

¹ « *La Sécurité sociale* », Éditions des journaux officiels, novembre 2002

avec celle d'aujourd'hui en plein bouleversement, compte tenu du développement de l'endoscopie ? Quel point commun y a-t-il entre une opération de la cataracte il y a encore 10 ans et l'intervention en hôpital de jour aujourd'hui ? De même, les innovations thérapeutiques de médicaments bouleversent considérablement la prise en charge. Ce fut le cas avec la trithérapie et la chimiothérapie, et bientôt peut-être pour le traitement de la maladie d'Alzheimer. Les services se spécialisent de plus en plus, avec des professionnels de plus en plus « *pointus* », et de moins en moins généralistes. C'est une source d'efficacité pour la prise en charge mais elle accroît les rigidités d'un système déjà très figé. Une infirmière de cardiologie ne peut aujourd'hui assurer des remplacements dans un service de neurologie sans une formation préliminaire indispensable.

1.4 De nouvelles charges

Enfin, on demande de plus en plus de choses à l'hôpital, qui par ailleurs ne choisit pas les patients qu'il traite. À commencer par les urgences hospitalières qui, victimes de leurs succès, et devant l'abandon de la permanence des soins par les médecins de ville et en raison des facilités d'accès (possibilité d'y aller en dehors des horaires de travail, pas de nécessité de payer...) connaissent depuis 5 ans des taux de fréquentation en forte progression. Près de 90 % des consultations réalisées en urgence ne relèvent pas de l'urgence proprement dite ; il y a là une forte inadéquation de la prise en charge, surtout lorsqu'il s'agit d'établissements universitaires, où le prix de revient réel de la consultation est très élevé, en comparaison du prix remboursé pour une consultation réalisée en ville.

L'hôpital doit aussi être présent sur tous les créneaux, de la lutte contre l'exclusion à la dernière innovation technologique, de la prise en charge de la douleur à la transplantation d'organes, des soins palliatifs à toutes les palettes de la vigilance sanitaire (matéριο-, hémo-, pharmaco-vigilance...). Aujourd'hui, 75 % des personnes meurent à l'hôpital, qui doit également prendre en charge cette mission, ce qui était autrefois du ressort de la famille.

Par ailleurs, les différentes réformes hospitalières ont créé pour les établissements de santé de nouvelles obligations sans pour autant supprimer ce qui n'est plus nécessaire. Il est bien plus satisfaisant et gratifiant pour les responsables politiques de lancer de nouveaux projets et de nouveaux chantiers, plutôt que de vouloir procéder à un toilettage des procédures et de repenser les organisations. Il n'est pas étonnant que le plan « *Hôpital 2007* », lancé par l'actuel gouvernement n'ait de ce point de vue pas reçu d'écho très favorable de la presse. Il s'attaque au cœur de fonctionnement de l'hôpital, à savoir sa capacité managériale à s'adapter en permanence. Ainsi, parce qu'il contient beaucoup de dispositions ou d'intentions qui visent à simplifier et à réorganiser plutôt qu'à créer ou bouleverser le système, ce n'est pas un plan médiati-

quement spectaculaire pour quiconque ne connaît pas intimement la vie quotidienne des professionnels hospitaliers.

2. Un système rigide, incapable de s'adapter

C'est dans le domaine du management et de la gestion que l'hôpital souffre aujourd'hui cruellement d'un manque de réactivité face aux nouveaux enjeux de santé.

2.1 La faiblesse des marges de manœuvre budgétaire

Les effets anti-incitatifs du budget global, adopté depuis 1983, sont bien connus. Les établissements dynamiques et les professionnels qui innovent ne peuvent être récompensés de leurs efforts, tandis que les autres peuvent vivre tranquillement dans leur coin sans être inquiétés. La mise en place du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) – qui vise à mesurer la productivité d'un établissement – et son utilisation pour la procédure budgétaire pour récompenser les plus performants restent encore aujourd'hui marginale.

De même, la persistance de systèmes de financement distincts et étanches entre les établissements publics et les établissements privés à but lucratif, ne contribue pas à faire évoluer le système. Comme chaque secteur ne peut se comparer à l'autre, chacun campe sur ses positions : le secteur privé rappelle à l'envie « *le facteur 2* » selon lequel il est deux fois plus compétitif que le public, et ce dernier argue du fait que le privé choisit ses malades et n'a pas à assurer l'enseignement, la recherche et la permanence des soins. Tant que l'échelle de comparaison n'est pas la même, le débat sur la qualité de l'organisation et des soins se limitera à des lieux communs et des déclarations d'intention.

À ceci, il faut ajouter que 2/3 des dépenses d'un budget hospitalier sont des dépenses de personnel ; avec toutes les dispositions statutaires rigides de la fonction publique hospitalière. Qui plus est, la multiplication depuis trois ans des avantages catégoriels non financés a mis une majorité d'hôpitaux dans le « *rouge* ». De nombreux établissements renoncent à financer certains investissements pour des revalorisations salariales, c'est ce qui explique - en partie - l'état de délabrement de certains sites.

2.2 L'impossible gestion de ressources humaines

L'emploi sur place à vie provoque, d'un point de vue managérial, des effets pervers. Ne pouvoir récompenser ou sanctionner un agent pour des raisons pertinentes influe sur le comportement de tous. Laisser en place quelqu'un d'inefficace, surtout un chirurgien ou un médecin, a un coût induit énorme, en raison de l'effet de découragement que cela provoque auprès du reste du per-

sonnel. « **Changer l'hôpital c'est aussi avoir le courage de ne pas garder certains médecins, administrateurs et autres personnels dépassés ou paresseux** » (Guy Vallancien). Ne pouvoir récompenser un autre car il s'est beaucoup donné ou a accepté de prendre des responsabilités ou a bien voulu aller travailler sur un secteur où le personnel fait défaut (personnes âgées, psychiatrie...) affaiblit au fil du temps les vocations les plus solides. **Si les hospitaliers n'ont pas le moral aujourd'hui, c'est aussi qu'ils ont en assez d'être tous traités de la même façon qu'ils soient méritants ou non.**

De même, comment gérer une institution lorsque la nomination des médecins dépend exclusivement du niveau national, en dehors de toute évaluation du service rendu et de toutes préoccupations locales ? Dominique Coudreau, ancien directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France (ARHIF)¹, en faisant le bilan de l'action conduite en 5 ans dans cette région, déclare à ce sujet : « **l'absence de mobilité des praticiens, en dehors du volontariat, est un obstacle quasi-insurmontable pour la mise en œuvre des restructurations et l'adaptation des effectifs aux nouvelles activités** ». Autant de raisons qui font que les praticiens hospitaliers sont parfois hostiles à toute restructuration, ne serait-ce que parce qu'ils n'y ont eux-mêmes que peu d'intérêt en termes de carrière. De même, aucun dispositif ne permet à l'heure actuelle à un médecin d'évoluer vers une nouvelle spécialité.

D'une façon générale, la politique de ressources humaines est inexistante dans les établissements publics, en comparaison des progrès réalisés dans les entreprises privées, ce qui est dramatique pour la fonction publique hospitalière et pour un secteur rassemblant plus de 800 000 personnes, sans même parler de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ainsi que de leur reconnaissance.

2.3 Une réglementation foisonnante

Pour en finir avec la rigidité des règles de gestion interne – nous ne pourrions les énumérer toutes – il faut également mentionner toutes les normes de sécurité sanitaires qui se multiplient avec des niveaux d'exigence inversement proportionnels à toute chance de réalisation opérationnelle (décrets périnatalité, décrets réanimation, mise en conformité des urgences, etc.). Dans un registre très différent, les délais et procédures imposées par le code des marchés publics, allongent les délais de réalisation des opérations immobilières² et les acquisitions de matériel.

¹ ARHIF dans « *Un bilan pour rendre compte, des propositions pour avancer, 97-2001* »

² Ainsi, un bloc opératoire termine d'être rénové au moment même où la décision de fermeture a été prise comme cela a pu être constaté lors de l'opération de transfert parisienne entre l'hôpital Broussais et l'hôpital européen Georges Pompidou.

2.4 Une gouvernance inexistante

Sans retomber dans l'opposition galvaudée entre médecins, soignants et administratifs, on ne peut faire l'impasse du poids des syndicats ou des corporatismes, ainsi que de celui du politique à l'hôpital. Là aussi, beaucoup a été dit et écrit, mais il faut rappeler les dégâts pour l'hôpital et l'ensemble du système de santé. Et le mot n'est pas trop faible, résultant d'une pression syndicale représentative de professionnels souvent minoritaires, qui réussissent par la menace de la grève ou de la paralysie du système à faire plier successivement tous les gouvernements. Ce sont souvent les mêmes personnes qui négocient au niveau national des dispositions raffinées dans leur complexité sur les compétences propres et les droits de chaque corps de métiers, les décrets de mise aux normes sanitaires et qui ensuite se plaignent du manque de personnel pour les appliquer. Le système est ainsi soigneusement autogéré, contrôlé, verrouillé et impropre à toute adaptation.

Quant au politique, pourquoi aujourd'hui encore confier la présidence du Conseil d'administration au maire de la commune ? Quelle est sa légitimité ? Gérard Larcher¹, vice-président du Sénat et président de la Fédération hospitalière de France, explique l'absence de débat politique à propos de l'hôpital par le fait suivant : **« ne nous voilons pas la face : l' élu local n'a pas cherché à s'impliquer dans un débat national où, dans un contexte de maîtrise des comptes sociaux, un discours responsable aurait pu le conduire à prendre des positions contraires à celles qu'il prenait localement en défendant « son » hôpital », premier employeur de « sa commune » »**. Au final, les Conseils d'administration, lorsqu'il s'y passe quelque chose, offrent le triste spectacle de confrontations d'intérêts particuliers sans qu'il ne ressorte de décisions stratégiques pour l'établissement.

Les élus réclament aujourd'hui plus de pouvoir dans la gestion du système de santé sans pour autant en accepter la responsabilité, à commencer par la responsabilité financière. Leurs réticences à accepter des transferts de compétence en matière de santé lors des débats actuels sur la décentralisation en est un des premiers signes. Notre sentiment est qu'il faut dans ce cadre résister à ce type de pression politique bien souvent trop opportuniste, tant que les élus – ou en tout cas bon nombre d'entre eux – n'auront pas de meilleures dispositions à l'égard du système de santé. Et, pourtant, l'hôpital et, de manière plus générale, la gestion du système de soins, mériteraient un véritable débat démocratique, prenant en compte l'intérêt général et non les intérêts particuliers et donc une plus grande implication des politiques, permettant de ne pas laisser le système dirigé par une poignée de technocrates sans légitimité aucune. En résumé, l'hôpital a besoin de politiques responsables, sans quoi le système de soins risquerait de s'en trouver dégradé.

¹ G. Larcher, Figaro Magazine, samedi 12 octobre 2002.

2.5 Une crise démographique à venir

Tout rapport sur l'hôpital ne peut faire l'économie du problème démographique de personnel hospitalier, ressenti déjà très fortement dans certaines régions ou à venir pour d'autres.

Bien évidemment, il n'y a jamais eu autant de médecins en France mais encore faut-il que l'ensemble du territoire soit également couvert en fonction de la densité de population. Il faut aussi anticiper sur la baisse annoncée à partir de 2020 des effectifs médicaux ainsi que de la « pénurie » connue ou imminente dans certaines spécialités (anesthésie-réanimation, radiologie, pédiatrie, psychiatrie...).

Bien évidemment les quotas des écoles d'infirmières ont été augmentés, mais il faut également s'inquiéter de savoir pourquoi les quotas ne sont pas tous remplis et pourquoi une fois formées, les infirmières partent pour d'autres régions. C'est ainsi que dans la région Ile-de-France, en fin 2002, 9 % des postes d'infirmières étaient vacants toutes disciplines confondues, entraînant dans certains endroits des fermetures de lits en cascades. Il faut imaginer l'état de la situation pour les secteurs traditionnellement moins attractifs : psychiatrie, prise en charge des personnes âgées, soins de suite ou de réadaptation... La Situation n'est guère plus brillante pour les manipulateurs de radiologie ou d'autres catégories de personnel paramédical ou médico-technique.

Un hôpital sans bras ne peut fonctionner et le problème démographique concerne l'ensemble de la filière hospitalière depuis la formation des professionnels jusqu'au retour à domicile des patients. Il doit être aujourd'hui traité de front dans sa globalité, même si les leviers d'action sont souvent faibles, les effets non immédiats et la sensibilité forte.

2.6 Ni stratégie, ni pilote

C'est l'ensemble du pilotage de l'hôpital qui est mis à mal. Piloter un système nécessite, après concertation, la définition d'objectifs clairs et mobilisateurs par un organe de décision unique, des missions précises données à chacun ainsi que des indicateurs pour évaluer s'ils sont atteints. L'hôpital ne dispose à ce jour d'aucun de ces éléments : administrativement rattaché à la Direction de l'hospitalisation et de l'Organisation des soins du ministère de la Santé, il est également destinataire de réglementations des autres directions à commencer par la Direction générale de la santé et la Direction de la sécurité sociale, de la Caisse nationale d'assurance-maladie, des différentes agences sanitaires récemment créées, sachant que l'application de chacun de ces textes est hautement prioritaire...

En matière d'indicateurs d'activité, de performance ou de mesure de la qualité, la réalité hospitalière est également pauvre ; il est fait référence à l'indigence du système d'information et à un défaut de données épidémiologiques. Comme l'analyse la Cour des comptes dans son rapport 2002 : « *si la Cour*

prend acte des progrès accomplis dans la construction et l'utilisation du PMSI, de la rénovation de la SAE et de la prochaine mise en service de PARHTAGE, des efforts sont encore nécessaires pour mettre à disposition des acteurs – État, assurance-maladie et hôpitaux – des bases de données fiables, accessibles, permettant de mieux suivre les effets des politiques... de même, jusqu'à maintenant, la dépense de médicament à l'hôpital n'a pas suscité d'intérêt particulier alors que sa croissance est très rapide depuis plusieurs années ».

Une enquête empirique et informelle, effectuée par une membre de notre groupe dans un grand CHU parisien, fait apparaître que le dossier patient hospitalier n'est pas exploitable car peu ou mal documenté : 50 % des médecins prescripteurs ne sont pas identifiés, le motif de l'hospitalisation n'apparaît pas dans 20 % des cas, le compte rendu de sortie est absent dans 30 % des dossiers, et les informations sur les résultats d'analyse de sang absents dans 30 %. Quant au PMSI, une erreur de diagnostic principal apparaît dans 25 % des cas.

Une autre enquête, menée auprès du personnel infirmier dans les hôpitaux publics de plusieurs grandes villes françaises en décembre 2002, relève premièrement que les quotas d'heures de formation ne sont pas atteints, par manque de personnel, et deuxièmement que les cours sont le plus souvent dispensés sous forme de conférence magistrale, sans interactivité ou adaptation aux besoins individuels.

Aussi le secteur hospitalier ne brille-t-il pas particulièrement par sa capacité d'adaptation. Les exemples actuels de pénuries de personnel médical ou soignant en témoignent, même s'il était difficile d'anticiper il y a 10 ans la mise en place des 35 heures ou des directives européennes, et s'il est toujours difficile de prévoir les effets des évolutions technologiques. Il n'en reste pas moins que le pilotage du système souffre gravement d'un manque d'outils lui permettant sinon de prévoir mais au moins de réduire au maximum l'imprévisible. Alors que l'hôpital devrait être le fer de lance des systèmes d'information, incitant les professionnels de la ville à agir dans le prolongement des systèmes hospitaliers, la situation est le plus souvent inversée. Les systèmes d'information hospitaliers sont plus vétustes et rigides que les outils déployés en ville.

L'hôpital ne sait plus où il est ni où il va alors que tout autour de lui change y compris les modalités d'hospitalisation...

Document n° 11

Tableau de bord du système d'innovation québécois

Edition 2005

«Ce tableau de bord propose une lecture de l'état actuel du système d'innovation québécois. Basée sur l'analyse détaillée de 41 indicateurs, cette lecture est présentée sur autant de fiches, chacune d'elles précisant la pertinence de l'indicateur, la situation du Québec et l'information essentielle à retenir.

*Avec cette deuxième édition, le Québec peut **apprécier l'état de son système d'innovation par l'intermédiaire d'un ensemble d'indicateurs choisis sur la base d'un cadre conceptuel significatif et reconnu.**»*

On trouvera ci-après le "**cadre conceptuel**" tel que présenté en début de "tableau de bord".

Cette brochure est téléchargeable à l'adresse suivante (Ministère québécois du développement économique, de l'innovation et de l'exportation) :

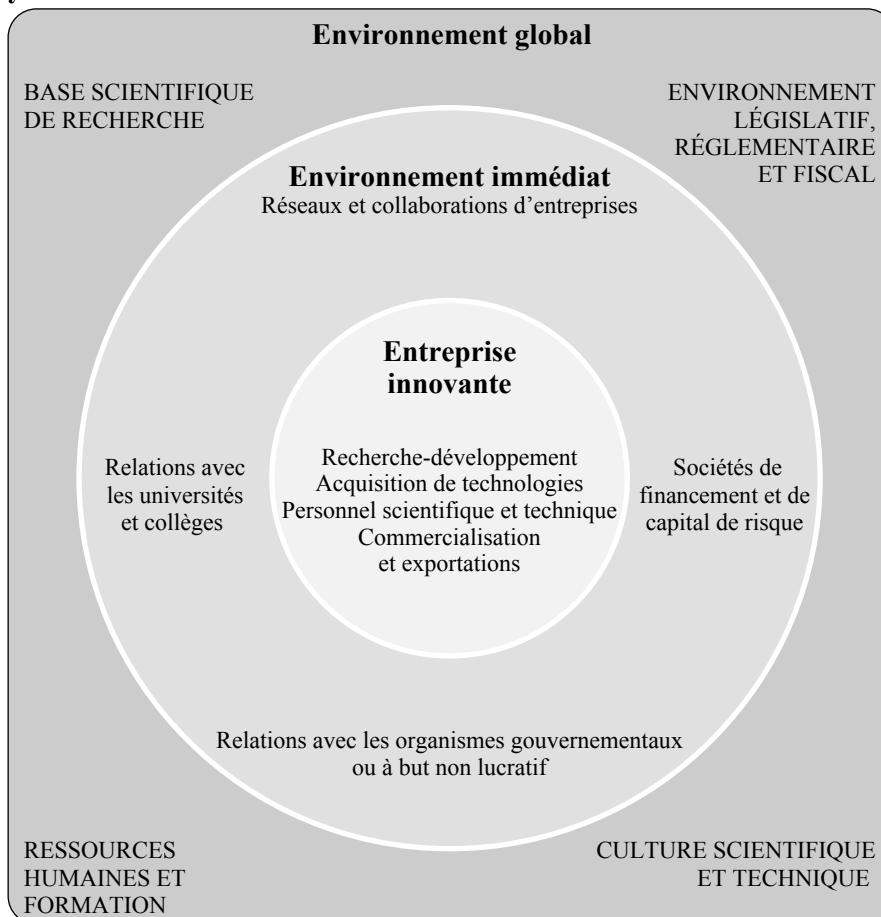
http://www.mdeie.gouv.qc.ca/page/web/portail/ministere/nav/Publications.html?&page=details_publication.jsp&iddoc=47301

(Accueil > Ministère > Publications > Études et statistiques > Données sur l'innovation au Québec > Tableau de bord du système d'innovation québécois)

CADRE CONCEPTUEL

Le tableau de bord québécois repose sur le modèle du «système national d'innovation», largement promu par l'OCDE dans le Manuel d'Oslo et adapté en 1997 par le Conseil de la science et de la technologie 1. Selon ce modèle, le système d'innovation est composé de trois sphères: l'entreprise innovante, son environnement immédiat et l'environnement global. Du centre vers la périphérie, le rôle de l'État se conçoit différemment.

Système national d'innovation



L'entreprise innovante doit elle-même développer les capacités d'innover dont dépendent sa survie et son développement. L'État facilite son accès aux ressources nécessaires pour affronter les aléas du marché et tirer son épingle du jeu. Il joue ici un rôle de soutien.

Les relations établies par l'entreprise pour compléter son portefeuille de stratégies d'innovation et assurer sa vitalité se déploient dans l'**environnement immédiat**. À ce deuxième niveau, l'État encourage les alliances et favorise la mise en réseau. Il joue ici un rôle de facilitateur et de catalyseur.

Les facteurs de l'**environnement global** exercent une influence souvent déterminante, quoique parfois indirecte, sur l'entreprise innovante. C'est à l'État qu'il incombe d'assurer la disponibilité des ressources et de créer un environnement scientifique, culturel, social et d'affaires propice au bon fonctionnement de l'entreprise. L'État joue ici un rôle de premier plan.

Ce modèle présente de nombreux avantages. Il offre un cadre pour aborder et décrire la complexité des influences entre les multiples facteurs en jeu : scientifiques, techniques, commerciaux, financiers, juridiques et sociaux. Sa perspective systémique et intégrative lui permet également de faire état des rapports entre la science, l'innovation et le développement économique.

Un quatrième élément vient compléter le tableau de bord, il s'agit du contexte socio-économique dans lequel baigne le système d'innovation québécois.

Document n° 12

Rapport d'audit sur l'Institut National du Cancer

19 Juin 2006

Ce rapport d'audit a fait couler beaucoup d'encre. Il a été diligenté à la suite d'actions de lobbying intenses et accusatrices auxquelles l'UNHPC n'a jamais participé. Pourtant, les réflexions qu'il propose entrent pleinement dans l'objet de ces Rencontres, même si sa parution leur est largement postérieure. C'est la raison pour laquelle nous le signalons ici.

Fort heureusement ce rapport a prouvé que les attaques, le plus souvent anonymes, sur l'honnêteté de la gestion de l'Institut étaient vides de sens. Souvent les commentaires se sont arrêtés là, hélas parfois en gonflant les inévitables petites failles relevées ici comme dans tout rapport d'audit.

Mais, fort heureusement, les auteurs ne se sont pas contentés d'un rapport d'audit sur la gestion interne de l'INCa. Malgré les délais très courts impartis à leur mission, ils se sont penchés sur l'objet de l'Institut et sur l'adéquation de ses instances et de sa "gouvernance" à cet objet. Sur l'objet de l'Institut, ils ont relevé fortement les imprécisions qui nuisent à l'institution et à son fonctionnement, imprécisions relevées dès sa conception par l'UNHPC (cf. notre intervention lors du premier anniversaire du Plan, devant le Premier Ministre, le Ministre de la Santé et celui de la Recherche. Seul le "rapport Cugnenc" avait jusqu'à maintenant repris cette interrogation¹). L'INCa est-il une Agence d'Etat ou la maison commune des professionnels et des patients ? Comme le demande le rapport, l'Institut est-il là pour "faire" ou pour "faire faire" ? Pour se consacrer à l'évaluation et à l'animation ou pour être l'opérateur de l'Etat ? Selon la réponse apportée par l'Etat, le mode de gouvernance devra être adapté. Ainsi par exemple, s'il s'agit de la "maison commune", notre secteur est scandaleusement sous-représenté, s'il s'agit d'une agence d'Etat, les professionnels

¹ «Il convient d'éviter les doublons et la confusion qui naîtraient de compétences insuffisamment précisées. Le remède risquerait alors d'être pire que le mal, au moins du point de vue de la nécessaire mise en cohérence et en synergie.

La question a ainsi été posée de savoir si l'INCa devait être essentiellement un coordonnateur ou s'il devait agir comme opérateur.»

Paul-Henri CUGNENC, Député ; ASSEMBLÉE NATIONALE - DOUZIÈME LÉGISLATURE - AVIS N° 2569 Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 octobre 2005. Présenté au nom de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales sur le projet de loi de finances pour 2006 (n° 2540) TOME VIII SANTÉ ; Novembre 2005, pp. 16 & 17

n'ont aucune raison d'être parmi les administrateurs, mais il serait souhaitable qu'ils fassent partie d'une instance de concertation...

A l'heure où ce livre est bouclé, la réponse n'est toujours pas donnée. Il appartient pourtant à l'Etat, majoritaire dans les instances, de se prononcer.

Fait remarquable, car rarissime en France, le Ministre Xavier Bertrand, est venu participer en personne aux travaux du Conseil d'Administration (CA du 24 Juillet 2006). Il y a confirmé son accord sur la pertinence des questions posées par le rapport d'audit. Il a proposé que les personnalités et les institutions représentées au sein des instances actuelles se saisissent de ces questions et fassent des propositions à l'Etat pour qu'au vu de ces avis, l'Etat tranche. Il se proposait d'organiser les travaux en ce sens en mettant en place un dispositif ad hoc durant l'été. Cela n'est toujours pas fait, mais les constats et les interrogations du rapport d'audit demeurent. Il faut, dans l'ordre, clarifier l'objet, vérifier l'adéquation du mode de gouvernance et le cas échéant le modifier, s'assurer enfin que les conditions de fonctionnement de la présidence et de la direction permettent leur efficacité.

Notons aussi que, malgré ses grandes qualités de ce rapport, les auteurs ne sortent hélas pas de la tradition administrative qui consiste à "oublier" le secteur privé, les médecins libéraux comme les cliniques, ou à tenir pour négligeables leurs analyses et leurs propositions. Alors même que nous sommes de loin les acteurs les plus importants en matière de dépistage ou de prise en charge curative des patients atteints du cancer, pas un représentant de notre secteur n'a été consulté, pas une fois l'action des médecins libéraux ou des cliniques n'est citée par le rapport. Ce n'est pas le cas de nos concurrents. Faut-il y voir la raison de certaines autres lacunes du rapport, comme par exemple l'absence totale de réflexion sur les réseaux de santé pourtant rendus obligatoires par le Plan cancer et désignés comme marqueurs de bonnes pratiques, l'absence de la radiothérapie du système commun d'information, les lacunes d'une évaluation en termes de résultats, le peu de recul critique sur nombre des actions mentionnées touchant à l'organisation du système ?...

Tout ceci n'enlève rien à l'apport incontournable de ce rapport d'audit : depuis sa parution, il est clair qu'il faut maintenant clarifier l'objet de l'Institut et mettre sa gouvernance en adéquation.

Nous reprenons ici :

- le sommaire ;
- le résumé du rapport ;
- sa conclusion ;
- la liste de ses recommandations.

Le rapport est téléchargeable dans son intégralité aux adresses suivantes :

www.sante.gouv.fr/htm/actu/audit_inca/rapport.pdf
www.recherche.gouv.fr/discours/2006/rapportinca.htm

19 Juin 2006

CGEFi -0606-28

**Rapport d'audit
sur l'Institut national du cancer**

J. Batail, J.-F. Guthmann, A.-R. Kirsch



SOMMAIRE
(68 pages)

Préambule

I. Présentation de l'INCa

II. La gouvernance générale de l'INCa et ses organes

III. Les mécanismes budgétaires et comptables, les programmes et les indicateurs, les plans d'action et les rapports d'activité

IV. Quelques autres aspects du fonctionnement interne de l'INCa

V. L'action de l'INCa relative à la prévention, au dépistage et aux soins ; les innovations thérapeutiques et la prise en charge des patients

VI. La recherche en cancérologie

Conclusion

Annexe : liste des personnes rencontrées ou contactées

Résumé du rapport (p. 2)

L'INCa n'a qu'un an d'activités. Il convient de l'installer dans la durée. Porteur d'un projet prioritaire, il modifie profondément les territoires des principaux acteurs de la cancérologie mais il implique des moyens supplémentaires importants. Il a mené à bien plusieurs chantiers dans la continuité des travaux de la Mission interministérielle de lutte contre le cancer. La polémique qui entrave son dynamisme depuis quelques mois traduit davantage les réactions que suscitent l'institution et son positionnement qu'elle ne correspond à des faits de gestion avérés.

La gestion appelle sans doute des critiques. Elles portent notamment sur certains recrutements et des rémunérations, le barème des frais de mission, les marchés, les locations et aménagements immobiliers... Le formalisme général des actes de gestion est élevé mais manque de regards extérieurs. La séquence d'implantation dans deux sièges successifs, dans l'attente d'un troisième, a été coûteuse en mobilier et aménagements. Les marchés constituent une préoccupation : l'appel à la concurrence doit être développé et plus efficient. La limitation à 15 % des dépenses de fonctionnement de l'INCa, que l'Institut met en avant, est dépassée, si l'on corrige le mode de calcul actuellement retenu ; cette norme n'est au demeurant guère significative. Les dépenses somptuaires évoquées dans la polémique récente n'ont cependant pas été constatées. Les dotations liées à la présidence du Conseil d'administration, à la présidence du Conseil scientifique et à la Direction générale, qui avaient été prévues égales à 923.000 € dans le budget voté pour 2006, n'étaient d'ailleurs consommées qu'à hauteur de 86.000 € au 31 mars. Si une présentation plus ouverte du budget de l'INCa avait été assurée, notamment à l'endroit des administrateurs, cela aurait évité beaucoup de tensions.

La mission propose de modifier l'organisation des instances de l'INCa. Une structure qui réunit les parties prenantes à une compétition intellectuelle et humaine ainsi qu'à la distribution de fonds publics doit s'imposer un formalisme strict. Une direction composée d'un président et d'un directeur général nommés par décret pour 5 ans, le premier à qui la convention constitutive de l'INCa donne pleine compétence, mais qui délègue la quasi-totalité de ses compétences au second, n'est pas gage de clarté et stabilité.

Une nouvelle composition de la direction et du Conseil d'administration semble opportune, peut-être sous la forme d'une gouvernance partagée entre un conseil de surveillance et un directoire (à l'image de ce qui a été retenu pour l'Agence de l'innovation industrielle). Elle permettrait de sortir de la confrontation restreinte aux intéressés en ouvrant au regard de la société civile, et de mieux articuler les compétences en matière de soins, de recherche et de gestion. Une grande attention doit être portée aux conflits d'intérêts entre l'INCa et ses administrateurs.

A tout le moins, il convient de donner son rôle entier au conseil d'administration, d'y instituer un bureau ainsi qu'un comité d'audit. Un commissaire du

Gouvernement doit être nommé et pourrait utilement être le délégué interministériel en charge du plan cancer, fonction dont la suppression en 2005 n'est pas apparue opportune. Mais au-delà de la lettre des institutions, la manière de les mettre en œuvre importe, qui appelle considération des acteurs de la cancérologie et animation des équipes de l'INCa.

La loi de santé publique de 2004, le décret puis la convention instituant le GIP INCa recourent à des concepts non juridiques pour définir ses missions. Quand l'INCa est parvenu à convenir avec son environnement de leur signification exacte et de leurs conséquences opérationnelles, il a ajouté à l'efficacité du dispositif. C'est le cas dans l'organisation des soins en cancérologie. A défaut, il a tenté de passer du « faire faire » - préconisateur, normalisateur, aiguillon, vigie, financeur, évaluateur - au « faire » : opérateur. C'est le cas du dépistage du cancer du sein, de la valorisation de la recherche - intéressement à la propriété intellectuelle et capital risque - ou de l'organisation en son sein de laboratoires richement dotés en moyens humains (au lieu de les susciter chez les opérateurs de recherche tels que l'INSERM, le CNRS ou l'Institut Curie). Un blocage en est le plus souvent résulté et la crédibilité de l'INCa s'en trouve affectée. La valeur ajoutée de l'INCa, qui ne dispose ni de la totalité des financements dédiés à la recherche sur le cancer ni même d'une vision exhaustive, notamment par rapport aux autres ressources publiques (dont celles de l'Agence nationale pour la recherche) n'est pas pleinement assurée. L'Institut n'a pas de compétences de terrain, ni de relations assurées avec les services déconcentrés de l'Etat (ARH, DRASS, groupements régionaux de santé publique), de l'assurance maladie et des organismes de recherche et de soins ; par ailleurs, il n'a pas encore nettement défini sa relation aux sept cancéropôles interrégionaux précédemment créés. Plus généralement, l'INCa n'a pas assez échangé et informé sur sa stratégie.

Un « contrat d'objectifs et de moyens » permettrait de clarifier le rôle de l'INCa. Il devrait s'appuyer sur des débats stratégiques au sein des instances de l'INCa et plus généralement de la communauté cancérologique. Le principe pourrait en être que l'INCa, concepteur, facilitateur, évaluateur, n'est opérateur qu'exceptionnellement et par défaut. En cas de carence, temporairement et sur un programme, une organisation et des moyens validés, il pourrait intervenir directement. Des modifications législatives et réglementaires devront traduire ensuite ces ajustements. Le cahier de charges de l'implantation envisagée à Boulogne Billancourt devra tenir compte de cette configuration de l'INCa.

Ses fondations mieux assises, l'INCa pourra utilement se consacrer à l'animation et l'évaluation du plan cancer et à l'élaboration concertée de sa nouvelle étape 2007-2010.

CONCLUSION (p. 63)

L'INCa a un an. Son Président s'était publiquement donné ce délai pour en assurer le lancement. Cette année a été productive dans la mise en oeuvre du plan Cancer. Ce pari volontariste, qui a ses avantages dans un champ très conflictuel, explique cependant beaucoup des tensions qui entravent maintenant l'INCa. Il convient de tirer les leçons de l'expérience et, la polémique dépassée, d'asseoir sa dynamique sur de meilleurs fondements. Un large consensus porte une appréciation favorable du plan Cancer, sur l'action de la Mission interministérielle et sur les principes fondateurs de l'INCa. Moins d'un an après son institution, il serait déraisonnable de prétendre évaluer l'action propre de l'INCa qui « tuile » souvent les actions antérieures. Il faut aussi faire la part du positionnement d'accompagnateur gratifiant de la Mission, plus aisé que celui de l'INCa.

Il n'y a ainsi pas lieu de revenir ici sur :

- le parti d'une organisation transverse recherche – prévention - soins autour du patient.

Il est certes contesté, mais se fonde sur de bonnes pratiques à l'étranger et mérite à tout le moins une expérimentation longue. On peut même considérer que l'INCa devrait mieux mettre en valeur sa spécificité en la matière et la traduire plus nettement dans son programme d'actions.

- le choix du statut de groupement d'intérêt public (GIP). Sans doute la pérennité attendue comme la nature des recettes, fonds publics en quasi-totalité, pourraient incliner vers une transformation en établissement public, comme c'est le cas pour l'Agence nationale de la recherche. Les trois piliers de la gouvernance, tutelle, contrôle et management interne dûment renforcés peuvent toutefois suffire.

En revanche il reste douteux qu'un GIP ait, en soi et hors les appuis circonstanciels, l'autorité nécessaire pour assurer la mise en oeuvre du Plan cancer et moins encore la configuration nécessaire à la formulation consensuelle des objectifs au-delà de 2007. Il est donc souhaitable de rétablir un délégué interministériel à cette fin. Il organiserait la consolidation des flux financiers et des réalisations, exercerait une fonction d'alerte et animerait un groupe de travail semblable à la commission de 2003 pour définir l'avenir du plan Cancer. Il exercerait en outre le rôle d'interlocuteur privilégié au nom de l'Etat en ayant le titre de Commissaire du Gouvernement.

L'INCa n'a pas été mis en oeuvre exactement selon la conception d'origine, déjà ambiguë, de ses missions. L'INCa a orienté sa mission vers l'action directe. Les métaphores de « la tour de contrôle » puis du « pilotage »- du dépistage, de l'offre de soins de qualité, des cancéropôles ont servi de transition du « faire faire » de la Mission interministérielle vers le « faire » maintenant re-

vendiqué par l'INCa. Parfois la carence en est le motif, ou une appréciation critique de l'existant.

La jauge des effectifs de l'INCa était initialement estimée à 100 environ. Les locaux initiaux avaient été prévus en conséquence. L'effectif actuel tend vers 200, après une brutale accélération des recrutements au début de 2006. Cela traduit une modification des missions de l'INCa qui n'a pas fait l'objet d'une réflexion stratégique suffisante avec les tutelles ou le conseil d'administration.

Des chantiers innovants sont encaimés par des querelles de territoires et les chantiers classiques se heurtent à la difficulté d'animer le terrain, ce pour quoi il est ni organisé ni habilité.

Entre « agence de moyens », « opérateur » et « institut », entre « petit INCa animateur et normalisateur » et « gros INCa acteur », il convient donc de trancher clairement. Il est ainsi souhaitable de cantonner l'INCa sur son champ transverse aux fonctions stratégiques :

organisation, référentiels, contenus intellectuels des appels d'offres, alerte et évaluation. La référence à l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) pourrait utilement guider ce recadrage. Des opérateurs, directions de ministère pour la réglementation et le financement, services déconcentrés ou organismes divers de terrain, (ARH, GRPS, cancéropôles), les établissements nationaux de recherche et les autorités indépendantes (Haute Autorité de Santé, Haut Conseil de la Science et de la Technologie (HCST), Agence d'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES)... seraient ses relais, par conventions ou dans un lien hiérarchique selon le cas, mais de toute façon, de manière précise, documentée, évaluée.

La mission et la taille envisagées initialement – environ 100 salariés - correspondent sans doute au maximum de valeur ajoutée pour une structure stratégique avec le minimum de coûts financiers et de frictions dans un champ chargé d'institutions. D'ailleurs même avec le double, l'INCa n'est pas organisé pour assurer une bonne prise sur le terrain.

On peut cependant hésiter entre une limitation drastique, allant jusqu'à déléguer la conduite des appels d'offres selon le modèle de l'Agence nationale de la recherche, ou le maintien de son intervention dans le périmètre même de l'INCa. La même interrogation porte sur le rôle éventuel de l'INCa comme tête de réseau des cancéropôles et des organisations de dépistage.

L'évaluation doit être clairement séparée de la normalisation et davantage encore de l'attribution des financements.

La plus-value sur laquelle l'INCa est attendu est l'autorité et la légitimité qu'il acquerra progressivement dans l'évaluation, plus que la rationalisation d'un dispositif médical et scientifique particulièrement dense.

A tout le moins, une procédure particulière devrait encadrer ses actions directes : une convention avec le ministère ou les organismes concernés, un examen par son conseil d'administration, un dispositif d'évaluation, voire une section budgétaire particulière. Un toilettage des textes instituant serait alors opportun, clarifiant les concepts flous et inscrivant l'INCa dans les dispositifs existants.

On peut s'interroger aussi sur l'opportunité de dégager l'INCa de toute tâche de gestion, en les confiant à un autre organisme public, mieux structuré à cet effet. Ce devrait au moins être le cas de la conduite du projet d'implantation à l'île Seguin. Au demeurant la dimension de ce projet dépend de la taille de l'INCa. Sa définition est donc un préalable qui semble avoir échappé jusqu'à présent au montage envisagé. Un schéma à 8.000 m², qui figure dans des documents contractuels, est préoccupant, et en tous cas non cohérent avec les préconisations du présent rapport.

Si l'INCa conservait sa gestion en propre, une revue des risques et une évaluation des contrôles internes naissants seraient utiles. La référence à l'instruction comptable « M95 », sans doute peu adaptée à la nature des recettes – subventions de l'Etat à 95% - et des dépenses – subventions à des organismes publics ou associations - comme au positionnement souhaité de l'INCa, pourrait être corrigée, et la « M91 » -établissements publics administratifs- adoptée. L'analyse des risques et les référentiels de contrôle interne devraient être étendus aux appels d'offres, à leur suivi et à leur évaluation. Elle devrait conduire à définir des cahiers de charges pour les bénéficiaires des financements de l'INCa. Le contrôle économique et financier et l'agent comptable devraient être organisés et leur champ défini en fonction de ces risques et de l'évolution de leur cantonnement par les contrôles internes.

Un contrat d'objectifs et de moyens, d'ailleurs prévu dès l'installation, stabiliserait ces évolutions.

Une gouvernance renouvelée est nécessaire pour conduire cette stabilisation. L'organisation des instances et surtout leur conduite comme l'animation des équipes de l'INCa n'ont pas été à la hauteur des enjeux et des difficultés de la lutte contre le cancer. Une clarification de la répartition des compétences entre la présidence et la direction générale, l'association effective du conseil d'administration dûment informé et doté d'un bureau et d'un comité d'audit, la nomination d'un commissaire du Gouvernement sont des améliorations urgentes. Par ailleurs, une structure distinguant davantage le conseil et le contrôle du management est souhaitable. Le modèle conseil de surveillance – directoire paraît adapté.

Mais un INCa efficace, c'est-à-dire facilitateur, le cas échéant aiguillon, légitime par sa capacité d'évaluation, appelle une animation par des personnalités complémentaires qui cumulent des vertus de rigueur, de volontarisme et de diplomatie. Déjà un changement de ton, parallèle au déroulement de la mission,

a permis de renouer des relations avec l'environnement qui augurent d'une meilleure efficacité du dispositif de lutte contre le cancer.

La préparation du conseil d'administration de l'été 2006 donne lieu à des concertations entre les administrations et à d'opportunes mises en question des projets initiaux de l'INCa. Il en est de même de la décision du Président de l'INCa d'abandonner toute prétention de l'Institut à une copropriété intellectuelle sur les résultats de travaux financés (cf. le courrier aux administrateurs en date du 15 juin 2006).

J. Batail

J.-F. Guthmann

A.-R. Kirsch

LISTE DES RECOMMANDATIONS

(reprises intégralement par l'UNHPC, avec mention du chapitre concerné)

II. La gouvernance générale de l'INCa et ses organes

Recommandations pp. 17 & 18

1. Remanier au plus vite la gouvernance

L'INCa associe de multiples parties prenantes dans le développement d'une vision stratégique, et la gestion de crédits publics importants... Il conviendrait d'examiner l'institution d'un Conseil de surveillance et d'un Directoire, aptes à articuler les diverses compétences et légitimités en matière de recherche, de soins et de gestion.

A défaut,

a) Valoriser le rôle du Conseil d'administration

Les pratiques, aux niveaux réel et symbolique, doivent valoriser le rôle du Conseil d'administration et favoriser l'implication des administrateurs, pour permettre un débat plus substantiel et constructif. Des réunions de Bureau pourraient sans doute concourir à cette dynamique.

Il est nécessaire de limiter le risque de face-à-face stériles au sein du Conseil d'administration. La présence au sein du Conseil d'administration de "*huit personnalités qualifiées*" ("*quatre représentants des professions de santé médicales et paramédicales et quatre personnalités choisies pour leur intérêt particulier pour le cancer*") pourrait être développée. La désignation d'"administrateurs indépendants" pourrait s'inspirer des pratiques d'entreprises.

b) Réviser les dispositions du règlement intérieur relatives à l'articulation entre le Président et le Directeur général

Le Président et la Directrice générale en fonctions lors de l'adoption du règlement intérieur ont montré leur capacité personnelle de collaboration. Il n'y a toutefois pas lieu de préjuger que les présidents et les directeurs généraux futurs voudront reconduire leur mode d'articulation. En outre, dans la mesure où la convention constitutive de l'INCa affirme le pouvoir exécutif du Président et dans la mesure où ce texte resterait inchangé, il

conviendrait que les délégations, si elles sont nécessairement très substantielles, restent limitées.

2. Constituer un Comité d'audit ; garantir son rôle et celui du Comité de déontologie

L'action du Comité de déontologie montre le volontarisme de ce dernier, mais aussi la diversité et l'ampleur des sujets qui sont susceptibles d'être traités au-delà des attributions du Comité telles qu'elles sont définies stricto sensu par le règlement intérieur. Dans ce contexte, la constitution d'un Comité d'audit apparaîtrait pertinente.

Par ailleurs, il serait bon d'éviter toute dérive susceptible de nuire à l'autonomie du Comité de déontologie et du Comité d'audit vis-à-vis des équipes de l'INCa ; à cet égard, les conditions de nomination et de fonctionnement doivent être revues.

Un suivi des relations financières entre l'INCa et ses administrateurs serait de bonne gestion. En particulier, l'INCa doit donner suite à une réflexion qu'elle vient de lancer : elle devrait faire le choix d'introduire dans son règlement intérieur des dispositions inspirées par les articles L 225-38 et 39 du Code du commerce, qui imposent aux sociétés anonymes, en fonction de la convention considérée, soit une approbation du Conseil préalable à la signature de la convention, soit l'information a posteriori du Conseil et du Commissaire aux comptes.

3. Prévoir la mise en place d'un Commissaire du Gouvernement

Il a été signalé que l'article L 1415.4 du Code de la santé publique excluait la nomination d'un Commissaire du Gouvernement auprès de l'INCa. Cette disposition mériterait d'être reconsidérée : quelles que soient l'origine et la situation propres du Commissaire du Gouvernement, celui-ci peut être utile pour que les diverses administrations intéressées par l'INCa aient une position mieux coordonnée ; par voie de conséquence, il peut être utile à l'équipe dirigeante de l'INCa elle-même.

4. Adapter le contrôle économique et financier au niveau des enjeux

Il serait sans doute préférable que les modalités d'exercice du contrôle économique et financier de l'État, au lieu d'être formellement définies par le Conseil d'administration de l'INCa, soient à l'avenir définies par un arrêté pris en application de l'article 9 du décret n° 55-733. Il est en outre recommandé que cet arrêté, conformément à une solution courante, laisse des marges de manoeuvre au responsable du contrôle, notamment pour la fixation des seuils dont le dépassement appelle le visa préalable (ces seuils pouvant évoluer en fonction des priorités du contrôle, le cas échéant en concertation avec le Président de l'INCa). En tout état de cause, il convient de veiller à une présence forte du Contrôle économique et financier, dans

un organisme dont le rôle est difficile, qui gère de forts enjeux et dont l'élan doit s'accompagner de la définition et de l'adaptation de ses modes d'action et de gestion.

III. Les mécanismes budgétaires et comptables, les programmes et les indicateurs, les plans d'action et les rapports d'activité

Recommandations pp. 23 & 24

1. Réviser les dispositions du règlement intérieur relatives aux mécanismes budgétaires ; revoir la présentation des comptes ; donner sa pleine extension au système des objectifs et des indicateurs.

Le règlement intérieur adopté par le Conseil d'administration, s'il s'inspire de façon louable des principes de la Loi organique sur les lois de finances (la LOLF), organise des mécanismes budgétaires qui laissent sans portée suffisante le vote du budget prévisionnel par le Conseil, et qui laissent à l'ordonnateur des marges de manoeuvre susceptibles d'être jugées excessives (ou à tout le moins d'être mal comprises). Ainsi, dans le contexte de la "fongibilité" des crédits au sein de chacun des chapitres budgétaires, l'architecture du budget (qui comporte seulement trois chapitres) a pour effet que le vote du Conseil d'administration sur les dépenses de l'année à venir, même s'il est fondé sur des prévisions détaillées, ne s'avère finalement contraignant que par le biais de trois chiffres : le montant maximum des dépenses de personnel, le montant maximum des dépenses de fonctionnement courant et le montant maximum des investissements (et encore des virements sont-ils possibles du chapitre des dépenses de personnel vers le chapitre des dépenses de fonctionnement courant). Un découpage du budget avec des chapitres en nombre accru et au contenu révisé renforcerait utilement le sens du vote du budget prévisionnel.

L'arrêté des comptes, au-delà de la présentation détaillée des dépenses réparties en fonction de leur nature, doit s'accompagner d'une présentation détaillée des dépenses réparties en fonction de leur destination (c'est-à-dire les programmes et actions associées) (à l'instar du budget prévisionnel).

Enfin, le principe de la fongibilité des crédits au sein de chaque chapitre et les marges de manoeuvre correspondantes accordées à l'ordonnateur doivent avoir pour contrepartie (conformément à l'esprit de la LOLF) un dispositif rigoureux d'objectifs et d'indicateurs. Des initiatives ont été prises en ce sens par les équipes de l'INCa ; il convient de donner une suite pleinement satisfaisante à cette démarche.

2. Permettre une meilleure articulation entre les objectifs et indicateurs de l'INCa et les objectifs et indicateurs de l'État que feront apparaître la Loi de finances pour 2007 et son "projet annuel de performance".

Cette orientation suppose un effort conjoint des administrations de l'État et de l'INCa. Elle est de nature à permettre une plus grande convergence des actions et une meilleure visibilité sur le chantier majeur de la lutte contre le cancer.

3. Concrétiser, sans doute en 2007, le projet d'élaborer un "contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens" entre l'État et l'INCa.

Un tel contrat est prévu par le règlement intérieur de l'INCa et par le "projet de performance" de l'État. De fait, des orientations pluriannuelles seraient utiles pour établir sur des bases solides et convenues l'articulation de l'INCa avec les Pouvoirs publics, notamment en ce qui concerne les moyens, les objectifs et les indicateurs.

IV. Quelques autres aspects du fonctionnement interne de l'INCa

Recommandations pp. 36 & 37

1. Maîtriser la croissance des effectifs et des dépenses de personnel ; assurer une gestion stratégique et prévisionnelle des ressources humaines.

La situation des effectifs, dont la croissance a été extrêmement rapide et doit être maîtrisée, devrait faire l'objet d'une réflexion stratégique explicite (déterminant notamment les parts adéquates du "faire" et du "faire faire").

Compte tenu de la taille qu'il a atteinte, l'INCa devrait désormais faire l'objet d'un suivi par la CIASSP (la Commission interministérielle d'audit salarial du secteur public). Il pourrait de même faire l'objet du "cadrage salarial" habituel pour les organismes publics nationaux.

La concentration des embauches sur 2005 et 2006 peut déboucher sur un vieillissement progressif des équipes, avec peu de départs à la retraite et désormais peu d'arrivées. Ce vieillissement dans une structure de taille limitée, avec de faibles perspectives de promotions, peut constituer à terme une préoccupation. Il conviendrait de ménager le maximum de possibilités de mobilité des agents, par exemple grâce à une proportion notable d'agents issus de la Fonction publique et susceptibles de souhaiter y retourner.

2. Renforcer l'attention générale à la gestion et la rigueur de celle-ci.

Divers exemples ont illustré l'intérêt d'une plus grande rigueur.

Cette rigueur ne doit pas être limitée à l'INCa. Après une phase où l'INCa était portée par le lancement du "Plan Cancer" et bénéficiait d'un élan politique national, il convient que toutes les administrations (Directions d'administration centrale, Contrôle économique et financier...) soient vigilantes dans l'action quotidienne et pleinement impliquées pour assurer les décisions et formalisations utiles. La rigueur attendue chez l'ordonnateur a vocation à être complétée par la rigueur de l'agent comptable, pour lequel le refus de paiement peut constituer une latitude légitime, d'ailleurs contrebalancée par les possibilités de réquisition dont l'ordonnateur dispose.

3. Réexaminer la gestion des marchés.

Le chapitre consacré à la gouvernance avait recommandé que le Comité de sélection des offres soit complété par appel aux compétences et au regard extérieur d'au moins un administrateur, et que le représentant du Contrôle économique et financier soit associé avec voix consultative. Un audit plus précis des marchés passés devrait être entrepris et identifier des voies d'amélioration. Le règlement intérieur et les pratiques doivent viser un appel à la concurrence plus efficient.

4. Limiter les risques, notamment pour les opérations immobilières

La croissance très rapide des effectifs, le déménagement réalisé en 2006 vers la rue André Morizet de Boulogne-Billancourt et le déménagement prévu vers l'Île Séguin en 2009, le passage du GIP de préfiguration vers le GIP définitif, le renouvellement des équipes de direction, etc., créent un risque d'erreurs et de contentieux.

La plus grande prudence devrait s'attacher aux opérations immobilières. L'immeuble de l'Île Séguin devrait éviter tout surdimensionnement. Sa gestion par l'INCa ne s'impose pas ; une solution d'adossment à un opérateur compétent serait opportune. Le conseil d'administration devra être saisi d'une "remise à plat".

5. Renforcer la maîtrise des dépenses de fonctionnement.

L'indicateur constitué par les dépenses de fonctionnement rapportées aux dépenses totales est pertinent dans son principe. Il doit avoir une définition précise et partagée, faire l'objet de prévisions pluriannuelles et faire l'objet d'un suivi (avec notamment une implication du

En marge du suivi de l'indicateur proprement dit, il serait utile d'assurer une certaine prise en compte des dépenses assumées par les collectivités territoriales.

Le respect du plafond de 15 %, s'il est maintenu, appelle un renforcement de la maîtrise des dépenses. Celle-ci implique la plus grande prudence dans la gestion des effectifs et des opérations immobilières.

V. L'action de l'INCa relative à la prévention, au dépistage et aux soins ; les innovations thérapeutiques et la prise en charge des patients

**1 - Prévention et accès aux soins :
l'insertion de l'INCa est le critère d'efficacité**

1 - L'organisation des soins en cancérologie

- L'INCa devrait formaliser sa relation avec les ARH. La synergie est évidente en matière d'organisation des soins. On verra qu'elle est justifiée en matière de dépistage. L'INCa pourrait ainsi participer au GIP ARH. Il pourrait financer un correspondant, qui assurerait les liaisons utiles.
- Des relations plus continues avec les sociétés savantes devraient à la fois alimenter les initiatives de l'INCa en matière d'organisation et de bonnes pratiques de soins et pacifier un champ excessivement conflictuel.
- Un approfondissement de la relation avec la HAS paraît enfin nécessaire tant la coproduction de la régulation s'impose. La convention passée entre l'INCa et la HAS ne paraît pas assez précise et opérationnelle pour supporter une collaboration nécessairement intense lors de la labellisation des équipes. La lisibilité du dispositif de labellisation et la synergie devraient l'emporter sur les luttes de territoire.

2. Le dépistage du cancer du sein

1 - Il convient de choisir résolument entre deux solutions :

La première solution consiste à donner à l'INCa la charge directe du dépistage. Mais l'INCa n'a actuellement aucune compétence « de terrain ». Cela implique d'organiser le département de l'INCa chargé du dépistage en fonction de ce nouveau profil opérationnel, DRASS ou agent chevronné de la DGS. La taille de l'INCa en serait fortement accrue. L'INCa devrait recevoir compétence directe sur les services déconcentrés chargés de la mise en oeuvre concrète. Une révision de la convention Santé- INCa serait nécessaire. Un toilettage de la loi ou

l'insertion de l'INCa dans le décret organisant le ministère chargé de la santé clarifierait davantage encore. La DGS devrait réviser son rôle et son organisation, tête d'un réseau d'agences plutôt qu'acteur de la politique de santé publique. Les délais de mise en oeuvre d'une telle orientation et de son appropriation par les acteurs ne plaident pas en sa faveur.

La deuxième solution consiste à s'inspirer de la convention INCa - DHOS : Les crédits pourraient rester gérés par la DGS. Une convention donnerait à l'INCa toute latitude pour proposer la stratégie et évaluer les pratiques. Il pourrait aussi préparer les cahiers de charges du financement des structures de gestion, pour décision par la DGS, comme dans le cas des appels à projets du programme de recherche clinique hospitalière avec la DHOS. L'INCa serait bien ainsi le « pilote » du dispositif, comme l'a prévu le Ministre. D'autres conventions avec les Préfets- DRASS- GRSP clarifieraient les rôles, les objectifs, les barèmes et les résultats attendus, sans démobiliser aucun des acteurs. Ce pourrait être l'affaire de peu de mois. L'animation du dépistage à l'INCa appellerait alors un changement, moins de profil professionnel que d'esprit.

Dans un second temps, les ARH pourraient être chargées d'organiser le dépistage au plan régional, quitte à ce qu'elles animent les structures de gestion. L'association qu'elles assurent entre l'Etat et l'assurance maladie, leur connaissance du terrain et leur acquis de crédibilité y incitent.

- 2 - En tout état de cause, l'INCa devrait donner priorité au développement d'une recherche orientée vers la préconisation sur le dépistage et son évaluation. Il lui appartient d'asseoir sa crédibilité scientifique et pratique en la matière. Il convient ainsi de mieux fonder la décision sur la numérisation des mammographies, dont l'impact sanitaire, économique et sur l'organisation de l'offre de soins mérite une attention particulière. A ce titre, le recours aux ARH serait opportun.

Pour les autres dépistages, la problématique sanitaire, économique et technique est très diverse. L'INCa doit au minimum en valider les fondements scientifiques et les protocoles avant d'imaginer l'organisation du dispositif.

Enfin la relation INCa – DGS doit être normalisée : le niveau des conflits personnels n'est pas compatible avec l'efficacité. Le circuit d'informations et de décisions entre la DGS, le cabinet et l'INCa s'est écarté des bonnes pratiques administratives. Le rôle de la DGS, tête de réseau d'agences de diverses natu-

res, qui a fait l'objet d'orientations successives et contradictoires toujours dans les esprits, mériterait une réflexion interne aidée par un regard externe.

**2 – L'innovation thérapeutique et la préoccupation du patient :
L'INCa n'assume pas (encore) son rôle**

- L'INCa a le choix entre le renforcement de son positionnement vis-à-vis des patients et de leurs proches et le retrait, laissant les associations très actives assumer cette démarche, quitte à s'appuyer plus nettement sur elles pour nourrir ses comités d'évaluation. Cette dernière orientation aurait le mérite d'apaiser ses relations avec des acteurs importants de la lutte contre le cancer.
- Elaborer un dispositif de diffusion des bonnes pratiques, de cahiers de charges et d'évaluation de la recherche clinique autour des établissements de soins et des cancéropôles, une fois le climat apaisé (cf. ci-après recherche) ;
- Dessiner une carte situant l'INCa dans le réseau des institutions de financement et d'évaluation de la recherche clinique et de normalisation de ses produits, garantissant la déontologie de ses interventions ;
- Sans en faire un absolu, l'animation de la recherche clinique pourrait être la spécificité de l'INCa et sa valeur ajoutée au dispositif de financement de la recherche, laissant à l'Agence nationale de la recherche le financement des autres champs et lui apportant son appui pour l'évaluation des projets touchant à la cancérologie.

Conclusion :

- établir un suivi des financements consacrés à la lutte contre le cancer par établissement, région et nature à partir de la matrice esquissée pour le volet soins ;
- organiser le département : organigramme, effectifs, missions, évaluation ;
- préparer les protocoles d'évaluation du plan Cancer pour l'étape ultérieure ;
- réaffecter en continu les fonds aux canaux normaux de la santé publique dès que c'est possible.

VI. La recherche en cancérologie

Le Conseil scientifique

La gouvernance du Conseil scientifique doit lui permettre d'émettre des vues critiques par rapport aux choix proposés par la Direction ; aussi il convient d'en affiner les conditions de fonctionnement et notamment :

- de réserver une part du temps des débats à une réflexion à huis clos hors la présence de la Direction pour permettre une totale indépendance d'expression de ses membres,
- d'organiser des « comités ad hoc » pour approfondir les points en débat,
- de développer les échanges écrits à partir d'une base documentaire préparée par la direction.

Il conviendra de remanier la composition du Conseil Scientifique (en constatant la démission d'office des membres qui ne se sont pas manifestés) et en faisant venir des personnalités scientifiques de disciplines non ou sous-représentées telles que : santé publique, épidémiologie, bio-statistique, sciences humaines et sociales et éthique médicale.

La gestion des appels à projet

Mettre en oeuvre des contrats de recherche d'une durée de 5 ans, couvrant un « coût complet » et soumis à une procédure rigoureuse d'évaluation.

La propriété intellectuelle

Abandonner toute prétention à un quelconque droit de propriété intellectuelle (ou droit patrimonial attaché à un droit d'auteur) sur les résultats des travaux financés par l'INCa .

Soutenir par l'expertise et - le cas échéant - par des concours financiers les efforts des équipes de recherche pour la protection juridique et la valorisation de leurs travaux.

Le projet de fonds d'amorçage

Organiser un partenariat avec OSEO-Anvar sur la mise en place d'un fonds d'amorçage dont la gestion serait assurée par cette dernière ;

S'assurer de la complémentarité avec le programme « émergence et maturation de projets » lancé par l'ANR

Le projet de fonds d'investissements et de création d'entreprises

Développer avec l'Epic Oséo et ses filiales Oséo-Anvar, Oséo-Bdpme et Oséo-Sofaris des produits labellisés INCa pour inciter les investisseurs en capital-risque à intervenir dans le champ de la cancérologie.

Inscrire un volet « valorisation de la recherche » dans les accords de partenariat que l'INCa signe avec les établissements de recherche et conforter la capacité financière des sociétés de valorisation.

Les différents champs de recherche

Clarifier le partage de responsabilité entre l'ANR et l'INCa autour des collections d'échantillons tissulaires.

Les cancéropôles

Afficher le rôle de l'INCa comme tête de réseau des cancéropôles aux côtés des instances de gouvernance de l'INCa.

Créer un conseil stratégique « territorial » formé des directeurs des sept cancéropôles et des directeurs des départements scientifiques de l'INCa pour permettre le pilotage et la coordination des cancéropôles.

Mieux distinguer dans les procédures d'appel d'offres :

- les appels à projets d'excellence à fort contenu en recherche fondamentale ou recherche clinique ;
- les appels à projets « structurants » faisant davantage appel à la logique de solidarité et d'égalité d'accès aux innovations pour les patients.

Inscrire les interventions de l'INCa dans le contexte des pôles de compétitivité.

Les relations INCa/GIP-ANR

Il convient que l'INCa contracte avec les autres agences de moyens : Agence Nationale de la Recherche, Ministère de la Santé, mais aussi, s'agissant des projets pilotés par des entreprises : Oséo-Anvar, Ministère de l'Industrie, Agence de l'Innovation Industrielle, collectivités territoriales, afin de clarifier le rôle de chacun ; ceci sera particulièrement nécessaire s'agissant des projets qui s'inscriront dans les pôles de compétitivité.

Le même effort de clarification devra être mené avec les importants bailleurs de fonds caritatifs : Ligue Nationale contre le Cancer, Association pour la Recherche contre le Cancer, Fondation pour la Recherche Médicale...

La loi crée par ailleurs deux instances majeures

L'INCa doit intégrer le contexte de la nouvelle loi d'orientation sur la recherche dans l'élaboration de sa politique. En particulier :

Elle doit inscrire ses choix stratégiques dans la cohérence des orientations du Haut Conseil de la Science et de la Technologie (HCST) ;

Elle doit organiser l'évaluation de ses programmes et de la qualité de ses procédures, et se faire évaluer elle-même par l'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES).

Document n° 13

Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France

Jean-François Girard
Françoise Lalande
Louis-Rachid Salmi
Stéphane Le Bouler
Laetitia Delannoy

Août 2006

Ce rapport, dit "rapport Girard", a été rendu public le 6 Octobre 2006.

Les analyses comme les recommandations que ce rapport propose rejoignent le thème de ces Rencontres sur bien des points (*multiplication des organismes, séparation des fonctions d'expertises et de gestion, nombre croissant d'interfaces, complexité, manque de "chef d'orchestre", clarification du dispositif institutionnel, nécessaire distinction des champs, des méthodes et des acteurs de l'évaluation, de la recherche, de la gestion et de l'analyse stratégique, recherche d'un modèle plus simple, plus réactif, plus complet et plus efficient, réforme de l'administration centrale, clarification des rapports entre les services et les agences...*), c'est pourquoi nous le présentons ici.

On en trouvera ci-après le sommaire ainsi que l'intégralité de la synthèse telle qu'elle apparaît dans les premières pages.

Le rapport intégral est téléchargeable (deux documents : rapports et annexes) sur le site du Centre d'Analyse Stratégique, à l'adresse suivante :

<http://www.strategie.gouv.fr>

Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France

SOMMAIRE

(Rapport : 99 pages + annexes : 14 pages)

SYNTHESE DU RAPPORT

INTRODUCTION

CHAPITRE 1 : L'ESSOR DE LA SANTE PUBLIQUE : PLACE ET RÔLE DES CRISE

- 1 Morphologie des crises**
 - 1.1 Qu'est-ce qu'une crise ?
 - 1.2 Typologie des crises
 - 1.3 Les ferments de la crise sanitaire
- 2 Le paradigme des maladies émergentes ou la garantie de crises à répétition ?**
- 3 Des fonctions en quête d'organisation**
 - 3.1 La veille comme posture
 - 3.2 La surveillance comme institution
 - 3.3 L'évaluation comme procédure
 - 3.4 La recherche en partage
 - 3.5 L'alerte
 - 3.6 Planifier utile
 - 3.7 Investir dans la gestion de l'information
 - 3.8 L'analyse anticipée des menaces ou la place de la stratégie
- 4 Au fil des crises, d'importants efforts ont été accomplis dans l'évaluation et la gestion des risques**
 - 4.1 Depuis vingt ans, chaque nouvelle crise a le plus souvent suscité la création d'organismes ad hoc
 - 4.2 Ces organismes ont été remplacés dans un second temps par d'autres structures, conçues selon plusieurs principes
 - 4.3 La construction de l'ensemble s'est faite par tâtonnements successifs
 - 4.4 La France n'est pas restée isolée et des actions internationales se sont développées simultanément pour assurer veille et évaluation des risques sanitaires

CHAPITRE 2 : LE DISPOSITIF FRANÇAIS ACTUEL ET SES LIMITES

- 1 Malgré les tentatives d'organisation, le système français est resté incomplet et confus**
 - 1.1 La complexité du système s'est accrue de façon excessive
 - 1.2 Les conflits de rôle et de compétence n'ont pas tous été réglés
 - 1.3 Des fonctions prises individuellement insuffisamment remplies
 - 1.4 Un dispositif mal coordonné qui manque de cohérence d'ensemble

2 Le modèle national est décliné uniformément sur le territoire et de façon confuse

- 2.1 Les risques, les moyens et les contraintes ne sont pas les mêmes partout
- 2.2 Les services déconcentrés responsables sont trop nombreux et le partage de leurs missions n'est pas clair
- 2.3 Les difficultés des départements d'Outre-mer ne sont pas suffisamment prises en compte

CHAPITRE 3 : RECOMMANDATIONS**1 Renforcer l'analyse stratégique et la réactivité en vue de la décision**

- 1.1 Mettre en place une instance de concertation interministérielle sur la veille et la sécurité sanitaire
- 1.2 Deux priorités interministérielles
- 1.3 Renforcer les compétences stratégiques au ministère de la Santé
- 1.4 Renforcer les relations contractuelles administration centrale - agences
- 1.5 Mobiliser les ressources ordinaires face à la crise
- 1.6 Une réforme de fond de l'administration centrale du ministère de la Santé

2 Améliorer la surveillance et la veille

- 2.1 Les ressources de la surveillance et de la veille : pas de moyens supplémentaires sans contreparties
- 2.2 Renforcer la coordination et la fongibilité des ressources des opérateurs en charge de la surveillance et de l'évaluation des risques

3 Mobiliser le dispositif de recherche

- 3.1 Organiser la contribution de la recherche institutionnelle
- 3.2 Mobiliser et reconnaître l'expertise
- 3.3 Diversifier la recherche au service de la santé publique

4 Mieux répondre aux besoins territoriaux

- 4.1 Dans toutes les régions
- 4.2 Dans les DOM

CONCLUSION**ANNEXES**

- Annexe 1 : Lettre de Mission
 - Annexe 2 : Liste des personnes consultées
 - Annexe 3 : Liste des rapports consultés
 - Annexe 4 : Glossaire des sigles
-

Synthèse du rapport

Evaluer et expertiser la veille sanitaire aura été une mission sensible, complexe et ambitieuse.

Sensible car elle aura conduit à revenir sur une succession de crises avec leurs conséquences humaines et économiques et à s'interroger pour l'avenir sur la façon de les prévenir ou tout au moins d'en atténuer les conséquences. Complexe car la place de la veille sanitaire est essentielle au centre du dispositif de sécurité sanitaire et plus largement au sein de la santé publique. Aussi, l'analyse comme les recommandations ne peuventelles se cantonner au strict champ de la veille sanitaire et des institutions qui en ont la charge. Ambitieuse car la santé publique en France est jeune et a montré au cours des deux dernières décennies une capacité d'évolution et d'adaptation qui est un élément positif en soi-même, mais qui force à tenir compte du caractère récent du dispositif.

Pourtant, compte tenu du caractère stratégique de la veille sanitaire dans la prévention et le suivi des crises, rien ne doit s'opposer à envisager les améliorations nécessaires, des plus modestes aux plus ambitieuses en fonction des calendriers et des concertations nécessaires.

Ces améliorations concerneront d'abord la surveillance et la veille. Longtemps parent pauvre des outils de la sécurité sanitaire, elles doivent bénéficier d'un effort particulier en termes d'organisation, d'application des textes et de moyens. Cet effort est primordial. Il ne sera pas suffisant si les pouvoirs publics ne se dotent pas des structures indispensables pour assurer la concertation interministérielle et l'analyse stratégique qui doivent précéder la décision politique. Comme l'a démontré l'analyse des relations complexes entre la santé publique et la recherche et, au-delà, des besoins de la veille sanitaire, il est temps de donner toute sa place à la recherche en santé publique. Enfin, par définition de la veille sanitaire, l'effort ne peut s'inscrire que dans une perspective mondiale d'autant que la présence française en zone tropicale, dans les trois océans, confère des responsabilités pour répondre à tous les défis, qu'il s'agisse des aléas naturels, des maladies émergentes ou des désordres environnementaux.

I - Diagnostic

1 - La construction du système français de veille et de sécurité sanitaire

Le rôle des crises

En moins de deux décennies, le dispositif de santé publique français, encore réduit au début des années 1990 à quelques bureaux d'administration centrale et à un réseau de médecins inspecteurs confrontés à de multiples tâches admi-

nistratives, s'est construit et organisé en réponse à une succession de crises. Au sein de ce dispositif, la veille sanitaire occupe une place essentielle. Prévenir les crises évitables : telle doit être l'ambition des pouvoirs publics. Bien traitées, certaines situations ne dégènerent pas en crises et permettent au contraire au système de santé de faire la démonstration de son savoir faire (exemple de la méningite).

Par leurs caractéristiques, les maladies émergentes ou ré émergentes sont un défi permanent pour le système de veille-surveillance. Leur nouveauté, les mutations de leur diffusion spatiale obligent le dispositif de surveillance à considérer sans cesse de nouveaux agents pathogènes, de nouveaux modes de transmission ; à définir des priorités ; à établir des ponts entre la surveillance humaine, animale et végétale ; à intégrer de nouvelles capacités disciplinaires. L'obligation faite aux disciplines et aux institutions (s'intéressant spécifiquement aux différents règnes) de coopérer est, quant à elle, un défi à l'organisation administrative et universitaire de la recherche.

Au fil des crises, depuis vingt ans, d'importants efforts ont été accomplis dans l'évaluation et la gestion des risques. Chaque nouvelle crise a le plus souvent suscité la création d'organismes *ad hoc*. C'est une suite de crises liées à des produits, d'une façon ou d'une autre défectueux, qui a conduit à construire la sécurité sanitaire, appuyée sur un ensemble d'agences dotées d'effectifs et de budgets propres. Tout au contraire, l'émergence de la veille et de la surveillance a été lente, laborieuse même. Les structures en charge ont, il est vrai, démarré leur activité avant la survenue des crises, sans grands moyens, faisant de la connaissance de l'état de santé des Français le parent pauvre de cet essor de la santé publique.

La France n'est certes pas restée isolée et des actions internationales se sont développées simultanément pour assurer veille et évaluation des risques sanitaires. La montée en régime, depuis le début des années 1990, des fonctions de surveillance et d'épidémiologie d'intervention, dans le cadre du Réseau national de santé publique puis de l'Institut de veille sanitaire (InVS), s'est inspirée du modèle américain des Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sur ce modèle, la plupart des pays ont ainsi consolidé leurs capacités de surveillance et d'investigation épidémiologiques et favorisé l'émergence de formations dans ces domaines. Dans tous ces cas, la séparation des fonctions d'expertise (surveillance, veille, évaluation) des fonctions de gestion (stratégie et décision) assure une grande liberté aux premières, conditionnant sans doute leur qualité.

Un dispositif de plus en plus complexe

La complexité du système s'est accrue de façon excessive. Les nouvelles structures se sont déposées par strates successives, sans remise en cause des anciennes. Au bout du compte, le dispositif représente un ensemble relativement confus, dans lequel le nombre d'interfaces a augmenté de façon considé-

nable, sans qu'il soit toujours possible d'y distinguer les fonctions et les métiers et sans qu'un véritable chef d'orchestre apparaisse. A l'intérieur même de l'administration centrale, les conflits de compétences perdurent. Le manque de liens opérationnels entre les agences nuit en outre considérablement à l'efficacité du dispositif global.

Il s'agit là d'un des enjeux fondamentaux d'amélioration du dispositif. Pour certains, le problème se pose en des termes institutionnels. Le meilleur moyen serait de fusionner les agences répondant à des préoccupations communes. D'autres plaident pour le renforcement des liens conventionnels et des instances de concertation pour « obliger » les agences à travailler ensemble.

Pour des sujets ciblés tels que la pandémie grippale, la constitution d'une délégation interministérielle a constitué une solution opératoire. Il est cependant impossible de créer autant de délégués interministériels que d'événements de santé publique.

2 - Des fonctions en quête d'organisation

La veille : un réseau à densifier

L'attitude de veille s'appréhende sans doute mieux à travers quelques images : celle du guetteur, de celui qui voit des menaces partout, quitte à exposer à la surréactivité. Il s'agit de sortir du champ des spécialités, de diversifier au maximum les capteurs extérieurs pour récupérer des signaux générés en dehors du système. Le personnel de veille doit se caractériser par sa diversité disciplinaire et générationnelle. La veille doit être ubiquitaire, généraliste et multiple. Les organismes faisant de la veille sont nombreux et variés : les agences sanitaires, les services déconcentrés mais aussi les instituts de recherche au travers de la veille scientifique et technologique. Les mailles de ce vaste réseau de veille doivent être très serrées et l'InVS a vocation à jouer, au terme des missions qui lui ont été assignées par la loi, le rôle de tête de réseau.

Pourtant, ce système doit être amélioré. L'InVS peine parfois à s'imposer comme tête de réseau. Le dispositif de veille actuel manque ainsi de coordination. Les informations sont disponibles mais une organisation d'ensemble fait défaut. Des progrès doivent donc être faits dans le sens d'une formalisation des échanges en matière de veille.

La surveillance : consolider et diversifier

La surveillance se caractérise, comparativement à la veille, par une organisation plus continue, un souci d'exhaustivité marqué par rapport à des événements ou des menaces connus, qu'il s'agisse de s'intéresser à un large spectre de maladies ou de couvrir les populations. Elle a besoin d'expertise et fonctionne à partir de systèmes d'alimentation prévus, dans un réseau établi à l'avance. Quelle que soit sa capacité à évoluer au gré des menaces, elle ex-

pose à la sous-réactivité. On peut évoquer, pour caractériser le risque sous-jacent, l'image du collectionneur.

L'approche populationnelle est encore trop timide. Certains milieux porteurs de risques ne font pas encore l'objet d'une surveillance suffisante. La coordination entre les surveillances animale, végétale et humaine n'est pas organisée. Quel que soit le sujet d'étude, l'épidémiologie souffre d'un manque d'investissement dans les outils d'observation et de surveillance. La collecte d'informations hors du champ médical n'est pas encore dotée d'outils performants et reste insuffisamment exploitée.

Si les réseaux et systèmes de surveillance réglementaires font preuve d'une efficacité certaine, une plus grande mobilisation des professionnels de santé, notamment des médecins libéraux, permettrait d'améliorer leurs performances. La question de la réforme des vigilances des produits de santé est en outre posée, en vue d'assurer une meilleure réactivité du dispositif et une plus grande sécurité dans l'utilisation de ces produits.

Nous manquons enfin, en France, de spécialistes de santé publique, d'épidémiologistes, de biostatisticiens et de biomathématiciens, capables de faire de la modélisation, de la prospective et de traiter correctement les données.

L'évaluation : un besoin de procédure

L'évaluation est là pour juger et valoriser le risque. Elle doit être pluridisciplinaire et contradictoire. Cette fonction est exercée de façon diffuse au sein des agences de sécurité sanitaire ou des organismes de recherche. Elle est donc parfois difficile à identifier. Mais autant il faut privilégier la créativité en matière de veille, autant il faut encadrer, procéduraliser l'évaluation afin qu'elle puisse jouer un rôle de régulation.

Les agences sanitaires recourent pour l'évaluation des risques à l'expertise : elles peuvent solliciter soit des collaborateurs en interne si leurs compétences le permettent, soit des chercheurs à titre individuel ou constituer des groupes d'experts *ad hoc* pour une question particulière ou en urgence. Enfin, elles peuvent s'adresser directement aux organismes de recherche. L'expert constitue donc le pivot, la passerelle entre le monde de la surveillance et celui de la recherche.

Si certaines avancées dans le domaine de l'expertise doivent être soulignées (développement des normes « qualité en expertise », mise en place de procédures de déclaration d'intérêts, constitution en cours d'un Département de la recherche en santé publique à l'INSERM et création d'un Institut Virtuel de Recherche en Santé Publique - IVRSP), il reste bien des lacunes à combler. Les experts sont ainsi extrêmement sollicités sans réel encadrement. A la différence de la production scientifique, la fonction d'expertise n'est vraiment reconnue ni dans les carrières et les promotions, ni dans les rémunérations.

Les lacunes de la recherche en santé publique

Quelle est la place de la recherche dans la mission veille-surveillance-évaluation ? De quelle recherche parle-t-on au juste ? Qui fait de la recherche ? Quel est le rôle des chercheurs ? Force est de constater que s'il est bien un champ qui n'est pas de la recherche mais où la recherche et les chercheurs sont partout, c'est celui de la veille-surveillance-évaluation des risques.

La recherche (aussi bien la recherche biomédicale que celle en sciences sociales) doit consolider la mission de surveillance des maladies et des populations. Le développement par la recherche de nouveaux tests biologiques, de systèmes de typage moléculaire des agents infectieux est un apport à la surveillance. Les connaissances en matière de traitement de l'information doivent venir conforter les outils d'observation. La veille se nourrit des disputes et controverses scientifiques.

La question est aussi celle de la réactivité de la recherche, de la capacité à mobiliser la recherche en urgence. Certains interlocuteurs évoquent l'instauration d'une « recherche alerte » ou « recherche opérationnelle », qui permette l'analyse d'un ensemble de données, de paramètres pour en déduire des hypothèses. Il s'agit, à partir de ce constat des besoins identifiés autour de ce nouveau métier, de traiter les questions des procédures de mobilisation, des circuits et financements éventuellement dédiés.

Le renforcement de la recherche en interne au sein des agences sanitaires semble lui peu souhaitable. En plus de la question de la capacité des collaborateurs des agences à mener des activités de recherche en interne se pose celle de l'opportunité pour eux de répondre à titre individuel à des appels d'offre extérieurs. Mais surtout, si les agences ont incontestablement besoin de la recherche et doivent pouvoir exprimer leurs besoins, il convient de réfléchir à leur légitimité et à leur capacité à assurer elles-mêmes l'ingénierie des procédures d'appels d'offre (définition du besoin, sélection, animation, évaluation).

Les confusions de l'alerte

L'alerte a pour rôle de transformer une information sensible en une situation inductrice de déploiement de recherches... et d'actions. Ce n'est pas une fonction en soi mais le moyen de passer d'une fonction à l'autre, de mobiliser la fonction suivante dans la chaîne. Il s'agit d'organiser tout à la fois l'émission, les canaux de communication et la réception, ainsi que la rétroaction. Des signaux traités, des procédures d'alerte formalisées mais ouvertes, une équipe capable de recevoir l'information et d'en faire usage : telle doit être l'alerte organisée.

L'InVS a, aux termes de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, un rôle particulier à jouer en matière d'alerte sanitaire. Cependant, les autres acteurs du dispositif peuvent déclencher des alertes et ce à tous les niveaux de la chaîne. Il est parfois difficile de déterminer à quel moment quels

acteurs se saisissent de quels problèmes. Le volet gestion de l'alerte ne dispose en effet d'aucun cadre véritable. Dans certains cas, l'étape de l'alerte cognitive, c'est-à-dire inductrice de recherches, est court-circuitée ; on passe alors, très vite et très tard, de l'accumulation des faits observés à l'alarme. L'alerte tardive peut aussi résulter d'une conjonction de causes difficilement dissociables et perceptibles : erreurs sur les destinataires de l'alerte, diffusion trop large ou trop fréquente, ce qui entraîne une déresponsabilisation des acteurs et une dilution de l'information qui perd alors sa vocation (susciter une réaction).

L'analyse stratégique : la grande absente

L'urgence éloigne de l'anticipation stratégique, de l'analyse précoce et documentée des nouvelles menaces (par l'impossibilité pratique de s'y consacrer) alors même que les besoins constatés en situation de crise nous y ramènent sans cesse. L'activité des directions centrales des ministères (ce n'est pas propre au ministère de la Santé), quand elles n'ont pas de structures dédiées, leur laisse peu de temps pour définir leur stratégie interne, sans parler de celle à définir en concertation avec les agences.

De fait, la séparation des fonctions de gestion et des fonctions stratégiques n'est pas achevée, quelle que soit la direction concernée (Direction générale de la santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction générale de l'action sociale). Or la fonction stratégique est, par construction, sous-développée tant que règne la confusion. A l'étranger, certains de nos homologues ont su développer, dans tous les champs, les relations d'agence et consacrer des entités réellement stratégiques au sommet de la hiérarchie administrative.

Toujours est-il que le besoin est là : pour participer au dialogue avec les agences sous tutelle sur la définition de leur agenda, pour organiser la recherche en urgence ou la recherche opérationnelle, pour fournir des solutions documentées aux décideurs politiques, au total pour rendre les procédures d'alerte opératoires, la nécessité de construire une compétence stratégique s'impose.

Toutes ces tâches décrivent les fonctions d'état-major à assumer pour développer une démarche proactive face aux événements sanitaires et préparer des décisions, autant que possible soustraites à l'urgence.

3 - Une déclinaison territoriale uniforme et confuse

Les risques et les contraintes ne sont pas les mêmes partout en France. Or il n'est pas certain que les moyens et les budgets en tiennent compte.

Les services déconcentrés responsables sont trop nombreux et le partage de leurs missions n'est pas clair. L'éparpillement des responsables touche également les actions de surveillance et de veille : le partage des tâches entre les

Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE), les Observatoires régionaux de la santé (ORS) et les cellules de veille sanitaire des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) n'est pas toujours harmonieux. La remontée des informations véhiculées par les systèmes de vigilance gagnerait à être articulée en un système simplifié, disposant d'un guichet unique d'entrée.

Les difficultés spécifiques des départements d'Outre-mer ne sont pas non plus suffisamment prises en compte. Les moyens dont ils disposent sont faibles qualitativement et quantitativement alors que simultanément leurs besoins sanitaires sont plus élevés que la moyenne nationale.

Leur éloignement perturbe les liaisons avec la métropole et ne facilite pas l'expression régulière de leurs problèmes auprès des administrations centrales. Leur isolement rend de surcroît difficile la venue de renforts.

Ils se situent enfin dans un environnement régional et international non européen, ce qui signifie, d'une part, que l'application des réglementations européennes leur pose parfois problème et, d'autre part, que cet environnement mal connu est insuffisamment pris en compte par les tutelles.

II - Recommandations

Chacun des grands organismes du système de veille et de sécurité sanitaires français a ses événements fondateurs. Dans la jeune histoire de ces opérateurs, les évolutions du périmètre des compétences sont continues. Qu'il s'agisse de traiter un problème émergent ou de se saisir, face à la controverse, d'un problème rémanent, ou encore de poursuivre la clarification des prérogatives de gestion et d'évaluation des risques, le panorama institutionnel n'a cessé d'évoluer.

Cette réactivité, les multiples innovations générées au sein de ces institutions et dans leurs relations avec les tutelles ne doivent pas masquer le tribut payé à cette organisation de l'urgence, qui justifie aujourd'hui d'essayer de traiter les problèmes à froid. Il faut donc franchir une nouvelle étape pour un modèle plus simple, plus réactif, plus complet et plus efficient.

Plusieurs scénarios sont possibles. La mission propose une démarche graduée, permettant d'identifier dans chaque domaine : des recommandations permettant une amélioration rapide du dispositif ; des réorganisations plus lourdes, nécessitant des concertations étendues et donc un processus de mise en oeuvre étalé dans le temps.

1 - Renforcer l'analyse stratégique et la réactivité en vue de la décision

Les objectifs

- conforter la place du décideur politique ;
- simplifier l'organisation et améliorer la coordination des acteurs (entre les agences, au niveau interministériel et avec la recherche) ;
- élaborer un mécanisme de régulation de l'alerte dans l'objectif d'éviter aussi bien la surréactivité que la sous réactivité ;
- mieux structurer l'évaluation des risques émergents.

- Mettre en place une instance de concertation interministérielle sur la veille et la sécurité sanitaire, ouverte à l'ensemble des acteurs intéressés et dotée d'un secrétariat permanent robuste ;
- Consolider les efforts sur deux priorités interministérielles : les maladies émergentes et les problématiques santé-environnement ; susciter la création d'un *think tank* sur les maladies émergentes ;
- Renforcer les compétences stratégiques au ministère de la Santé, via la création d'une Direction de la stratégie ou, plus modestement, la transformation de la Cellule d'appui scientifique de la DGS ;
- Renforcer les relations contractuelles administration centrale - agences et mettre concrètement à l'agenda la question de la mutualisation des fonctions supports ;
- Envisager une réforme de fond de l'administration centrale du ministère de la Santé.

2 - Améliorer la surveillance et la veille

Les objectifs

- renforcer la surveillance épidémiologique sur certains segments du dispositif ;
- développer et diversifier les métiers de la veille et de la surveillance ;
- élargir les sources de recueil d'informations ;

- optimiser l'utilisation des données disponibles et leur circulation et mobiliser pleinement les professionnels de terrain ;
- assurer une plus grande fongibilité des ressources entre les opérateurs externes et favoriser la circulation des personnels ;
- assurer une meilleure coordination *ex ante* ou *ex post* des processus de saisine en matière d'évaluation des risques ;
- développer la démarche qualité en matière d'évaluation.

- Conforter les moyens des CIRE après une évaluation rigoureuse ;
- Faire évoluer les centres nationaux de référence (CNR) en constituant des centres par syndrome (sur la pneumonie, les maladies sexuellement transmissibles, les maladies à vecteurs), des CNR stratégiques et des réseaux entre toutes ces structures, incluant les infectiopôles (noeuds de connaissances, de recherche et de soin) ;
- Consolider la mobilisation des professionnels de santé en renforçant encore les dispositifs de communication sur les déclarations obligatoires auprès des professionnels de santé, en limitant les contraintes bureaucratiques de la déclaration et en reprenant la question d'une compensation de la charge administrative dans le cadre de la réflexion sur le « mandat sanitaire » ;
- Renforcer les moyens de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) ;
- Constituer les ressources humaines de la veille et de la surveillance : pallier le retard français qualitatif et quantitatif en matière de formation initiale à la santé publique, consentir un effort sur la durée pour former les étudiants à la veille et à l'épidémiologie, notamment via l'attribution de bourses de thèse pour des recherches dans les meilleurs centres européens ou américains ;
- Renforcer la coordination et la fongibilité des ressources des opérateurs en charge de la surveillance et de l'évaluation des risques. Pour cela, trois options sont ouvertes :
 - considérer que la diversité, la multiplicité des opérateurs est une réponse adaptée et gérer ce dispositif par la voie conventionnelle et/ou par la mise en commun de certains moyens ;
 - élargir les dimensions de l'InVS en lui adjoignant les départements de vigilance relevant de l'actuelle Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), en la dotant d'un département de traitement du signal, en lui donnant

enfin les moyens réglementaires et budgétaires d'exercer pleinement toutes ses missions ;

- remodeler le dispositif actuel autour de trois opérateurs, exerçant les trois métiers constitutifs du dispositif, à savoir la surveillance et la veille, la police sanitaire des produits et aliments destinés au consommateur ou au malade et enfin l'évaluation des risques des milieux (air, eau, sol).

3 - Mobiliser le dispositif de recherche

Les objectifs

- renforcer la recherche en santé publique ;
- mobiliser des ressources diversifiées et conforter la recherche dans ses différentes fonctions : recherche fondamentale, « recherche alerte », recherche en sciences sociales ;
- mettre en place la veille scientifique et technologique ;
- clarifier la division du travail dans l'évaluation des risques ;
- assurer une meilleure coordination des travaux d'expertise ;
- privilégier les modes de coopération qui impliquent l'institution de recherche et permettent en retour la reconnaissance des travaux d'expertise réalisés par les chercheurs ;
- densifier les efforts quant aux innovations en matière de système d'information.

➤ Organiser la contribution de la recherche institutionnelle et pour cela :

- constituer un fonds de recherche dédié, abondé par l'assurance maladie et, le cas échéant, par des partenaires privés, pour la mise en oeuvre d'appels d'offres de recherche en santé publique ;
- concentrer dans les mains d'un seul opérateur des appels d'offres de recherche des institutions du système de veille et de sécurité sanitaires. En tant que de besoin (en situation d'alerte ou de crise), les procédures devraient rendre possible l'allocation en urgence des fonds.

Dans les deux cas, le nouveau département de la recherche en santé publique de l'INSERM, appuyé sur l'IVRSP, semble à la mission un opérateur approprié.

- Mobiliser et reconnaître l'expertise :
 - développer dans le ressort de l'instance de concertation interministérielle (et donc à la DGS) un registre précis et en permanence actualisé des saisines ;
 - faciliter le transfert de personnels (chercheurs et universitaires) entre les structures et valoriser dans le cursus professionnel le travail d'expertise au-delà des publications universitaires ;
 - mobiliser prioritairement l'expertise par le truchement de l'institution de recherche et non à titre purement individuel ;
- Diversifier la recherche au service de la santé publique. A cette fin :
 - conforter les initiatives en cours : la création du département de la recherche en santé publique de l'INSERM et la constitution de l'Institut virtuel de recherche en santé publique
 - fédérer les efforts de connaissance sur les maladies émergentes, en particulier au travers d'un réseau de structures dédiées en France et dans le monde, dont le projet d'Institut de recherche et de veille sur les maladies émergentes dans l'Océan Indien serait une composante ;
 - développer la recherche sur les outils d'observation et les capacités diagnostiques.

4 - Mieux répondre aux besoins territoriaux

Les objectifs

- améliorer la coordination en clarifiant les responsabilités ;
- diminuer la complexité de la situation présente, source d'inertie et de déresponsabilisation ;
- mieux manifester la solidarité nationale à l'égard des DOM, en assurant une meilleure écoute de leurs problèmes et en facilitant les moyens d'acheminer l'aide qui doit leur être apportée.

- Réorganiser les différents acteurs locaux par la création des agences régionales de santé (ARS) en charge de toutes les missions de gestion de la crise, mais aussi de la planification préalable, des investissements nécessaires, de l'évaluation ;
- Revoir le rôle des coordonnateurs de défense afin de mieux les intégrer au fonctionnement général de l'administration déconcentrée ;

- Traiter la question des renforts et mettre en place les conditions du « plan blanc prolongé » ;
 - Spécifiquement pour les DOM :
 - renforcer les moyens des CIRE et des directions de la santé et du développement social (DSDS) dans les DOM ;
 - doter la DSDS de Guyane de locaux lui permettant de fonctionner décentement, sur un seul site ;
 - créer un correspondant DOM/TOM au sein de l'administration centrale.
-

Document n° 14

Les OQOS

(Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins)

dans le

rapport 2006 de la Cour des Comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

Ces Rencontres se sont penchées sur la distinction qu'il y avait lieu de faire entre une approche de la régulation par un Etat gestionnaire ou un Etat administrateur, un Etat producteur ou un Etat garant des objectifs de santé publique.

La tarification à l'activité - T2A - a marqué une étape importante en matière de régulation du système de soins hospitaliers. C'est sans doute pour cela qu'il a fallu plus de 20 ans pour l'implanter en France. Cette réforme est significative d'un changement de paradigme : l'hôpital passe du statut d'institution de type ecclésial (payée pour ce qu'elle est, ce qui ne veut pas dire qu'elle ne "fait" pas...) au statut d'organisation dont l'objet est de produire (payée pour ce qu'elle fait, ce qui ne veut pas dire qu'elle "n'est" pas...). Le changement culturel est important, il est d'ailleurs freiné par l'incertitude dommageable dans laquelle se trouve encore souvent l'hôpital quand à sa finalité première : certains élus privilégient encore souvent, de fait, une mission de régulation de l'investissement et de l'emploi local plutôt qu'une mission de production de soins.

La T2A est un outil de régulation économique (par les prix) encore nouveau, pour beaucoup. Comme souvent l'Etat met du temps à s'adapter à ses propres réformes, à choisir entre logiques différentes, pour ne pas dire contradictoires et souvent soutenues par des administrations ou des "bureaux" concurrents, à maîtriser ses propres outils. C'est ainsi que, durant la même année, le Premier Ministre dissout "le Plan" quand celui de la Santé supprime la "carte sanitaire", mais instaure à sa place une nouvelle planification microéconomique sous forme "d'Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins" - OQOS -, sans pour autant doter l'administration des outils d'évaluation et d'orientation stratégique nécessaires.

La Cour des Comptes relève sagement la contradiction entre deux principes de régulation peu compatibles, mais elle suggère aussi une interprétation qui leur permettrait de retrouver une logique complémentaire.

Ce sont les éléments de ce débat qui sont repris ici sous forme de courtes citations extraites du rapport 2006 de la Cour des Comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.



Les OQOS
(Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins)
dans le
rapport 2006 de la Cour des Comptes,
sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

(Mise en forme et caractères gras : UNHPC)

- *Rapport p. 174 :*
Les SROS dits de troisième génération, qui sont entrés en vigueur en mars 2006, ont l'ambition de mieux articuler l'évolution de l'offre de soins aux besoins de santé des territoires.
Deux difficultés, l'une conjoncturelle, l'autre structurelle doivent être relevées.
 - L'extrême difficulté prévisible de tenir le calendrier retenu, notamment en raison d'une période transitoire complexe à gérer pour les ARH, risque de retarder les avantages attendus de la réforme.
 - **Surtout, l'ambition de confier aux SROS un objectif de régulation des dépenses, au travers des objectifs quantifiés déclinés dans chaque établissement, pose le problème de l'articulation de cette réforme avec la T2A (cf. infra).**

- *Rapport p. 195*
Une seconde contradiction apparaît entre les procédures d'organisation physique de l'offre hospitalière, placée sous la responsabilité des ARH et la logique d'optimisation par les tarifs introduite par la T2A :
 - reconfigurer l'offre hospitalière par le truchement d'une cartographie idéale et quantifiée des prises en charge à confier à chaque structure est par nature assez antinomique avec le fait d'inciter les établissements, par le biais des tarifs, à adapter leur activité à leur performance économique (générer des gains de productivité, repérer les activités déficitaires, développer les activités rentables) ;
 - les objectifs quantifiés par activité définis dans les SROS III se déclinent au niveau de chaque établissement dans les CPOM

qui doivent être signés avant le 31 mars 2007. L'adaptation de l'offre de soins comporte ainsi un dispositif de fixation des volumes d'activité par établissement dont le non respect doit faire l'objet de sanctions et n'est pas cohérent avec la T2A.

- *Rapport p. 200*

Les réformes de la T2A et de l'organisation de l'offre de soins ne sont pas suffisamment articulées.

Si la tarification à l'activité doit devenir la règle de gestion de droit commun des établissements de santé, il faut expliciter le rôle et la place dévolus à la planification des activités des soins. Dans une telle perspective, **les CPOM devraient être utilisés comme des instruments de correction des effets pervers ou trop brutaux qui pourraient résulter des restructurations induites par la T2A.**

Ainsi pourraient-ils déterminer clairement pour certains territoires et activités, les structures à conserver pour des raisons tenant au maillage du territoire ou à la continuité des soins. Ces structures se verraient alors appliquer un traitement financier spécifique.

- *Rapport p. 201*

La cohérence des nouveaux outils de pilotage des établissements de santé que sont la T2A et les SROS n'apparaît pourtant pas clairement en raison, notamment **des logiques distinctes** dont ils s'inspirent : logique des objectifs quantifiés de l'offre de soins rattachés à la planification et logique d'efficacité de l'activité hospitalière sur la base d'une tarification nationale. Si ces deux outils ne sont pas contradictoires, leur combinaison harmonieuse ne va pas de soi et cette situation prive les établissements de la visibilité nécessaire. **Dans l'état actuel de la réglementation, la déclinaison des objectifs quantifiés fixe aux établissements une structure d'activité et un volume préétablis, alors que la T2A vise à dynamiser l'offre de soins.**

- *Rapport p. 202 : Recommandation n° 25*

Mieux articuler les outils de la planification hospitalière avec la T2A de manière à les rendre complémentaires.

Synthèse du rapport, p. 20 :

Les réformes de la T2A et de l'organisation de l'offre de soins ne sont pas suffisamment articulées

Les schémas régionaux de l'organisation de l'offre de soins (dits SROS de troisième génération) ont été publiés en mars 2006. Ils comportent désormais des objectifs quantifiés de l'offre de soins, par activité et par équipement, qui doivent guider la planification des activités de soins sur un territoire de santé défini. Ces **objectifs quantifiés** seront déclinés par établissement au moyen de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre eux et les agences régionales de l'hospitalisation.

L'articulation de cette réforme avec la T2A n'est pas aujourd'hui évidente, puisque ces deux réformes ont des effets potentiellement contradictoires.

Reconfigurer l'offre hospitalière sur la base d'une répartition géographique des activités de soins paraît en effet antinomique avec le fait d'inciter les établissements à adapter leur activité pour améliorer leur performance économique. La T2A étant désormais la règle de gestion de droit commun des établissements de santé, le rôle dévolu à la planification des activités doit être explicité, ce qui n'est pas le cas actuellement. **Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens doivent être pensés comme des instruments permettant non pas d'enfermer les activités des établissements dans des objectifs quantifiés, mais de corriger les effets pervers ou trop brutaux qui pourraient résulter des restructurations induites par la T2A.**

Document n° 15

Statistiques sur l'évolution du volume des textes réglementaires



Depuis le printemps 2006, on peut trouver des statistiques sur l'évolution du volume des textes réglementaires sur le site de Légifrance, sous la rubrique "qualité de la réglementation" (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

On trouvera ci-après la reproduction des pages :

- évolution du volume des textes,
- précisions méthodologiques.

Ainsi que :

- des extraits du tableau "Variation de la norme codifiée par ministère pilote du 1er juillet 2005 au 30 juin 2006"
- et deux graphiques - code de la santé publique et code de la sécurité sociale - intitulés : "Variation de volume par code du 1^{er} juillet 2005 au 30 juin 2006"

Légifrance - Statistiques de la norme

http://www.legifrance.gouv.fr/html/statistiques_normatives/liste_stats.htm

Evolution du volume des textes

Depuis le printemps 2006, LEGIFRANCE, service public de la diffusion du droit, complète l'information de ses utilisateurs par la diffusion de statistiques sur l'évolution quantitative du droit français sous la forme de tableaux de bord trimestriels.

La dernière édition de ces statistiques se concentre sur l'évolution de la norme codifiée au cours de la période qui s'est achevée au 30 juin 2006. Comme la précédente, elle permet d'accéder à un ensemble de données chiffrées sur l'évolution du volume des codes en vigueur chaque trimestre. Elle permet aussi d'accéder désormais à une représentation graphique de l'évolution de chacun de ces codes depuis le 1er juillet 2005.

L'attention est appelée sur l'importance que revêtent, pour l'interprétation des indicateurs présentés, les précisions fournies ci-après sur la méthode de leur élaboration. Dans cette même rubrique "Précisions méthodologiques", les utilisateurs du service trouveront également, pour les aider à se repérer, une table faisant apparaître la correspondance entre chaque code et le ministère qui en a la responsabilité.

Evolution du volume des textes - Précisions méthodologiques

Les statistiques de la norme codifiée diffusées par LEGIFRANCE sont le résultat du décompte des données inscrites dans la base LEGI de la Direction des Journaux officiels.

Les indicateurs présentés permettent ainsi de retracer l'évolution quantitative de l'ensemble des dispositions des lois et décrets inscrites dans les codes aujourd'hui en vigueur. Ces codes font eux-mêmes l'objet d'une répartition selon les domaines d'attributions ministérielles.

Les évolutions de la norme codifiée sont présentées de deux manières :

- d'une part, par l'indication de la variation du nombre total d'articles de chaque code au cours de la période de référence ;
- d'autre part, par l'indication de la variation du nombre total de signes de chaque code au cours de la période de référence. Par signe, il convient d'entendre tous les caractères enregistrés dans la base, à savoir les lettres, les chiffres ou les signes de ponctuation ainsi que les blancs présents entre les caractères au sein d'une phrase.

Les évolutions sont retracées de manière globale par ministère pilote puis, pour chaque ministère, par code (Voir le tableau de répartition des codes entre les ministères).

Dans la représentation graphique des évolutions intervenues depuis le 1er juillet 2005, apparaissent pour chaque code deux courbes : l'une suit les variations trimestrielles du nombre de signes de chaque code, tandis qu'une courbe de tendance linéaire permet de mieux apprécier la tendance de moyen terme observable dans l'évolution de ce code.

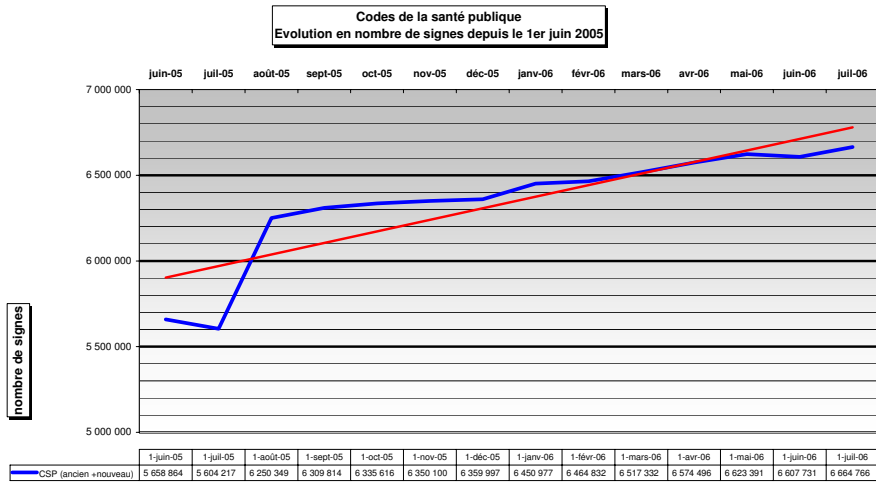
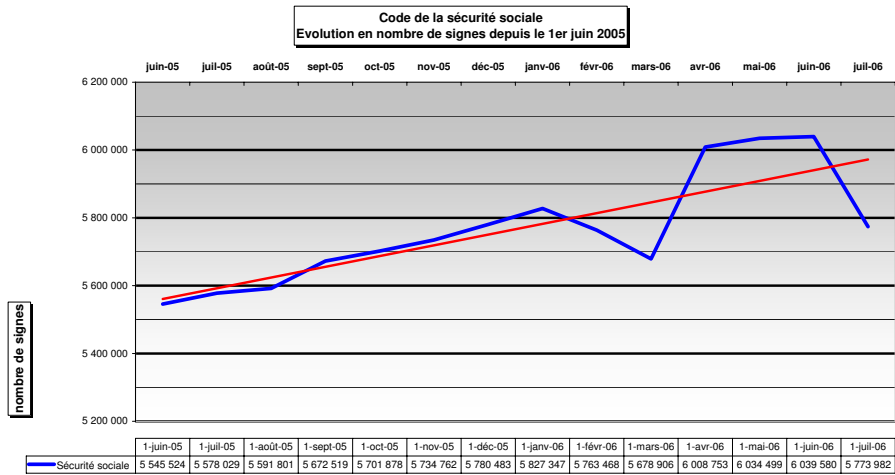
L'attention est appelée sur le fait que le décompte du nombre d'articles et de signes permettant la confection de ces indicateurs est automatisé.

Le résultat obtenu est de ce fait à interpréter en tenant compte notamment de l'une des caractéristiques de la base LEGI concernant la « consolidation » des textes (à ce propos, voir la rubrique « A propos du droit », point 5, « La codification et la consolidation »).

Dans le cas de dispositions législatives ou réglementaires nouvelles publiées au Journal officiel mais destinées à n'entrer en vigueur, au terme de la loi ou du décret, que de manière différée, il est en effet des hypothèses dans lesquelles la base LEGI conserve simultanément la version du texte nouveau et la version du texte antérieure, tant que n'est pas survenue la date d'entrée en vigueur du premier. Des indications sont alors données à cet égard aux utilisateurs de LEGIFRANCE en nota. Il n'en reste pas moins qu'en termes quantitatifs, de telles situations peuvent se traduire, en courte période, par des variations importantes des indicateurs de volumes sans que celles-ci ne trouvent nécessairement confirmation à plus long terme.

L'interprétation des données présentées doit en outre tenir compte des effets du programme de codification mis en œuvre par le Gouvernement sous le contrôle du Parlement. Car l'augmentation en volume de la norme codifiée n'est pas nécessairement par elle-même révélatrice d'une croissance globale du droit en vigueur si elle s'accompagne dans le même temps de l'abrogation, dans des proportions au moins équivalentes, de normes précédemment non codifiées.

Indicateurs de volume des codes Variation cumulée 1.7.2005 - 30.6.2006	ensemble						
	signes			articles en vigueur			
	1/07/05	30/06/06	variation	1/07/05	30/06/06	variation	
Agriculture et pêche	6.719.575	6.645.322,0	-1,11%	8.723	8.587	-1,56%	
Budget et réforme de l'Etat	6.871.078	7.310.677	6,40%	6.777	7.130	5,21%	
Culture et communication	298.401	307.522	3,06%	470	475	1,06%	
Défense	1.947.497	2.296.809	17,94%	3.238	3.880	19,83%	
Ecologie et développement durable	1.513.418	1.829.277	20,87%	2.164	2.567	18,62%	
Economie, finances et industrie	5.033.909	6.085.773	20,90%	6.700	7.978	19,07%	
Education nationale, enseignement supérieur et recherche	1.068.696	1.650.001	54,39%	1.474	2.328	57,94%	
Emploi, cohésion sociale et logement	4.208.705	4.420.758	5,04%	5.186	5.306	2,31%	
Intérieur et aménagement du territoire	3.828.015	3.921.957	2,45%	6.025	6.099	1,23%	
Jeunesse, sports et vie associative	0	135.527	n.s	0	251	n.s	
Justice	6.776.581	7.535.439	11,20%	13.051	14.157	8,47%	
Petites et moyennes entreprises, commerce, artisanat et professions libérales	40.133	40.504	0,92%	45	44	-2,22%	
Santé et solidarités	13.478.434	14.988.020	11,20%	17.929	19.506	8,80%	
Transports, équipement, tourisme et mer	5.639.238	5.817.846	3,17%	7.242	7.361	1,64%	
Total pour l'ensemble des domaines	57.423.680	62.985.432	9,69%	79.024	85.669	8,41%	



Document n° 16

Pas de vacances pour la réglementation

Il s'agit ici d'un article paru dans le Quotidien du Médecin du 2 Octobre 2006 et qui se compose de citations du Directeur général de la santé (DGS) et d'un point sur la parution des textes en provenance de la DGS durant l'été 2006.

Cet article est repris ici en particulier pour la description des "**étapes**" d'**élaboration d'un texte réglementaire** proposée par Didier Houssin. Il en dénombre au moins 6 qui constituent ce qu'il décrit comme "*une mécanique complexe*".



LE QUOTIDIEN DU MEDECIN

Le point sur les textes parus cet été

Pas de vacances pour la réglementation

Christian DELAHAYE

Le Quotidien du Médecin n° 8020 du 2 Octobre 2006, p. 15

Amiante, plomb, bruit, recherches biomédicales, certificats de santé de l'enfant, don d'organes, formation médicale continue. La machine à produire décrets, arrêtés et circulaires ne s'est pas arrêtée pendant les vacances. Le Pr Didier Houssin a fait le point sur la « ribambelle » de dispositions nouvelles qui viennent de voir le jour, dont certaines peuvent interférer directement avec la pratique médicale.

«Quand j'ai pris mes fonctions de directeur général de la Santé (DGS), je n'imaginai pas la complexité de la mécanique de production réglementaire», avoue le Pr Didier Houssin. De fait, pas moins de six étapes, «quelque peu itératives», comme dit le DGS, ponctuées d'autant de validations, rythment cette éternelle gestation bureaucratique et procédurière. A partir de la base juridique (loi, ordonnance ou directive communautaire, qu'il s'agit de transcrire en droit français), la phase 1 est destinée à élaborer le projet (rédaction du contenu technique, demandes d'orientation du cabinet du ministre, codification).

La phase 2 concerne les consultations techniques (en interne, bureaux DGS, services déconcentrés, mission juridique du Conseil d'Etat, en externe, les autres ministères, agences, experts, associations, professionnels) ; elle doit être validée par le cabinet du ministre de la Santé, qui informe le cabinet du Premier ministre.

La phase 3 consiste en des consultations ministérielles et élargies (ministères cosignataires, ordres professionnels, associations, syndicats, élus locaux), avec, à l'issue, un accord interministériel accompagné, s'il y a lieu, de la saisine des instances consultatives obligatoires (Cnil, Uncam...).

La phase 4 passe par le Conseil d'Etat (rapporteur, section, arbitrage du Premier ministre, le cas échéant).

La phase 5 recueille les signatures des divers ministres impliqués dans l'exécution.

Enfin vient la phase 6, couronnement de la procédure, qui, avec la parution au « Journal officiel », marque l'entrée en vigueur du nouveau texte.

Quantitativement, la machine à produire des règlements tourne de mieux en mieux chaque année, ou du moins de plus en plus vite. Elle avait accouché en 2004 de 19 textes, elle en a mouliné 45 en 2005 et le score de 2006 devrait atteindre 50 (31 à la fin d'août).

Consultation publique sur Internet. A la question de savoir si tout cela est bien nécessaire au bon fonctionnement de la santé publique, le DGS rétorque que la production textuelle ne fait qu'acter la volonté du législateur, telle que l'exprime le vote des nouvelles lois par les députés et les sénateurs. Somme toute, la machine à produire des textes ne fait que relayer la machine à produire des lois.

Qualitativement, la manoeuvre est agrémentée, depuis le printemps dernier, d'une nouveauté interactive : une consultation publique sur le site du ministère de la Santé (www.sante.gouv.fr), qui permet de recueillir les avis des partenaires intéressés. On gagne ainsi en démocratie et en transparence, se félicite le Pr Houssin, à condition que le texte ne soit pas excessivement technique et qu'il porte sur des sujets sociétaux.

La production ne mollit donc pas. Et les dernières publications de l'été l'attestent. Dans le domaine environnemental, trois nouveaux textes instaurent des changements notables. Le décret du 25 août relatif à la protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l'amiante renforce le contrôle des bâtiments, avec l'obligation de réaliser des diagnostics sur les flocages, les calorifugeages et autres méthodes susceptibles de contenir de l'amiante. Le décret du 25 avril 2006 remonte la garde dans la lutte contre le saturnisme, en instituant une certification pour les diagnostiqueurs. Enfin, les propriétaires de chiens aboyeurs et les amateurs de sons retentissants sont visés par le décret du 31 août relatif à la lutte contre les bruits de voisinage. Alors que, auparavant, le code pénal ne réprimait que les troubles injurieux et/ou nocturnes, le nouveau texte marque une importante évolution en réprimant toute atteinte à la tranquillité, quel que soit le moment de la journée, avec des sanctions administratives et des amendes de cinquième classe à la clé. Une bonne nouvelle pour la santé publique, puisque les nuisances sonores perturbent le sommeil, altèrent le système cardio-vasculaire et retentissent sur la santé mentale, ainsi que sur le comportement social.

Au chapitre recherche, le décret du 26 avril 2006 et ses arrêtés d'application du 27 août entérinent la loi de santé publique de 2004 et transposent la directive UE de 2001 sur les essais cliniques de médicaments : la composition des comités de protection des personnes est rééquilibrée par la nomination, aux côtés des experts, de représentants d'associations d'usagers du système de santé et de représentants de malades ; ces comités voient leurs moyens d'exercice renforcés ; des règles particulières sont édictées pour les OGM, ainsi que pour les produits de thérapie cellulaire, génique et xénogénique. Mais ce

chantier réglementaire reste inachevé, pas moins d'une quarantaine de nouveaux textes restant attendus d'ici à la fin de l'année.

A noter un louable souci de communication pédagogique en la matière, à l'attention des professionnels, grâce à un site Internet (www.recherche-biomedicale.sante.gouv.fr) qui fait le point sur l'ensemble des dispositions et propose en ligne un guide de 150 pages ; un site de référence qui, dans un deuxième temps, devrait répondre aux questions des particuliers.

Non moins louable, le souci de simplification des procédures administratives, qui anime le décret du 20 avril sur les certificats de santé de l'enfant : le double circuit de transmission (caisse d'allocations familiales et médecin départemental de la protection maternelle infantile) est supprimé, seul demeure obligatoire l'envoi au médecin de la PMI. Les items de ces certificats ont par ailleurs été revus par l'arrêté du 5 décembre 2005, pour tenir compte des recommandations des professionnels de santé publique ; en particulier, la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse a été introduite dans le premier certificat (établi dans les huit jours qui suivent la naissance), les accidents domestiques et le risque de saturnisme dans le deuxième (neuf mois) et l'asthme et les allergies alimentaires dans le troisième (deux ans).

La production réglementaire estivale s'est enfin enrichie de la publication des décrets du 2 juin 2006 et du 20 juillet, qui régissent la formation médicale continue. Un portail Internet est en cours de construction, pour permettre aux médecins d'enregistrer leurs dossiers, et des conseils régionaux et interrégionaux, dont chaque praticien dépendra, vont être créés dès l'année prochaine. Nouveaux décrets à suivre !

La production réglementaire de la DGS ne s'arrête jamais. Parmi les tout prochains textes attendus, le Pr Houssin signale le décret relatif à l'information des jeunes de 16 à 25 ans sur le don d'organes, qui déterminera les conditions concrètes d'information de cette classe d'âge et les modalités de son consentement au don.

Document n° 17

Discours de N. Sarkozy devant le congrès de l'AFC

2 Octobre 2006

La réforme du système hospitalier fera-t-elle partie des sujets de campagne ?
A l'heure où ce livre est terminé, il est sans doute trop tôt pour le savoir.

Il nous a cependant paru utile de mettre à la disposition du lecteur le discours tenu par M. Nicolas Sarkozy le Lundi 2 Octobre 2006 devant plus de 900 congressistes dont une majorité de membres de l'Association française de chirurgie (AFC). Ce discours recouvre en partie le thème de nos Rencontres.

Il est repris ici dans son intégralité. Les caractères gras sont de l'UNHPC et n'ont pour seul but que d'aider au repérage des thèmes évoqués.

Parmi les réactions nous reprenons ci-dessous celle de la CGT, telle que rapportée par l'agence APM :

SUJET : HOPITAL CGT SARKOZY CHIRURGIE REACTION
**TITRE : La CGT santé dénonce les propos de Nicolas Sarkozy
sur l'hôpital**

PARIS, 3 octobre 2006 (APM) - La fédération CGT de la santé et de l'action sociale a dénoncé mardi dans un communiqué les propos tenus la veille par le président de l'UMP et plus que probable candidat aux élections présidentielles, Nicolas Sarkozy, sur l'hôpital.

[...]

"Si l'hôpital public fonctionne mal aujourd'hui, c'est d'abord et avant tout, parce qu'il souffre d'une politique d'asphyxie budgétaire décidée par Sarkozy et son gouvernement", dénonce la CGT dans son communiqué, en estimant que l'Ondam fixé pour 2007 va "aggraver" la situation.

Sur les propositions relatives au statut de la fonction publique hospitalière, le syndicat estime que Nicolas Sarkozy et "son gouvernement" veulent en fait livrer l'hôpital public "aux appétits des requins du secteur privé lucratif".

Et si le président de l'UMP préconise de revoir les conditions d'application des 35 heures, c'est pour permettre de "gagner plus en travaillant davantage", analyse la CGT.

"Quand Sarkozy est-il aller regarder droit dans les yeux une infirmière ou un agent hospitalier, pour lui dire qu'il ne travaillait pas assez ?", demande-t-elle.

san/cb/APM polsan
redaction@apmnews.com
SNJJ3002 03/10/2006 14:27 ACTU



**Nicolas Sarkozy,
Président de
l'Union pour un Mouvement Populaire
108ème Congrès Français
et 2ème Congrès Francophone de la Chirurgie
Paris - Lundi 2 octobre 2006**

Monsieur le Président Mayer (de l'association française de chirurgie),
Cher Jean-Pierre Favre (président de l'organisation de ce 108^{ème} Congrès),
Mesdames et Messieurs les parlementaires et élus,
Mesdames et Messieurs,

Je suis très honoré et très heureux de pouvoir m'exprimer devant vous aujourd'hui, en ouverture de ce 108^{ème} Congrès français de la chirurgie. Je voudrais remercier le Président Mayer et le Professeur Favre de m'en avoir donné la possibilité, en me conviant en tant qu'invité d'honneur à participer à cette séance inaugurale.

Au risque de vous surprendre, et peut-être de vous décevoir, je ne suis pas là au titre de mes grandes compétences en médecine et en chirurgie. Comme du reste la plupart des invités d'honneur de vos congrès depuis plus de trente ans, ce qui démontre à la fois votre curiosité d'esprit et votre souci de réfléchir au delà de votre expertise professionnelle. Année après année, scientifiques de renom, écrivains, hommes de théâtre et de médias, philosophes, figures du monde sportif se sont succédé à cette tribune. Je suis d'autant plus flatté d'être ici à mon tour, qu'il s'est agi à chaque fois de personnalités de très grande qualité et que le dernier responsable politique invité à prendre la parole devant vous n'était autre que Raymond Barre. Il y a 22 ans de cela.

Si j'ai répondu favorablement à votre invitation, ce n'est pas seulement parce que vous n'exigiez pas de votre invité d'honneur de compétences spécifiques en chirurgie. Ce n'est pas seulement non plus parce qu'un responsable politique hésite rarement à saisir l'occasion de pouvoir s'adresser à une assemblée nombreuse et représentative des différentes régions qui composent notre pays. C'est aussi et surtout parce que je mesure le rôle éminent que joue depuis plus d'un siècle votre vénérable société savante dans la diffusion des connaissances

et des bonnes pratiques chirurgicales, comme dans le rayonnement de la chirurgie française à l'étranger.

Depuis deux ans, vous accueillez désormais le Congrès francophone de la chirurgie, portant haut et par delà nos frontières les couleurs non seulement de nos savoir-faire mais aussi de notre langue. Qu'il me soit d'ailleurs permis de saluer tous les praticiens étrangers francophones présents en ces lieux. Comme vous l'avez fait vous-même, cher Jean-Pierre Favre, je souhaiterais en particulier rendre hommage aux représentants de la chirurgie francophone venus d'Israël et du Liban. Je forme le vœu pour eux et leurs compatriotes qu'ils puissent un jour prochain connaître enfin une paix effective et durable. En tant qu'ami de ces deux pays, je me félicite des responsabilités que la France et les forces françaises ont décidé d'assumer avec l'ONU pour garantir le respect du cessez-le-feu et la sécurité des populations de part et d'autre de la frontière.

L'intérêt de votre association et de votre congrès, c'est aussi d'être les traits d'union entre les différents modes d'exercice de la chirurgie : la chirurgie civile et la chirurgie militaire, la chirurgie de l'hôpital public et la chirurgie libérale, la chirurgie générale et la chirurgie spécialisée. Notre système de santé, et plus largement notre société, souffrent d'un **trop grand nombre de cloisonnements** et de murs que nous devons parvenir à dépasser, et parfois à faire tomber. Nous devons apprendre à tirer bénéfice de notre diversité qui est un atout bien plus qu'un handicap. Ce n'est pas nier l'identité des uns et des autres que de tisser des passerelles et de chercher à mieux valoriser nos complémentarités. C'est au contraire conforter chacun en renforçant la cohérence d'ensemble. Voilà l'exemple que vous donnez aujourd'hui et qui doit servir de référence pour la modernisation de notre société comme pour la réforme de notre système de santé.

Vous êtes en effet des acteurs éminents de notre système de santé. Vous en incarnez à la fois toute l'excellence, toute l'espérance mais également toute la fragilité.

Toute l'**excellence** parce que la somme de connaissances théoriques et pratiques que vous avez dû assimiler est considérable : il faut une quinzaine d'années pour former un chirurgien. Et c'est un art où il faut savoir apprendre toute sa vie, où l'on intervient parfois dans l'urgence et où l'erreur se paie souvent cher.

Toute l'**espérance**, parce qu'on attend toujours beaucoup de votre intervention : elle doit réparer, elle doit faire disparaître la douleur, et dans les cas les plus extrêmes, elle doit sauver. Compte tenu de votre positionnement névralgique dans la chaîne des soins, de la technicité et de la criticité de vos opérations, c'est davantage une obligation de résultat que de moyens que le malade et son entourage font peser sur vos épaules.

Ce qui m'amène à la **fragilité**. Disons les choses sans détour : l'ensemble des professionnels de santé sont en proie à un **malaise** profond, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, dans le public comme dans le secteur libéral. L'évolution accélérée des connaissances et des techniques médicales requiert des efforts accrus de formation et d'actualisation des compétences. A cet égard, la chirurgie est depuis plusieurs années le théâtre de révolutions considérables qui bouleversent les modes de prise en charge des malades et les pratiques professionnelles. Avec des interventions de plus en plus ciblées et de moins en moins invasives, avec des technologies de plus en plus sophistiquées et complexes. La pression des patients et de leurs proches, de mieux en mieux informés et de plus en plus exigeants, se fait par ailleurs plus forte que par le passé. L'isolement professionnel, la surcharge de travail –pour vous, les 35 heures, c'est généralement deux fois par semaines-, la succession ininterrompue des réformes et des plans de redressement qui n'arrivent pas à enrayer la dérive des dépenses et l'accumulation des déficits, les pesanteurs bureaucratiques, l'empilement des réglementations tatillonnes et des procédures kafkaïennes qui deviennent des défis au bon sens, tout cela fait partie de votre quotidien et crée des conditions de travail de moins en moins conformes à vos aspirations, de moins en moins propices à la sérénité indispensable à l'exercice de votre activité. Et je n'oublie pas non plus la réforme irresponsable et désastreuse des 35 heures à l'hôpital qui n'a fait qu'aggraver les dysfonctionnements de l'offre de soins.

La chirurgie en effet n'est pas épargnée par ces facteurs de tensions. Elle l'est d'autant moins qu'elle est victime de certains excès dans l'application du principe de précaution. La mise en cause de la responsabilité des chirurgiens est de plus en plus recherchée devant les tribunaux. Certes à une échelle moindre qu'aux Etats-Unis mais avec des condamnations plus fréquentes. Sait-on que la justice française prononce une condamnation dans un cas sur deux dont elle est saisie, contre une fois sur cinq aux Etats-Unis ? Je vais sans doute aggraver mon cas, mais j'aimerais qu'elle fasse preuve du même zèle quand il s'agit de sanctionner des délinquants, surtout lorsqu'ils sont multirécidivistes.

Cette **judiciarisation** croissante de votre activité, et la pression financière qui en découle, sont d'autant plus délicates à accepter et à gérer que le risque zéro n'existe pas et n'existera jamais, quels que soient votre talent et votre professionnalisme. Elles posent aussi la question du coût de vos interventions, et représentent par là une menace potentielle pour l'égalité d'accès aux soins. Les pouvoirs publics ne pouvaient rester indifférents devant cette dérive et ils ont commencé à agir. Le gouvernement a ainsi fait un premier pas en aidant les praticiens libéraux à faire face à l'augmentation de leurs primes d'assurance. Sans régler l'ensemble du problème, cela me semble aller dans la bonne direction. Sans doute faudra-t-il aller plus loin. L'idée, non pas d'une limitation des indemnités versées aux malades, mais de la définition de règles de partage du fardeau financier entre les praticiens et la collectivité, mérite à mon avis d'être creusée. Le cas échéant, le législateur ne devra pas hésiter à intervenir pour

encadrer l'intervention du juge dans ce domaine. Et dans une certaine mesure, la poursuite des ajustements dans l'organisation et le fonctionnement des capacités chirurgicales sur le territoire permettront de renforcer la sécurité des soins et de réduire les aléas thérapeutiques. De toute façon, nous ne pourrons faire l'économie d'une connaissance plus fine et plus objective de la réalité des risques et de leur occurrence. Des outils d'évaluation plus précis devront donc être mis en place à cet effet car actuellement ils font défaut.

Ces difficultés que traverse votre profession, elles se lisent désormais dans la crise des vocations et la désaffection des meilleurs étudiants en médecine, qui lui préfèrent des spécialités moins contraignantes et mieux rémunérées. C'est là une tendance préoccupante pour l'avenir de notre système de santé et le renouvellement des compétences dont nous avons besoin. Elle appelle des réponses urgentes compte tenu des délais de formation d'un chirurgien.

Qui plus est, la prolongation, voire l'aggravation de cette situation nous conduiraient à priver certains pays en développement des compétences chirurgicales dont ils ont tant besoin. Nous ne pouvons nous résoudre à l'idée que le fonctionnement de nos hôpitaux et la continuité des soins reposent de manière croissante sur des **praticiens étrangers** au statut indéterminé et aux compétences hétérogènes. Oui, nous devons accueillir des étudiants étrangers issus de pays en développement pour les former à la chirurgie dans le cadre de nos actions de coopération. Mais ce doit être dans l'objectif qu'ils puissent faire bénéficier de leur art les populations de leur pays d'origine. Et cet objectif ne doit pas être dévoyé pour pallier les insuffisances et les dysfonctionnements de notre système de santé.

Quoi qu'il en soit, la situation des milliers de praticiens étrangers ou d'origine étrangère qui ont été recrutés dans des conditions dérogatoires devra être réglée. Par respect pour eux et pour leurs patients, je souhaite qu'une procédure nationale de vérification de leurs connaissances professionnelles et de leur maîtrise de notre langue soit rapidement instaurée sur la base de l'équité avec les exigences imposées aux praticiens et aux étudiants français. Le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale doit nous en fournir l'occasion.

Parallèlement, nous devons **restaurer l'attractivité de la chirurgie**. Quand je parle de la chirurgie, je ne veux pas seulement parler des chirurgiens. Je pense aussi à toutes celles et tous ceux qui font partie des équipes d'intervention, car la chirurgie se pratique essentiellement en équipe : il y a aussi les médecins et infirmière anesthésistes, et il y a bien sûr les infirmières de bloc. Preuve en est que votre Congrès a veillé à les associer et à leur faire une place aux côtés des chirurgiens. La qualité et la sécurité de vos interventions dépendent en effet de la valeur de chaque membre de l'équipe.

En dehors des problèmes de responsabilité dont j'ai déjà parlé, et qui avec l'aide des pouvoirs publics doivent trouver de solutions, il y a la question de la

revalorisation des **rémunérations**. J'y suis favorable, aussi bien dans le secteur public que dans le privé. Pour répondre à cette demande légitime, je propose une démarche gagnant-gagnant où cette revalorisation ira de pair avec une véritable culture de la transparence, de l'évaluation et du résultat. Dans mon esprit, cela vaut d'ailleurs plus largement pour l'ensemble des professions de santé. Ainsi, pourquoi ne pas ouvrir de nouveaux espaces de liberté tarifaire aux médecins, dont les chirurgiens, qui accepteraient une évaluation régulière de leurs pratiques et de leur obligation en matière de formation continue. Cette liberté plus grande serait alors encadrée selon des modalités définies au niveau national qui pourraient varier selon les spécialités. Elle devrait associer les complémentaires qui seraient appelées à prendre en charge une partie des dépassements autorisés. A condition de renforcer les aides à l'acquisition d'une complémentaire, cette liberté tarifaire régulée, conditionnée et surtout transparente, qu'on l'appelle secteur optionnel ou autrement, ne remettrait pas en cause l'égalité d'accès aux soins. Elle suppose toutefois que l'on donne la possibilité aux complémentaires de prendre une part plus active à la régulation des soins. Les pouvoirs publics doivent donc cesser de les cantonner dans un rôle de "payeurs aveugles".

Je suis également très attaché à ce que **l'ascenseur social** soit remis en mouvement dans notre système de santé. Cela concerne en particulier les infirmières et infirmiers. Il est temps que leur diplôme soit reconnu comme une licence professionnelle de niveau bac+3. Certaines infirmières spécialisées et expérimentées doivent en outre pouvoir prétendre au niveau Master (bac+5), grâce notamment à la validation des acquis de l'expérience conjuguée, au besoin, à des formations complémentaires. Cette reconnaissance des qualifications, qui devrait logiquement se traduire dans les rémunérations, pourrait notamment servir de point d'appui à des délégations plus poussées d'actes diagnostics et thérapeutiques.

L'attractivité de vos métiers dépend en outre de la qualité des conditions de travail qui vous sont offertes. Cela renvoie principalement à deux questions : le fonctionnement de l'hôpital qui doit être amélioré, l'organisation et la répartition des capacités hospitalières qui doivent être repensées.

L'hôpital public fonctionne mal. Ce n'est pas tant la faute des personnels qui aiment leur métier et font généralement preuve d'un dévouement et d'une abnégation tout à fait remarquables. C'est que l'hôpital n'est tout simplement pas conçu pour bien fonctionner : il n'y a pas de patron ou plutôt il y en a beaucoup trop ; les règles de gestion, trop centralisées, sont excessivement rigides et parfois archaïques; les systèmes d'information sont défaillants et insuffisamment mobilisés; les coûts sont mal maîtrisés parce que mal connus; et les établissements ne disposent pas d'une autonomie suffisante.

Voilà pourquoi je plaide pour le renforcement de la souplesse de gestion et de l'autonomie des hôpitaux. L'unité de pilotage et de gestion des établissements

doit être consolidée autour d'équipes de direction responsabilisés, dotées des moyens de définir et de conduire une véritable politique d'établissement. Il faut également lutter contre la bureaucratie inutile, en diminuant l'intervention de l'échelon central, en allégeant les procédures et en simplifiant les structures qui ont eu tendance à proliférer ces derniers temps.

Et il est devenu impératif de mettre en place les **outils d'une gestion plus dynamique et plus fluide des ressources humaines**. Cela passe par le desserrement de l'état statutaire, la diversification des modes de recrutement et des déroulements de carrières, la modulation des rémunérations en fonction de l'activité et du mérite. Cela implique aussi et surtout que les conditions d'application des 35 heures soient complètement revues. Pour redonner des marges de manœuvre aux établissements et améliorer leur productivité — ce mot ne me fait pas peur et je ne vois pas en quoi l'utilisation de l'argent de la collectivité, c'est-à-dire celui du contribuable et de l'assuré social, devrait échapper à cette exigence d'efficacité de la dépense. Cela n'a rien à voir avec de l'idéologie. Pour permettre aussi aux personnels qui le souhaitent de gagner plus en travaillant davantage, dans le respect évidemment des limites imposées par la sécurité des malades.

Dans le secteur d'activité qui est le vôtre, la sécurité et la qualité des soins passent ensuite par une **meilleure organisation des capacités hospitalières**. C'est là aussi une condition forte de l'amélioration de vos conditions de vie et de travail. C'est la raison pour laquelle il faut encourager les mises en réseau et les rapprochements entre les établissements. En chirurgie, la sûreté des interventions et des gestes pratiqués exige un volume critique d'opérations, tout comme l'optimisation des plateaux techniques et des équipements qui le composent. L'enjeu n'est pas seulement sanitaire, il est également économique. Ce regroupement des compétences et des moyens seront en outre de nature à réduire les contraintes de disponibilité liées à la permanence des soins. Je le dis clairement : dans l'intérêt de la population comme des professionnels de santé, il ne faut pas essayer de maintenir coûte que coûte des unités chirurgicales dans les petits établissements. D'autant que la fermeture de ces petits établissements peut être évitée si on les reconfigure autour des missions de prise en charge de proximité, de soins de suite et de permanence des soins.

Avec ces **réseaux de soins** qui pourraient s'organiser dans un cadre régional, nous devons œuvrer ensemble à faire tomber les cloisons entre les différentes composantes de notre système de soins : l'hôpital public, les cliniques privées et la médecine de ville. Entre ces composantes, il y a aujourd'hui trop de distance et de défiance, pas assez de synergie et de confiance. Si nous voulons gagner en cohérence et en efficacité, si nous voulons préserver la liberté de choix et l'égalité d'accès aux soins, il est nécessaire que tous acceptent de se considérer comme des partenaires au service de la santé des Français.

L'hôpital privé doit être associé aux missions de service public, y compris les urgences, tandis que l'hôpital public ne doit pas être fâché avec les notions de performance et de rentabilité. Il y a des médecins du secteur public qui ont des activités libérales, et des praticiens libéraux doivent pouvoir travailler en hôpital public. Pourquoi du reste ne pas envisager que le secteur libéral puisse participer à la formation des praticiens? La médecine de ville et l'hôpital doivent par ailleurs réapprendre à travailler ensemble. Pour quelle raison par exemple l'hôpital n'est-il toujours pas intégré dans les parcours coordonnés de soins ? C'est une évidence quand on sait que les patients évoluent dans la chaîne des soins en passant indifféremment et fréquemment d'une composante à l'autre, quand on sait encore que les progrès des techniques chirurgicales, en raccourcissant les durées d'hospitalisation, intensifient les échanges entre l'hôpital et le secteur ambulatoire. Quand on sait encore les transferts d'activité qui s'opèrent parfois subrepticement d'une composante à l'autre. Mettons la même énergie à valoriser les complémentarités que nous l'avons fait jusqu'ici à cultiver les différences ! Et n'ayons pas peur de l'émulation et de la diversité, sans lesquelles il n'y a d'égalité que par le bas et dans l'uniformité. Ce que je veux pour mon pays et nos concitoyens n'est pas différent de ce que vous voulez pour vos malades : l'excellence accessible à tous.

Pour favoriser ces évolutions, je crois qu'il nous faudra encore progresser dans la cohérence d'ensemble de notre système de santé et de l'architecture de son pilotage. C'est ainsi que je soutiens la création d'**agences régionales de santé** qui ont notamment vocation à regrouper les ARH, les DRASS, les DDASS et les URCAM. Ces agences seront chargées de mieux adapter l'organisation et le financement des politiques de santé aux spécificités territoriales. Elles permettront d'intégrer davantage les préoccupations des différents acteurs : les financeurs, les professions de santé, les collectivités locales, la médecine de ville et l'hôpital.

Au niveau national, je souhaite que l'animation et le pilotage de ces agences régionales soient unifiés et organisés autour d'une **agence nationale de santé**. Placée sous l'autorité du ministre de la santé et présidée par lui, elle aurait la responsabilité de l'organisation et du financement du système de santé dans son ensemble. Elle regrouperait notamment l'UNCAM et une partie de l'administration du ministère, DGS, DHOS et direction de la sécurité sociale en particulier, dont les structures propres seraient en conséquence redimensionnées et allégées. Les partenaires sociaux et les professionnels de santé auraient bien sûr toute leur place dans cette nouvelle organisation. Cela aurait notamment pour avantage d'insuffler plus d'intelligence collective dans le système. En mettant fin au morcellement et à la dilution des responsabilités d'une part, aux multiples clivages qui entravent la bonne marche de notre système de soins d'autre part.

Je voudrais enfin vous faire partager quelques convictions fortes sur l'avenir de nos politiques de santé.

Je crois d'abord que **la santé doit rester au premier rang des priorités** de notre pays. C'est à l'évidence une préoccupation de tous les instants pour chacune et chacun d'entre nous. Ce n'est pas seulement une source de dépenses et de tensions pour les finances publiques, c'est aussi un secteur d'activité stratégique pour notre pays, son économie, ses emplois, sa recherche scientifique et son potentiel d'innovation. C'est la raison pour laquelle j'ai voulu que la formation politique que je préside consacre en juin dernier l'une de ses conventions thématiques à la santé. Cette convention a été très riche en débats et en propositions. Et elle nous aura permis d'avancer très substantiellement dans l'élaboration de notre projet politique dans ce domaine.

Je crois ensuite que s'il n'est ni réaliste ni souhaitable de dépenser moins dans ce domaine, il est en revanche **possible de dépenser mieux**. Chacun sait le poids des gaspillages, des abus et des fraudes dans la dérive des finances de l'assurance-maladie. Certaines études évoquent même des chiffres voisins, voire supérieurs, au déficit actuel. Il faut mettre un terme à tout cela. La générosité de notre protection sociale et la grande liberté que notre système de santé laisse à ses acteurs, patients et praticiens, commandent que chacun assume ses devoirs et fassent preuve de responsabilité. Mais ce rééquilibrage entre les droits et les devoirs sera d'autant plus légitime et efficace que les efforts seront équitablement partagés, que les résultats atteints pourront être connus et débattus en toute transparence, que chacun pourra voir la qualité de son implication récompensée et sa négligence symétriquement sanctionnée.

Nous le devons aux contribuables dont les prélèvements obligatoires financent ces dépenses. Nous le devons aux malades d'aujourd'hui et de demain, car les marges de manœuvre obtenues grâce à une gestion plus rigoureuse et plus efficace permettront de garantir à tous l'accès au progrès médical et aux nouveaux traitements. Nous le devons aux professions de santé qui doivent pouvoir bénéficier de rémunérations à la hauteur de leurs compétences et du travail fourni.

Je crois enfin qu'il faut remiser cette illusion de la réforme définitive censée régler tous les problèmes une fois pour toute. Des réformes, notre système de santé en a connu près d'une vingtaine au cours des 30 dernières années. Les paramètres de notre système de santé évoluent très vite et en permanence, qu'il s'agisse des connaissances et des technologies médicales, des pathologies, des attentes de la population, des aspirations des professionnels de santé et des grands enjeux de santé publique. D'où la nécessité de dédramatiser le **mouvement de réforme** pour qu'il s'opère de manière plus fluide et moins heurtée. D'où l'importance de créer les conditions d'une concertation permanente avec l'ensemble des acteurs sur les inflexions à apporter. Le changement

ne sera en effet possible qu'avec l'adhésion et le concours des professionnels de santé. Nous ne le ferons pas sans elles et encore moins contre elles.

Le processus de réforme engagé en 2004, même s'il a déjà permis des avancées décisives qui commencent à porter leurs fruits, devra donc être poursuivi. Pour assurer la soutenabilité financière de notre système, donc garantir sa pérennité. Pour mieux lutter contre les inégalités géographiques et sociales qui se développent. Pour remédier aux carences et aux anomalies sanitaires qui demeurent ou qui se font jour : la surmortalité de notre jeunesse, l'augmentation du nombre des cancers, la surconsommation de médicaments ou les insuffisances de nos politiques de prévention. Pour affronter les nouveaux problèmes que nous posent le vieillissement, l'obésité, les maladies neuro-dégénératives, la dégradation de l'environnement et son impact sur la santé humaine. Pour redynamiser enfin notre recherche médicale et conforter son rang dans le monde.

Mesdames et Messieurs, je ne doute pas que la chirurgie, demain comme aujourd'hui, jouera un grand rôle dans la transformation de notre système de santé. Les valeurs et les qualités que vous incarnez, la passion, la rigueur, la quête de l'excellence, le sens des responsabilités mais aussi l'humilité et l'aptitude à se remettre en question, seront incontestablement des atouts précieux pour relever l'ensemble de ces défis.

Je vous remercie de votre attention, en souhaitant plein succès aux travaux de votre congrès.

Document n° 18

EPP Le Pr J. M. Chabot, D. M. Berwick et ses conseils

Le Pr Jean-Michel Chabot, Chef du service évaluation des pratiques professionnelles à la Haute Autorité de Santé a souvent évoqué les "conseils" de Donald M. Berwick tels que celui-ci les exprime dans un article du BMJ (British Medical Journal) paru en 2004. Le Pr Chabot les présente comme des guides applicables pour la mise en place de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

Nous reproduisons ici une des présentations du Pr Chabot, ainsi qu'une traduction faite par nous de l'extrait de l'article concerné de D. B. Berwick.

EPP

HAS : Jean-Michel Chabot évoque Donald Berwick et ses conseils

Donald M. Berwick est médecin. Il est aujourd'hui le président de l'Institute of Healthcare Improvement (www.ihl.org) qui pilote la politique de qualité des soins mise en œuvre aux Etats-Unis. Il est aussi un membre influent et assidu de l'Institute of Medicine (IOM) qui est l'organisme le plus souvent cité quand il s'agit de donner une définition crédible et consensuelle de la qualité des soins. Par ailleurs, il a longtemps maintenu une activité clinique (de pédiatre) ce qui lui confère une forte légitimité quand il s'exprime sur la qualité des soins. Donald M. Berwick a signé dans le BMJ * un très court article où il fait part de sa longue expérience. Cet article se termine par 9 conseils adressés à tous ceux qui souhaitent s'impliquer dans l'amélioration de la qualité des soins. Ces conseils reproduits ci-dessous devraient rester présents à l'esprit de tous, en particulier au moment où la loi de réforme de l'assurance maladie généralise l'évaluation des pratiques médicales :

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ		Évaluation des Pratiques Professionnelles
Les 9 conseils du Dr Donald M. BERWICK (1)		
1	Simplifier. L'amélioration de la qualité n'a pas vocation à être compliquée	<i>Complexity is waste</i>
2	Attacher toute l'importance souhaitable à la notion d'équipe	<i>Uncooperativeness is waste</i>
3	Etre pragmatique quand il s'agit de mesurer (d'évaluer)	<i>Too much counting is waste</i>
4	Limiter les aspects organisationnels au strict minimum	<i>Dependency is waste</i>
5	Ne pas négliger les aspects politiques	<i>Naivety is waste</i>
6	Aider les patients à jouer un rôle	<i>Keeping patients silent is waste</i>
7	Aller vite, commencer maintenant	<i>Delay is waste</i>
8	Diffuser et s'étendre continuellement	<i>Isolation is waste</i>
9	Et surtout ne pas se plaindre !	<i>Complaint is waste</i>
<small>(1) Berwick : Lessons from developing nations on improving health care - BMJ 2004</small>		
<small>HAS/SEP/JMC - 21 septembre 2006</small>		<small>3</small>

* DM Berwick. Lessons from developing nations on improving health care. BMJ 2004; 328: 1124-1129

Lessons from developing nations on improving health care

Donald M Berwick

BMJ 2004; 328: 1124-1129

Traduction : UNHPC

Simplifiez tout

Le cœur de l'amélioration n'a pas besoin d'être complexe. Fixez des objectifs, traquez les résultats, trouvez de grandes idées et, chaque jour, changez quelque chose pour trouver une meilleure manière de faire. Impliquez tous ceux que vous pouvez. Ne supposez jamais que les règles d'aujourd'hui seront les règles du demain. Je trouve que la capacité aux approches simples qu'ont les gens qui ont peu à gaspiller a de l'élégance.

La complexité est un gâchis.

Prenez le travail collectif au sérieux

L'amélioration des choses a quelque chose à voir avec la capacité à coopérer. L'équipe est un atout.

L'incapacité à coopérer est un gâchis.

Mesurez avec pragmatisme

Les technologies de l'information sont utiles mais ne résolvent pas tout. Utilisez le moins possible d'indicateurs, sûrement pas tous ceux auxquels vous pouvez penser, contentez-vous de ceux qui sont utiles.

Trop d'indicateurs, c'est du gâchis.

Réduisez l'organisation au minimum

Mettez là à plat. Le travail des conseillers consiste à se rendre inutiles aussi vite que possible.

La dépendance est une forme de gâchis.

Sachez gérer l'interface politique à bon escient

Il est plus judicieux de l'utiliser que de la faire changer.

La naïveté est un gâchis.

Aidez les patients à devenir des promoteurs du changement

Leur participation est des plus précieuse et c'est leur avis qui compte le plus.

Réduire les patients au silence, c'est du gâchis

Allez vite, commencez tout de suite

Tout retard est un gâchis.

Faites du développement un système

Trouvez les structures latentes, trouvez les vecteurs du changement et utilisez-les tout de suite. Diffusez de proche en proche, allez de 5 à 50, à tous, aux voisins, aux voisins des voisins.

L'isolement est un gâchis.

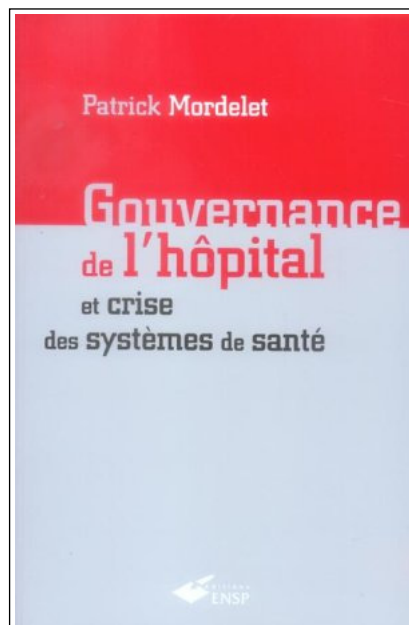
Et, quoi qu'il en soit, ne vous plaignez pas

J'ai vu la situation dans laquelle se trouvent le Rwanda, le Mozambique, le Pérou ou la Palestine. Chaque personne rencontrée a 100 fois plus de raisons de se plaindre que moi. Elles ne se plaignent pas.

Se plaindre, c'est du gâchis.

Document n° 19**GOVERNANCE DE L'HOPITAL
ET CRISE DES SYSTÈMES DE SANTÉ**

On trouvera ci-après de courts extraits du livre de Patrick Mordelet paru en 2006 sous le titre "**Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé**". Patrick Mordelet y dresse un tableau très documenté des différents aspects du gouvernement d'entreprise dans les hôpitaux européens américains et canadiens. Il expose de nombreux exemples de réformes réussies, même si les pesanteurs bureaucratiques sont partout présentes.



Titre : Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé
Auteur : Mordelet, Patrick
Editeur : Ensp
Genre : Medecine Histoire, Dictionnaires et Essais
Date de parution : 15/06/2006
ISBN : 2859529268
EAN13 : 9782859529260
Présentation : 240 x 160 cm, 585g , 368 pages

CHAPITRE 2.
GOUVERNEMENT D'ENTREPRISE
ET GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE
p. 45-46

[...]

Le but premier de la gouvernance est donc de mettre en place un modèle de gouvernement d'entreprise dans lequel l'actionnaire, que l'on peut remplacer par l'autorité publique, dans le cas d'un hôpital, doit s'assurer que le dirigeant œuvre bien dans le sens de ses intérêts.

L'application des principes de la *corporate governance* à l'hôpital se traduit par le remplacement des actionnaires (*shareholders*) par les parties prenantes (*stakeholders*), c'est-à-dire par l'ensemble des acteurs internes et externes impliqués et intéressés aux résultats et à la performance de l'hôpital.

Dans ce cas de figure, l'objectif n'est pas de privatiser l'hôpital, mais d'adopter les bonnes pratiques du monde de l'entreprise et du secteur privé en les adaptant au système hospitalier public. Ces principes ont été directement appliqués, au Royaume-Uni, dans la nouvelle réforme du NHS (cf. chap. 9) : le conseil d'administration des nouveaux *foundation trusts* est composé de directeurs non exécutifs, qui ne font donc pas partie du personnel dirigeant de l'hôpital, et de directeurs exécutifs, c'est-à-dire les dirigeants, avec lesquels ils travaillent étroitement au sein de ce conseil (DoH, 2003a). Le président du conseil d'administration (*management board*.) est également président du « Board of Governors », l'équivalent de l'assemblée générale des actionnaires, qui est composée, à parité égale, d'une part, de représentants élus de la population locale, et d'autre part, de représentants des autorités locales, des trusts de soins primaires (PCT) et de l'université.

Les directeurs non exécutifs, membres du conseil d'administration, jouent donc un rôle direct dans le choix et l'approbation des grandes orientations stratégiques de l'hôpital et ils exercent également un contrôle sur la performance de l'hôpital, la qualité des soins et les résultats financiers. Enfin, et c'est peut-être le plus important, c'est le conseil d'administration (les directeurs non exécutifs) qui recrute le directeur général.

Les Britanniques ont également développé, à la fin des années quatre-vingt-dix, un concept particulier de la gouvernance, appliqué à l'hôpital : la gouvernance clinique (*clinical governance*). Elle se définit comme l'application des règles du gouvernement d'entreprise à l'ensemble des processus et activités cliniques de l'hôpital. C'est un moyen permettant de garantir la qualité des processus cliniques, le respect des normes en matière de sécurité des soins, et la limitation des risques et des « incidents négatifs » (*adverse incidences*). La gouvernance clinique apparaît donc comme le domaine d'intervention privilégié de la gouvernance en matière d'activités de soins. [...]

Tableau 1. Les nouveaux modèles de statuts des hôpitaux publics européens

Chapitre 4. Décentralisation des systèmes de santé et autonomie des hôpitaux, p. 83

	<i>Foundation Trust</i> (Angleterre)	<i>Public company</i> (Suède)	<i>Azienda Ospedaliera</i> (Italie)	GmbH (Allemagne)	SA de capitaux exclusivement publics (Portugal)	<i>Empresa pública</i> (Espagne)	<i>Fundacion privada</i> (Espagne)	<i>Consortio</i> (Espagne)	<i>Concesión</i> (Espagne)
Propriété sociale	Communauté locale	Comté	Région	Land ou municipalité	Etat	Communauté autonome	Communauté autonome	Institutions partenaires	Communauté autonome + signataire de la concession
Personnalité juridique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Régime comptable et financier	Privé/public	Privé	Privé/public	Privé	Privé	Privé	Privé	Privé/public	Privé
Système de tarification	Basé sur l'activité (<i>payment by result</i>)	Basé sur l'activité avec objectif quantifié	<i>Diagnosis related group</i> (DRG)	Basé sur l'activité avec objectif quantifié	DRG + contrat programme	Basé sur l'activité avec objectif quantifié	Basé sur l'activité avec objectif quantifié	Basé sur l'activité avec objectif quantifié	<i>Per capita</i>
Quasi-marché, séparation acheteurs/prestataires	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
CA (représentation majoritaire)	Oui 50 % Communauté locale	Oui Comté + personnalités qualifiées	Non	Oui Municipalité Land	Oui Représentant des actionnaires (Etat)	Oui Communauté autonome	Oui Communauté autonome	Oui Membres du consortium	Oui Société concessionnaire + commissaire (représentant la communauté autonome)
Directeur général (nomination)	Procède du CA	Procède du comté	Procède de la région	Procède de la municipalité ou du Land	Procède du CA	Procède du CA	Procède du CA	Procède du CA	Nommé par la société concessionnaire
Recrutement et gestion des ressources humaines	Droit du travail	Droit du travail	Droit du travail/statutaire	Droit du travail	Droit du travail/statutaire	Droit du travail/statutaire en extinction	Droit du travail/statutaire en extinction	Droit du travail/statutaire	Droit du travail/statutaire en extinction

Chapitre 13.
FRANCE DÉFICIT CHRONIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE,
DYNAMIQUE HOSPITALIÈRE...
pp. 329-331

[...]

Hôpital 2007 : une réforme inachevée de la gouvernance

La réforme Hôpital 2007 s'inspire directement des principes du gouvernement d'entreprise, et des recommandations de l'OCDE et de l'Union européenne dans ce domaine (cf. chap. 2). On retrouve en effet, dans cette réforme, les règles de gouvernance et les nouveaux outils de gestion qui sont appliqués dans les systèmes hospitaliers de la majeure partie des pays européens (tableau 14). C'est notamment le cas des mesures suivantes :

- tarification à l'activité (T2A) ;
- création des pôles d'activité ;
- partenariat public-privé (PPP) ;
- convergence tarifaire et concurrence réelle avec le secteur privé.

Dans l'exposé des motifs de l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, on retrouve la philosophie et les principes du gouvernement d'entreprise, tels qu'ils sont présentés par le Governance Institute et le International Health Summit (cf. chap. 2).

Le rapport introductif de l'ordonnance du 2 mai 2005 insiste sur une autonomie plus étendue des hôpitaux publics et la responsabilisation des acteurs, sur le renforcement de la coopération avec les autres structures de soins, publiques et privées, sur la déconcentration de l'organisation sanitaire, et sur un assouplissement des règles de gestion, qu'il s'agisse des politiques d'achat ou du code des marchés publics.

Les rédacteurs de la réforme hospitalière entreprise entre 2002 et 2005 se sont donc inspirés directement des nouveaux principes de gouvernance hospitalière originaires des pays anglo-saxons, de la « corporatisation » des hôpitaux publics et des règles du « nouveau management public » (cf. chap. 2), dans une logique de mondialisation des règles de gouvernance hospitalière.

Les rédacteurs de la réforme voulaient certainement aller plus loin, dans cette logique de « corporatisation » des hôpitaux publics français, mais l'influence des organisations professionnelles de médecins (Grimaldi, 2005), des syndicats hospitaliers et des élus, ont abouti à une réforme hybride et incomplète, qui ne va pas jusqu'au bout de sa démarche, et qui hésite entre un hôpital public régi par des principes traditionnels d'administration publique (recrutement des cadres dirigeants et règles de la fonction publique hospitalière), et un hôpital autonome et responsable, rémunéré en fonction de son activité réelle, et en position de concurrence avec les cliniques privées.

Tableau 14. Les règles du gouvernement d'entreprise et la réforme française de la gouvernance hospitalière (Hôpital 2007)

Règles du gouvernement d'entreprise appliquées à l'hôpital public	Hôpital 2007 Oui/Non	
Statut légal et personnalité juridique	Oui	
Autonomie administrative et financière	Oui	
Responsabilité financière forte : dépôt de bilan possible		Non
L'établissement peut garder ses excédents	Oui	
L'établissement doit combler ses déficits		Non
Soumis aux contraintes du marché et à une concurrence réelle	Oui	
Rémunéré en fonction de ses résultats ou de son activité	Oui	
Rémunération spécifique pour les missions d'intérêt général	Oui	
Propriété publique, mais constitué comme une entreprise privée		Non
Le conseil d'administration dispose de pouvoirs et de responsabilités étendues, en matière de pilotage et de contrôle de l'hôpital		Non
Le directeur général est recruté et contrôlé par le conseil d'administration. Il est responsable devant lui		Non
Application du droit privé du travail au recrutement et à la gestion du personnel		Non
Application des règles de gestion et de la culture du secteur privé		Non
L'hôpital est doté d'instances de pouvoir propres, puissantes et autonomes. Il est indépendant du pouvoir politique		Non

Dans les différentes définitions du « gouvernement d'entreprise », on retrouve toujours la double composante de la gouvernance : direction (c'est-à-dire pilotage) et contrôle (y compris évaluation). À l'hôpital, comme dans les entreprises privées, l'application de cette double composante se traduit par un conseil d'administration qui est un véritable organe de pilotage et qui ne se limite donc pas à une fonction de contrôle et d'évaluation. L'art de la bonne gouvernance réside dans l'équilibre et dans la répartition des pouvoirs entre ce conseil d'administration et le directeur général, et dans la participation des différentes « parties prenantes » à la gestion de l'hôpital : le directeur étant plus particulièrement chargé du pilotage et de l'action ; et le conseil d'administration des grandes orientations stratégiques, du contrôle et de l'évaluation. Le bon fonctionnement de ces deux entités dépend de l'équilibre institué dans l'organisation des pouvoirs et de la confiance qui s'instaure entre eux. Cette confiance vient du mode de désignation du directeur général, qui doit procéder du conseil d'administration. En application de ces principes, c'est donc le conseil d'administration de l'hôpital qui devrait recruter le directeur général, négocier les clauses de son contrat et arrêter sa rémunération.

C'est la principale faiblesse de la réforme Hôpital 2007 : le conseil d'administration ne dispose pas vraiment de réels pouvoirs, notamment en matière de pilotage et de budget. Le directeur général n'est pas recruté par le conseil et il n'est donc pas responsable devant lui. L'hôpital public français demeure sous le contrôle direct de l'État, qu'il s'agisse de l'échelon central ou des ARH. Le

conseil d'administration de l'hôpital public français exerce un véritable pouvoir d'influence sur l'hôpital, mais il n'est pas juridiquement et pécuniairement responsable de l'équilibre financier ou de la sécurité des soins. Sur le plan financier, cette non-responsabilité du conseil d'administration va de pair avec une non-responsabilité de l'hôpital lui-même et de son représentant légal, le directeur général : les concepts de déficit, de banqueroute ou de dépôt de bilan, n'existent pas dans le plan comptable hospitalier.

Les tenants d'une doctrine rigoriste du gouvernement d'entreprise peuvent également reprocher à la réforme française le maintien de la fonction publique hospitalière, c'est-à-dire la non-application du droit privé du travail au recrutement et à la gestion du personnel, ainsi que la trop forte influence du pouvoir politique dans la gouvernance des hôpitaux publics.

Sur le premier point, la gouvernance de certaines administrations et entreprises publiques françaises, y compris hospitalières, a montré que le maintien de conditions statutaires avantageuses et la garantie de l'emploi ne constituaient pas un frein rédhibitoire à la restructuration et au dynamisme de ces institutions (Beau, Mordelet, 1999). Dans le nouveau statut des directeurs d'hôpitaux, la position dite de « recherche d'affectation » permet au ministère de la santé de se séparer d'un directeur d'hôpital, tout en lui garantissant une protection sociale efficace et le maintien de sa rémunération. On retrouve, dans cette situation, les règles de « flexsécurité » qui associent une flexibilité à l'embauche et au licenciement pour les employeurs, et une garantie de l'emploi et de la rémunération pour les salariés (Lefevre, 2005).

Document n° 20

Quelques schémas pour comprendre ...

- 20.1 Les autorisations** de l'activité de soins "traitement du cancer" : "**Pour comprendre le futur dispositif d'autorisation**" : ce schéma situe les principaux textes publiés et en projet et leur articulation depuis l'ordonnance dite de simplification (4/9/2003).
- 20.2 La régulation qualitative des activités de soins dans les Etablissements de santé** : ce schéma n'a rien d'officiel. Il veut simplement resituer la logique qui devrait apparaître entre les trois centres d'exigences majeures quant à la régulation qualitative du système de santé hospitalier :
- les conditions préalables à l'activité de soins - l'autorisation. Il s'agit de savoir si les professionnels ont le minimum de "compétence requise" au sens de savoir s'ils ont les diplômes requis, et si le plateau technique est aux normes minimales pour exercer l'activité autorisée. Tous les pays ne bénéficient pas de cette procédure. Son existence conditionne pourtant la libération du champ de l'évaluation des résultats médicaux, de la qualité de la prise en charge. Lorsqu'elle n'existe pas, comme aux USA ou en Allemagne la notion d'accréditation recouvre en fait celle d'une autorisation portant sur les structures et les procédures. Avoir une carte grise et permis de conduire ne garantit pas la qualité de la conduite tout au long d'une vie, cela évite de se trouver en face d'une voiture qui n'en est pas une ou de gens ne sachant pas conduire. Ce n'est pas rien et cela permet d'orienter les contrôles non plus sur les caractéristiques minimales de la voiture ou sur le fait que le conducteur sache reconnaître la signification des panneaux, mais sur la qualité de la conduite (respect de la vitesse par exemple) ;
 - le respect des conditions relatives à la prestation vendue - les contrôles T2A et MIGAC. Il devrait s'agir de la fonction contrôle de toute fonction achat sur critères classiques dans les autres secteurs d'activité de respect des conditions "prix-qualité-délai", le mot "qualité" étant ici significatif du respect des caractéristiques convenues entre "l'acheteur" réputé "non aveugle" et le prestataire (établissement ou professionnel de santé) ;
 - l'évaluation de la qualité du résultat de la prise en charge - la régulation par la certification et l'EPP. L'Etat en a pris le con-

trôle via la HAS, sans que les professionnels qui en avaient le contrôle via l'ANAES réagissent. Certains défendent encore l'idée selon laquelle les spécificités des métiers médicaux justifient une évaluation par les pairs, mais institutionnellement la création de la HAS signifie un changement d'époque et la banalisation du métier de médecin. Le sujet de l'évaluation sur résultats médicaux reste, lui, largement en devenir.

Les difficultés de compréhensions sémantiques et institutionnelles viennent du fait que la notion de "qualité" étant devenue à la mode, on la retrouve partout, ce qui crée une certaine confusion dans le vocabulaire, dans les champs couverts et dans celui des responsabilités respectives. Ces confusions sur la notion de qualité s'accompagnent d'un flou au niveau des procédures et des corps d'inspection et de contrôle, alors même que les "rapports" aux administrations se multiplient. Le bon fonctionnement du nécessaire système de régulation des activités de soins dans les établissements de santé exige la clarification des finalités comme des champs de légitimité. Elles sont la condition de la compréhension par tous et de l'adaptation des outils et des systèmes d'information. Nous sommes hélas dans une phase de confusion. Ce schéma tente de donner des points de repères.

20.3 Agences, Instituts et Comités intervenant dans la sphère des contrôles en matière de santé. Les Agences se sont multipliées en France. L'ANAES a été remplacée par la HAS. Au même moment l'INCa a été créé. Ce schéma, non exhaustif, situe les différentes missions des principales agences intervenant sur le champ de la santé.

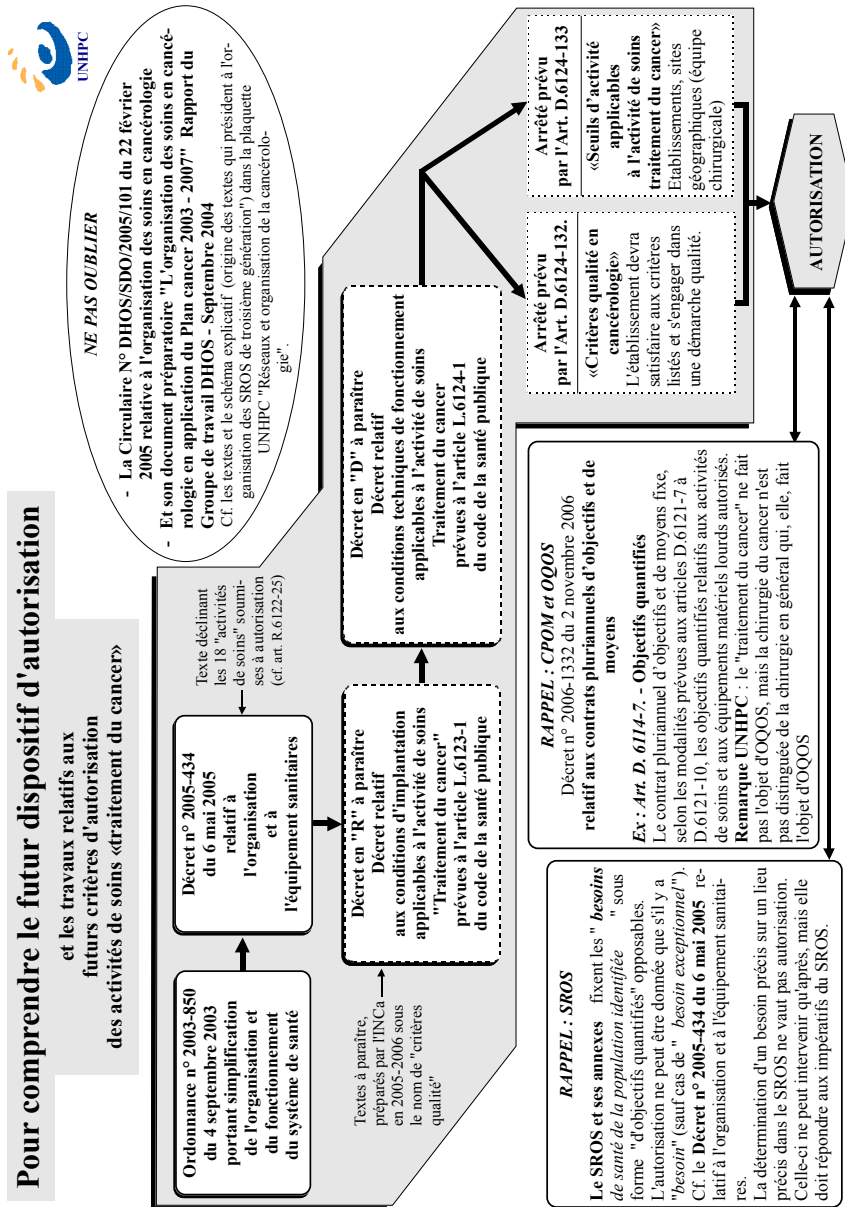
Il est complété par :

- le rapport parlementaire consacré à l'INCa, dit "rapport Cugnenc", du nom de son auteur, posait officiellement la question de l'articulation entre toutes ces agences.. Cette question a été posée avec force dans le rapport d'audit de l'INCa dont certains extraits sont repris ici (cf. doc n° 12).
- le résumé d'un article récent paru dans la revue "Sociologie du travail" sous le titre "*Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France*" qui reprend un certain nombre des questions souvent posées par la multiplication et le fonctionnement des Agences (cf. doc. n° 9)

20.4 Le contrat de bon usage : extraits d'une note UNHPC de fin 2005. Cette note, destinée aux adhérents de l'UNHPC, visait à clarifier les débats sur les différentes approches possibles du CBU. Plusieurs logiques d'interprétation sont en effet possibles sans être contradictoires. Elles sont la trace de la genèse de ce texte et des influences multiples qui ont présidé à son élaboration.

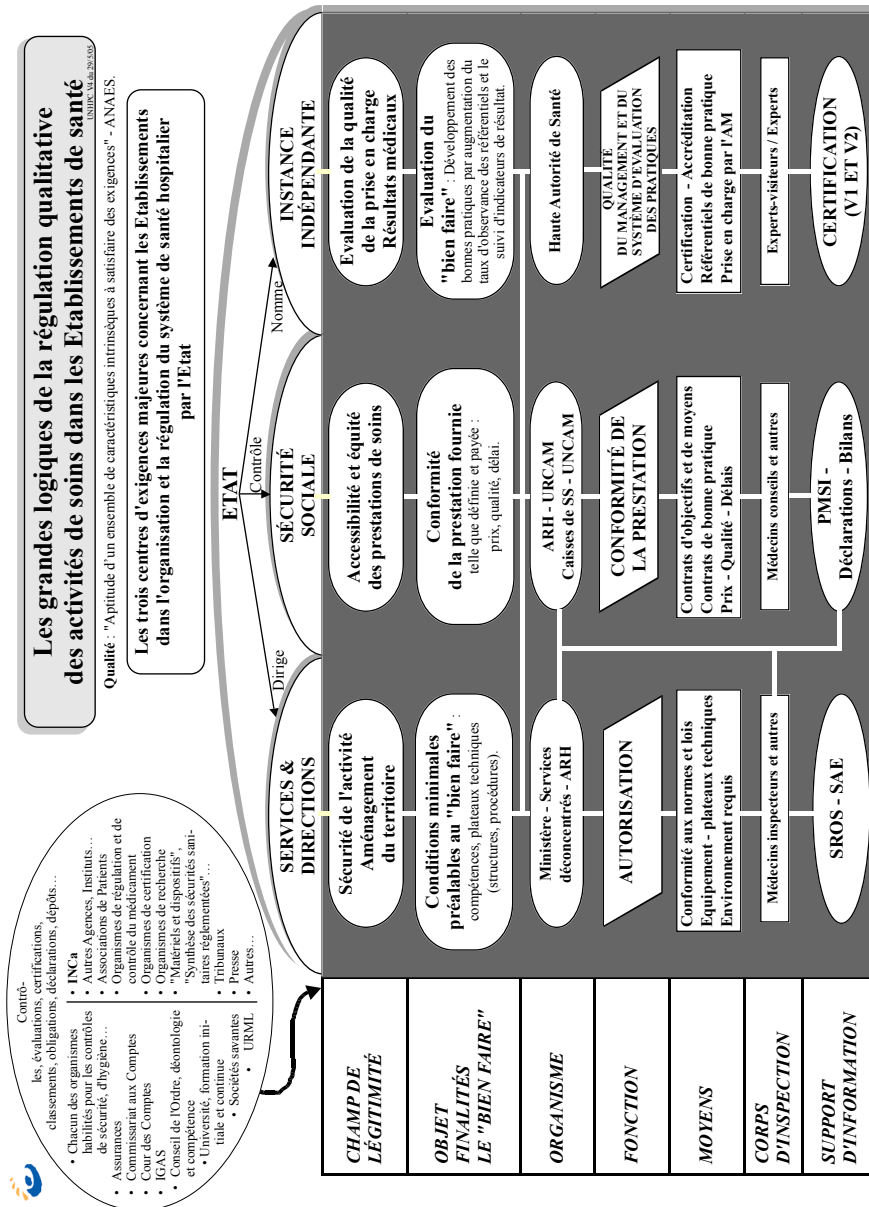
20.1

Pour comprendre le futur dispositif d'autorisation



20.2

La régulation qualitative des activités de soins dans les Etablissements de santé

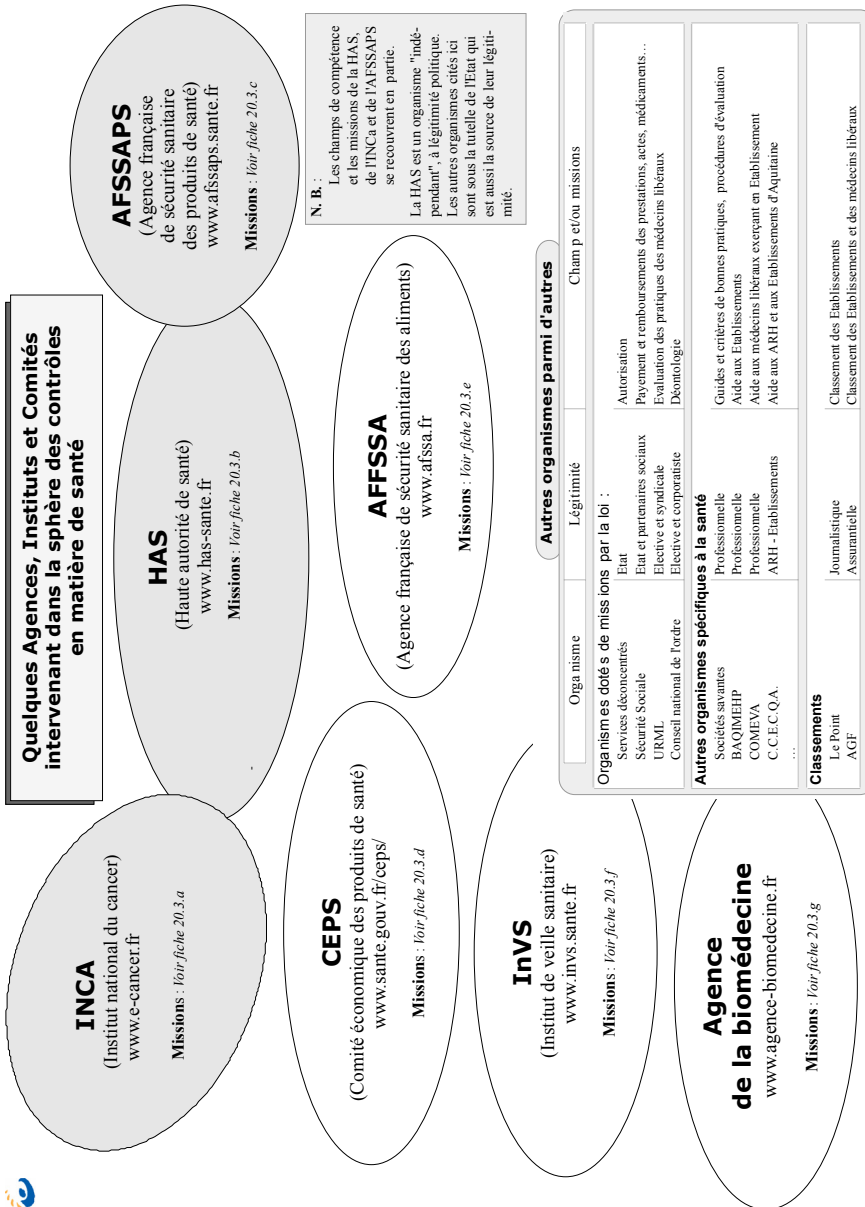


20.3



Fiches 20.3.a à 20.3.g

Quelques Agences, Instituts et Comités intervenant dans la sphère des contrôles en matière de santé



*Fiche 20.3.a***INCA****Missions :**

- Observation et évaluation du dispositif de lutte contre le cancer
- Référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie
- Critères d'agrément des établissements et des professionnels de santé
- Information des professionnels et du public
- Formation médicale et paramédicale continue
- Mise en œuvre, financement, coordination d'actions particulières de recherche et de développement
- Désignation d'entités et d'organisations de recherche en cancérologie répondant à des critères de qualité, en liaison avec les organismes publics de recherche concernés
- Développement et suivi d'actions communes entre opérateurs publics et privés en cancérologie dans les domaines de la prévention, de l'épidémiologie, du dépistage, de la recherche, de l'enseignement, des soins et de l'évaluation
- Participation au développement d'actions européennes et internationales
- Réalisation, à la demande des ministres intéressés, de toute expertise sur les questions relatives à la cancérologie et à la lutte contre le cancer.

Budget 2005 : 70 millions d'€ hors programme hospitalier de recherche clinique,
100 millions sur 2006

Organisme sous tutelle des Ministères
de la santé et de la recherche (GIP)

Fiche 20.3.b

HAS

Missions : (reprend les missions de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé - ANAES -, de la Commission de la transparence, de la Commission d'évaluation des produits et prestations - CEPPS - et du Fonds de promotion de l'information médicale - FOPIM -)

- Produits, actes ou prestations de santé :
 - peut procéder, à tout moment, à l'évaluation du service attendu ou du service qu'ils rendent
 - inscription, remboursement et prise en charge par l'assurance maladie (ensemble de soins ou catégorie de produits ou prestations et, le cas échéant, des protocoles de soins les associant)
 - conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi
- Technologies de santé : études d'évaluation
- Guides de bon usage des soins et recommandations de bonne pratique
- Procédures d'évaluation des pratiques professionnelles
- Procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales
- Procédures de certification des établissements de santé
- Procédures de certification de la visite médicale
- Procédures de certification des sites informatiques et logiciels santé (->2006)
- Evaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé.
- Fixe les orientations en vue de l'élaboration et de la diffusion des recommandations de bonne pratique de l'AFSSAPS
- Peut saisir l'AFSSAPS de toute demande d'examen de la publicité pour un produit de santé

Budget 2005 : 59 millions d'€

Autorité publique indépendante à caractère scientifique et à légitimité politique

Fiche 20.3.c

AFSSAPS

Missions :

- Garantir l'indépendance et la rigueur scientifique de l'évaluation (sécurité d'emploi, efficacité, qualité) et des contrôles relatifs à l'ensemble des produits de santé (médicaments, produits sanguins, dispositifs médicaux...).
- Garantir, au travers de ses missions de sécurité sanitaire (surveillance, contrôle, inspections), l'efficacité, la qualité et le bon usage de tous les produits de santé destinés à l'homme :
 - les médicaments,
 - les matières premières à usage pharmaceutique,
 - les dispositifs médicaux et les dispositifs de diagnostic in-vitro,
 - les produits biologiques et issus des biotechnologies (produits sanguins labiles, organes, tissus, cellules et produits d'origine humaine ou animale, produits de thérapies génique et cellulaire, produits thérapeutiques annexes)
 - les produits cosmétiques
- L'AFSSAPS exerce quatre métiers :
 - l'évaluation scientifique et médico-économique ;
 - le contrôle en laboratoire et le contrôle de la publicité ;
 - l'inspection sur sites ;
 - l'information des professionnels de santé et du public.

(Pour être commercialisé, tout médicament fabriqué industriellement doit faire l'objet d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), délivrée par les autorités compétentes européennes ou nationales que sont l'Agence Européenne pour l'Évaluation des Médicaments (EMEA) ou l'AFSSAPS).

Budget de fonctionnement 2003 : 87,26 millions d'€
(avant création de la HAS) ; 931 personnes.
Autorité sanitaire déléguée, placée
sous la tutelle du ministère
de la santé

*Fiche 20.3.d***CEPS****Missions :**

- Contribue à l'élaboration de la politique économique du médicament.
- Met en œuvre les orientations qu'il reçoit des ministres compétents, en application de la loi de financement de la sécurité sociale.
- Fixe les prix de vente au public des médicaments, les tarifs et, le cas échéant, les prix des produits et prestations (publiés au Journal officiel).
- Assure un suivi périodique des dépenses de médicaments en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Placé auprès des ministres compétents, sous tutelle du ministère de la santé

Fiche 20.3.e

AFFSSA

Missions :

- Missions d'évaluation recouvrant l'ensemble de la chaîne alimentaire destinée à l'homme et aux animaux (production, transformation, conservation, transport, stockage, distribution) évaluation des risques sanitaires et nutritionnels, des maladies ou infections animales.
- Missions d'appui scientifique et technique de recherche et d'expertise à l'appui de l'élaboration et de l'application de la réglementation sanitaire, de mise au point de méthodes diagnostiques et thérapeutiques, réalisation d'activités de références dans le cadre d'essais et de contrôles, de la formation et de l'information, d'évaluation des risques.
- Responsabilités spécifiques dans le domaine du médicament vétérinaire (intègre en son sein l'Agence nationale du médicament vétérinaire)

Budget 2003 : 79.6 millions d'euros (900 agents dont 200 scientifiques)

Organisme sous tutelle des ministères de la Santé,
de l'Agriculture et de la Consommation

Fiche 20.3.f

InVS

Missions :

- Surveiller en permanence l'état de santé de la population et son évolution.
- Aider à la décision des pouvoirs publics et appui à l'élaboration et à l'évaluation des politiques de protection de la santé et de prévention des risques.
 - détecter toute menace pour la santé publique, alerter les pouvoirs publics et leur recommander toutes les mesures de maîtrise et de prévention de ces menaces ;
 - rassembler, expertiser et valoriser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution ;
 - réaliser ou appuyer toute action (enquête, étude, expertise...) susceptible de contribuer aux missions de veille sanitaire.
- Contribuer à la formation des professionnels de santé
- Développer et veiller à la cohérence des systèmes d'information épidémiologique intégrant des fonctions d'alerte et à la diffusion large des données de veille sanitaire.
- Elaborer des recommandations, des guides méthodologiques

La mission de l'InVS se décline dans tous les champs d'action de la santé publique :

- les maladies infectieuses
- les effets de l'environnement sur la santé
- les risques d'origine professionnelle
- les maladies chroniques et les traumatismes

Etablissement national de santé publique
sous la tutelle du ministère de la santé

Fiche 20.3.g

Agence de la biomédecine

Née de la loi de bioéthique du 6 août 2004, l'Agence de la biomédecine a pour mission d'évaluer les activités de prélèvement, de greffe, de procréation, d'embryologie et de génétique humaines. Sa proximité avec les équipes médicales et les malades, lui permet de veiller au respect de la sécurité et de la qualité, de l'anticipation, de l'éthique et de la transparence. Par son expertise, l'Agence de la biomédecine est l'autorité de référence sur tous les aspects médicaux, scientifiques et éthiques relatifs à ces questions.

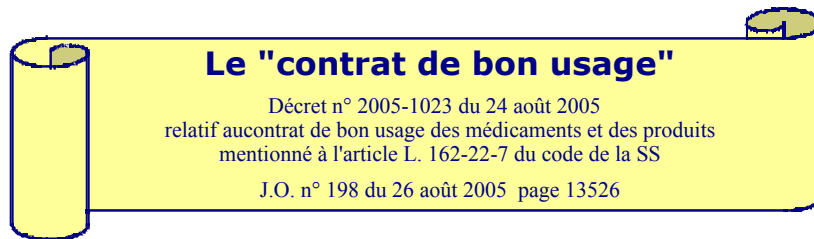
Missions :

- Suivre, évaluer et contrôler les activités thérapeutiques et biologiques relevant de ses compétences et veiller à leur transparence. Participer à l'élaboration de la réglementation des activités relevant de ses prérogatives
- Délivrer les autorisations pour les recherches in vitro sur l'embryon et les cellules embryonnaires et pour la conservation de cellules souches embryonnaires à des fins de recherches
- Autoriser les échanges de cellules reproductives et de cellules souches embryonnaires avec des pays tiers destinés à la recherche
- Délivrer les autorisations des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal et des centres de diagnostic préimplantatoire
- Agréer les praticiens réalisant de l'assistance médicale à la procréation, du diagnostic prénatal et du diagnostic préimplantatoire, des examens des caractéristiques génétiques
- Reprendre l'ensemble des activités de l'Etablissement français des Greffes en matière de prélèvement et de greffe
- Gérer le Registre France Greffe de Moelle, Registre national des volontaires au don de moelle osseuse.
- Gérer avec toutes les garanties requises les fichiers nécessaires à la gestion et au suivi des activités thérapeutiques relevant de sa compétence
- Promouvoir le don d'organes, de tissus et de cellules, ainsi que le don de gamètes.

Etablissement public administratif de l'Etat,
placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé

20.4

Extraits d'une note UNHPC sur le contrat de bon usage (19-12-2005)



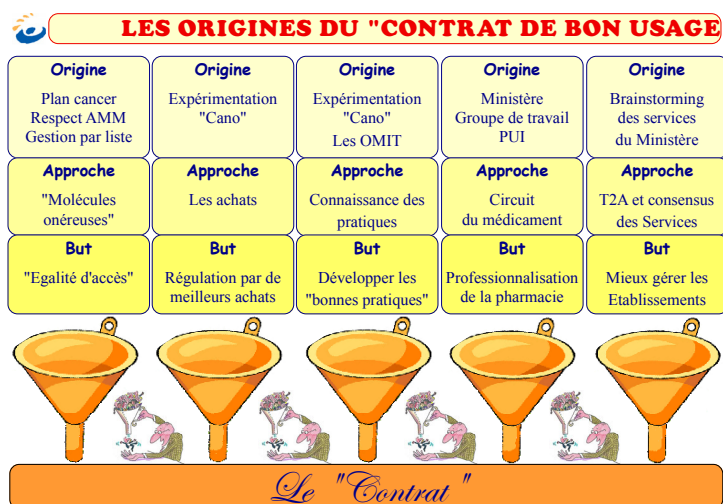
Le Contrat de Bon Usage (CBU) est un dossier difficile car il **doit être pris en charge à trois niveaux différents**, sans perdre de vue les logiques qui ont présidé à sa naissance.



0 Origine Le plan cancer



C'est fin 2003, dans le cadre du plan cancer, que la notion de Contrat de bon usage tel qu'il existe actuellement est apparue pour la première fois. Officiellement, il s'agissait alors de contraindre les médecins aux "bonnes pratiques", en restreignant l'usage des médicaments anticancéreux au strict respect de l'AMM. En fait, cela recouvrait une action de concurrence consistant à détourner un flux de patients important, des Etablissements privés vers les CLCC et les CHU "*qui pourraient, eux, les inclure dans des essais cliniques*". C'est ce qui était clairement revendiqué par ses auteurs. Après un long combat, grâce à l'appui de certains responsables de la DHOS et d'un retour au simple réalisme, nous avons finalement pu échapper à cette dérive.



Il restait l'engagement de mettre en place un CBU et cette idée que les comportements médicaux ne changeraient que sous la contrainte. Il était difficile pour l'Etat d'assouplir officiellement l'exigence de respect de l'AMM alors que c'est lui qui l'accorde. Il fallu donc enrober cet assouplissement. Du coup la question se posait de savoir que mettre dans ce "CBU".

Par ailleurs, les faits sont têtus et certains responsables reprisent alors conscience que derrière le sain principe d'égalité d'accès à toutes les innovations se cachait le diable de l'inflation des dépenses du médicament. L'UNHPC n'a cessé tout au long de l'élaboration du plan cancer d'attirer l'attention et de faire des propositions méthodologiques de prise en charge de ce problème fondamental pour l'avenir. Peine perdue. Seule la Cour des Comptes continue d'alerter. Mais cette prise de conscience a renforcé l'idée que le CBU serait aussi un instrument de régulation.

De proche en proche, au Ministère, tous les responsables des dossiers en cours touchant à la pharmacie, au circuit du médicament, aux médicaments coûteux, aux dispositifs médicaux et aux anticancéreux ont alors vu dans le CBU l'occasion de faire déboucher leurs travaux.

D'où le côté parfois dénoncé comme "monstrueux" de la somme des "bonnes intentions" ainsi rassemblées dans un document unique, à vocation de régulation.

① La Pharmacie

A ce premier niveau le CBU désigne un vrai chantier pour nos Etablissements, à prendre très au sérieux. Il situe un terrain sur lequel nous avons indubitablement à progresser. On peut dire que si ce document était un extrait de projet médical d'Etablissement il serait, sur bien des points, impressionnant de qualité et d'engagement pour l'avenir.

Les relations Oncologues/Pharmaciens ont beaucoup à gagner en professionnalisation. La fonction de pharmacien a besoin d'être renforcée et consolidée. Le circuit du médicament mérite souvent une meilleure organisation. Les systèmes d'information doivent s'améliorer et accroître les services rendus aux professionnels. La sécurisation et la gestion des risques restent améliorables. Les inclusions dans la recherche clinique doivent être développées et cela a des conséquences organisationnelles... Tout cela est vrai et tout cela suppose formations, financements, capacité d'organisation nouvelle et donc volonté stratégique et temps.



De nombreuses formations sont proposées depuis quelques mois. C'est dans ce cadre qu'il faut les situer. De même pour les tentatives de quelques **OMIT** pour développer une meilleure connaissance des pratiques réelles et mettre ces connaissances au service des professionnels.

C'est sur ce plan aussi qu'il faut situer le guide du **BAQIMEHP**. Il s'agit d'un "**guide méthodologique pour faciliter la définition du programme d'actions dans le cadre du contrat de bon usage du médicament, produits et prestations**". Il sera précieux à beaucoup. (Cf. pièce jointe : BAQIMEHP guide CBU 29 nov 2005.doc)

Contact : Mme Véronique SUC, pharmacienne au BAQIMEHP.

② Le droit

Le CBU découle d'un décret. Pourtant, il pose bien des questions juridiques, parfois du simple point de vue du respect du droit. Cela est particulièrement vrai sur le double champ de la relation contractuelle Etablissement / Médecins d'une part, Etablissement / Tutelle d'autre part.

C'est ce deuxième niveau qui justifie l'action juridique de la FHP. La FHP a déposé un recours en Conseil d'Etat destiné à annuler le décret dans son intégralité. Trois arguments majeurs fondent ce recours : le CBU outrepassé le cadre légal, il est contraire au principe constitutionnel de personnalisation des peines, il vaut promesse illicite de porte-fort. Toutefois, ce recours n'est pas suspensif. Dans l'état actuel du droit, le décret s'applique donc.



C'est sur ce plan qu'il faut situer l'argumentaire FHP joint ici sous le titre "**Analyse et propositions d'arguments de la FHP**". Il rappelle les positions de la FHP et donne des arguments à faire valoir dans vos relations avec les ARH. (Cf. pièce jointe : FHP Mode opératoire CBUM 29 11 05.pdf)
Contact : M. Yann de KERGUENEC, Responsable du pôle juridique de la FHP.

③ La régulation

Troisième niveau, le CBU est un outil de régulation. Tout le monde sait que cet outil ne résoudra pas la difficile question qui est à son origine : la régulation des dépenses de médicaments coûteux en cancérologie et la dérive rapide de leur coût pour la société. Tout le monde sait aussi que les Etablissements n'ont, pour la plupart, pas la capacité d'être immédiatement au niveau, que les Tutelles n'ont, pour la plupart, pas la capacité de contrôler de façon qualifiée et équitable l'ensemble des Etablissements. Ni les uns ni les autres ne peuvent être dans le champ de l'immédiateté et de la sanction sur tout, tout de suite.

A ce niveau nous sommes donc en face d'un prototype de la régulation administrée, de la régulation par la forme et la confusion :

- un contrat que tout le monde sait inapplicable dans les délais, mais tout le monde fera semblant, tout en sachant que tout le monde sait que tout le monde fait semblant ;
- un contrat fait pour résoudre un problème dont tout le monde sait qu'il ne le résout pas (l'inflation des dépenses de médicaments en cancérologie) ;
- une puissance publique qui s'est largement protégée par un rempart juridique tenant lieu d'action sur le réel ;

- des Tutelles tentées par la confusion entre outils de connaissance et d'évaluation et outils de sanction dans la mise en place des OMIT ;
- l'organisation de fait de la confusion sémantique ("contrat", "bonne pratique", "protocole" temporaire d'utilisation...);
- des établissements vulnérables à la "note de gueule" donnée par leur Tutelle ;
- une lourdeur administrative de plus, pour tous les acteurs (comités, rapports...).

Cela justifie donc une implication forte dans toutes les instances où nous pouvons être représentés, pour que l'usage fait de cet outil soit le plus réaliste, le plus pragmatique et le moins inéquitable possible. On voit déjà apparaître de grandes différences d'une Région à l'autre.

Au-delà du contrat à signer avec l'ARH, c'est la question du statut et du mode de fonctionnement des OMIT qui est ici décisive. Il faut continuer à agir à tous les niveaux pour que ces OMIT soient autant que faire se peut multirégionaux (gage d'objectivité) et distincts de l'organisme de régulation (un observatoire n'est pas un office de répression sinon les informations ne lui parviennent plus...).



C'est sur ce plan qu'il faut situer l' **enquête diligentée par la FHP** afin d'établir un suivi des pratiques régionales et une base de donnée disponible pour ses adhérents. Cette enquête passe par les Délégations Régionales, mais il est utile d'en connaître l'approche et les constituants. (Cf. pièce jointe : Suivi mise en place CBUM régions.pdf)
 Contact : votre Délégué Régional FHP
 A titre d'information, et parce qu'il sera sans doute repris par d'autres Régions, vous trouverez en pièce jointe un document de " **scoring**" mis au point par l'ARH d'Ile de France... (Cf. pièce jointe : INDICATEURS IDF 30-11.pdf)



Vrai chantier d'amélioration de nos organisations

Vrais enjeux du recours juridique pour le respect du droit

Vrais enjeux de mise au point d'outils de régulation efficaces et équitables

Les Equipes et les Etablissements sont, selon leur histoire et leur contexte, plus sensibles à telle ou telle de ces trois approches. Avec le CBU tel qu'il est, il faut tenir les trois ! Sinon, le risque est celui d'un échec dans les trois domaines. Il serait grave pour nous tous.



Document n° 21

**Dépêche de presse APM
relative aux Rencontres 2006**



APM - Agence de Presse Médicale Service InfoAPM

SUJET : CANCER RADIOTHERAPIE LIBERAL UNHPC CLINIQUE

TITRE : Le ministère de la santé annonce des mesures pour la radiothérapie libérale

PARIS, 13 janvier (APM) - Le ministère de la santé a proposé un programme d'actions pour le premier trimestre 2006 en réponse aux demandes exprimées par les représentants de la radiothérapie libérale, vendredi au cours des rencontres de la cancérologie libérale et hospitalière privée.

Organisées par l'Union nationale hospitalière privée de cancérologie (UNHPC) et la Fédération de la cancérologie libérale et hospitalière (FCLH), ces rencontres avaient pour thème "l'administration de la santé par l'Etat: quelles incidences sur nos pratiques, comment fonctionne une économie administrée."

S'exprimant au nom du ministre Xavier Bertrand, retenu auprès du Premier ministre au sujet de la grippe aviaire, son conseiller, Daniel Nizri, a tenu à souligner que le secteur libéral avait sa place, "toute sa place", dans la réorganisation de l'offre de soins en cancérologie qui s'opère en application du Plan cancer.

Le conseiller technique a mis l'accent sur la radiothérapie, traitement dont bénéficient 60% des 260.000 nouveaux patients atteints de cancer chaque année et qui est réalisé à 60% dans le secteur libéral.

"Le respect de la nomenclature ne permet pas, en dépit d'un premier rattrapage de 30 millions d'euros en 2002, la relance des investissements et l'amélioration de la qualité des plateaux techniques, en clair de respecter les objectifs du Plan cancer", a reconnu le représentant du ministre.

Reprenant les demandes répétées faites depuis deux ans par le Syndicat national des radiothérapeutes oncologues (SNRO), et ré-exprimées mercredi dans un communiqué (cf dépêche APM SLJAB003), Daniel Nizri a indiqué que le ministre avait retenu l'argumentaire concernant un recueil PMSI de l'activité de radiothérapie libérale.

Cela permettra "une connaissance complète" de l'activité de radiothérapie sur la base d'un modèle identique entre les secteurs privé et public.

Le ministre a aussi "pris acte de l'intérêt à faire converger les modalités de tarification sur un même champ" entre les deux secteurs, a-t-il ajouté. Il a évoqué l'ouverture d'un chantier de réflexion sur le statut des centres de radiothérapie.

Cela nécessite "un examen attentif des conditions réglementaires dans lesquelles pourraient s'inscrire ces évolutions". Il faut notamment une expérimentation pour le recueil des informations pour établir le dispositif informatique, les modalités de remontée des données et le retour vers les professionnels, a poursuivi le représentant du ministère.

"Nous proposons un programme au cours du premier trimestre 2006, donc dès la semaine prochaine, pour établir le lien juridique professionnels-Etat afin d'asseoir ce dispositif et en parallèle, des travaux seront menés pour la mise en oeuvre opérationnelle, pour la définition et le circuit d'information", a annoncé Daniel Nizri.

Le conseiller technique a également mentionné un calendrier pour déployer au plus tôt l'expérimentation et a indiqué que le ministre avait demandé à la responsable de la mission T2A de prendre les premiers contacts nécessaires.

"Je m'engage à veiller à la définition d'un calendrier et d'un contenu dès la première réunion et au respect de ce calendrier et du contenu", a assuré le conseiller technique.

Ces annonces devraient être précisées dans un courrier du ministre, a-t-on appris de source proche du dossier.

Le nouveau président du SNRO, le Dr Francis Lipinski (centre d'oncologie et de radiothérapie de Bayonne), qui intervenait pendant la matinée, s'est dit "heureux" et "un peu désorienté du fait de cette annonce surprise".

SATISFACTION DU SNRO

"Après 10 ans de revendications et de discussions, je ne pensais pas qu'on irait si loin, jusqu'à parler de convergence [entre public et privé], un terme tabou depuis quelques semaines", a-t-il déclaré.

Il a montré dans son exposé le "large fossé" qui s'est installé entre la radiothérapie publique et la radiothérapie libérale avec le Plan cancer.

Les établissements anciennement sous dotation globale ont bénéficié du Plan hôpital 2007 pour renouveler leur parc de machines, de la création de postes de médecins, physiciens et manipulateurs et d'une T2A pour la radiothérapie "relativement favorable", alors que le secteur privé n'a rien eu, selon lui.

Le Dr Lipinski a rappelé les propositions de 2004 du pôle nomenclature pour la CCAM (la nomenclature devait permettre la modernisation du parc privé, rappelle-t-on) qui selon les simulations du SNRO conduiraient à une perte de chiffre d'affaires de 15 à 25% pour les cabinets de radiothérapie par rapport à la nomenclature générale des actes médicaux (NGAP).

"Actuellement, nous fonctionnons toujours en NGAP transcodée, une usine à gaz qui va poser des gros problèmes pour les centres qui n'ont pas la télétransmission dans les semaines et mois qui viennent", a-t-il noté.

Une étude faite dans 13 centres portant sur 20 machines et 13.800 patients montre que la valorisation moyenne d'une radiothérapie s'établit à 2.741 euros selon la NGAP 2002, à 2.225 euros avec la CCAM (soit une baisse de 19 %), contre 4.482 euros avec la T2A pour le public (soit une hausse de 63 %).

Dans un centre passant du statut libéral lucratif au statut PSPH (la structure a été rachetée par une mutuelle), pour les mêmes équipes, le même plateau, on passe de 2.281 euros à 5.170 euros, soit une hausse de 127 %, a-t-il cité en se demandant ce qui était le plus "lucratif".

Le secteur libéral a compensé en augmentant son nombre d'actes, a indiqué le président du SNRO. Ainsi, en Aquitaine où l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) mène une enquête permanente sur l'activité de radiothérapie, le nombre de radiothérapies faites dans le privé a augmenté de 19,1 % entre 2000 et 2004 alors qu'il a baissé de 4,5 % dans le public, notamment à cause des 35 heures. Le public détient en 2004 63 % des parts de "marché" contre 57 % en 2000.

Un radiothérapeute travaillant dans un centre de lutte contre le cancer (PSPH) s'est inquiété d'une convergence trop rapide. Il a fait remarquer que dans la comparaison des tarifs, il fallait prendre en compte que la T2A ne s'est appliquée qu'à 10 % en 2004 et à 25 % en 2005. En 2006, le taux sera de 35 %, note-t-on. Par ailleurs, s'ajoutent pour le privé les honoraires des médecins, a-t-il relevé.

REVENDEICATIONS DES ONCOLOGUES MEDICAUX

Si les annonces du conseiller technique ont réjoui les radiothérapeutes oncologues, les oncologues médicaux ont voulu aussi faire entendre leur voix.

La nomenclature des oncologues médicaux est figée depuis 20 ans. Le K15, le K30 qui devaient disparaître au profit d'une évaluation plus juste du travail médical, sont maintenus, a regretté le Dr Emmanuel Achille (Hôpital des Peupliers et clinique Turin, Paris). "Tôt ou tard, nous aurons des problèmes à exercer", a-t-il estimé.

"Nous avons fait des propositions. En 2006, nous aimerions avoir des signes d'encouragement pour l'oncologie médicale. L'assurance maladie a beaucoup fait pour le médicament et l'innovation, mais n'oubliez pas les médecins qui

s'occupent d'administrer ces médicaments", a demandé le Dr Raymond Despax de la Clinique Pasteur de Toulouse.

Les oncologues médicaux manquent de reconnaissance, a-t-il déploré. Le manque de visibilité pour l'exercice libéral rend difficile le recrutement de jeunes oncologues, a-t-il ajouté.

"Notre pouvoir d'achat a baissé de 30 à 40% sur 20 ans et les contraintes ne font qu'augmenter. Nous ne pourrions pas assurer la moitié des chimiothérapies anticancéreuses à 100-200 oncologues libéraux. Il faudrait un rééquilibrage pour que l'attractivité soit la même que celle du secteur public", a poursuivi le médecin.

Interpellé sur le sujet, Michel Marty, de la Caisse nationale d'assurance maladie, a indiqué que la CCAM allait évoluer avec les négociations conventionnelles qui ont commencé depuis une semaine.

Il a précisé que les résultats de l'enquête nationale de la Cnam sur la pratique de chimiothérapie dans les cancers du sein, du côlon-rectum, du poumon et de l'oropharynx seront présentés à la presse mercredi 18 janvier.

Globalement, les représentants de la cancérologie libérale invités à s'exprimer vendredi sur l'incidence de l'administration de la santé par l'Etat sur leurs pratiques, ont souligné ce qui les a aidés, en particulier le Plan cancer, à améliorer leurs pratiques, la qualité de leurs prestations.

Néanmoins, ils ont souvent déploré le manque d'aide financière pour les soins palliatifs, la recherche clinique, les réseaux, ainsi que le manque de visibilité pour pouvoir envisager des investissements.

Ils se sont félicités de la création de l'Institut national du cancer (Inca), tout en relevant quelques coups de communication. La formalisation du dispositif d'annonce, de la concertation, du dossier commun... apportée par le Plan cancer est appréciée, mais certains jugent nécessaire une simplification, craignant des redondances.

sl/cd/APM polsan

SLJAD002 13/01/2006 18:27 ACTU CANCER

- IV - COMPLEMENTS

- Les différents sujets des Rencontres de 1994 à 2006
- Eléments bibliographiques
- Schémas récapitulatifs des composantes de la “plateforme commune” des organisations représentatives de la cancérologie libérale et hospitalière privée.
- Coordonnées des orateurs présents aux Rencontres 2006
- Index des intervenants aux Rencontres 2006

**Thèmes des Rencontres de la
Cancérologie Libérale et Hospitalière
de 1994 à 2006**

- 1994** : Quelle cancérologie pour la France ?
- 1995** : L'accréditation en cancérologie
- 1996** : Les réseaux de soins en cancérologie
- 1997** : Partage de l'information, transmission et confidentialité dans les réseaux
- 1998** : La concertation pluridisciplinaire en cancérologie
- 1999** : Soins palliatifs et phases terminales
- 2000** : Controverses autour du dossier médical
Quelle information pour le patient ?
- 2001** : L'évolution de la prise en charge des malades en chimiothérapie
L'ouverture du droit coopératif aux professionnels de santé
- 2002** : La chirurgie du cancer à travers l'exemple de la chirurgie du cancer du sein
La fonction qualité et l'évaluation des pratiques en cancérologie
- 2003** : La radiothérapie
La tarification à l'activité
- 2004** : Radiologie et lutte contre le cancer : la place du privé
Recherche clinique et innovations thérapeutiques : la place du privé
- 2006** : L'administration de la santé par l'Etat :
Quelles incidences sur nos pratiques ?
Comment fonctionne une économie administrée ?

Éléments bibliographiques UNHPC

Les actes des Rencontres :

- **2001** : Prise en charge **chimiothérapique** -
Accès au **droit coopératif** pour les sociétés à actionnariat
médical et pour les réseaux de santé
365 p.
- **2002** : **Chirurgie** cancérologique : l'exemple du cancer du sein
La fonction qualité et l'évaluation des pratiques dans les
réseaux de cancérologie
532 p.
- **2003-2004** : **2003** : La radiothérapie aujourd'hui en France
Cancérologie et Tarification à l'activité
2004 : La radiologie et la lutte contre le cancer
La recherche clinique et l'innovation

Mais aussi :

- Dossier «Partage de l'**information**, transmission et confidentialité
dans les réseaux de soins» Hospitalisation Nouvelle n° 253, dé-
cembre 1997, p. 1-2 & 9-32
- «Cancérologie privée : **qualité** et nouvelle organisation des soins»
Hospitalisation Nouvelle n° 258, mai 1998, p. 1-2 & 13-35
- **Charte** des Centres et réseaux de la Cancérologie Libérale -
UNHPC - mars 1999 - 2ème édition
- **Labellisation** des réseaux en cancérologie sur la base de principes
d'organisation et d'indicateurs médicaux - UNHPC, 1999, 96 p.
- «**Cancérologie privée** : attentes et réalisations» - Hospitalisation
Nouvelle n° 276, mars 2000, p. 1-37
- «**Réseaux et organisation de la cancérologie** : Réglementation,
Plan Cancer, Définitions, Schémas, Tableaux, Propositions -
UNHPC, Février 2005, 200 p.

**Schémas récapitulatifs des
composantes de la
"plateforme commune"
des organisations représentatives
de la cancérologie libérale et
hospitalière privée**

LA CANCÉROLOGIE LIBÉRALE ET HOSPITALIÈRE PRIVÉE





- Les Cliniques et les sites de cancérologie -



LA CANCÉROLOGIE LIBÉRALE ET HOSPITALIÈRE PRIVÉE

- La "plateforme commune" -

Deux organismes à vocation spécialisée (SFOM - SNRO), deux organismes à vocation générale et organisationnelle (UNHPC et FCLH).
Les trois premiers (SFOM - SNRO - UNHPC) se consacrent exclusivement au cancer.
Plus largement, la FCLH fédère tous les intervenants dans la prise en charge du cancer (les oncologues radiothérapeutes, oncologues médicaux, établissements spécialisés, mais aussi chirurgiens, radiologues, FHP, société savante...).

	«PLATE FORME COMMUNE»			
	ONCOLOGUES	RADIOTHERAPEUTES	ETABLISSEMENTS	TOUS LES INTERVENANTS
Logo				
Sigle	SFOM	SNRO	UNHPC	FCLH
Dénomination	Syndicat Français des Oncologues Médicaux	Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues	Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie	Fédération de la Cancérologie Libérale et Hospitalière
Rassemble	Les médecins exerçant la spécialité d'oncologie mé- dicale à titre exclusif	Les oncologues radiothé- rapeutes libéraux	Les Etablissements de santé privés ayant une ac- tivité en cancérologie et les médecins oncologues de toutes spécialités exer- çant en établissements pri- vés	- SFOM - SNRO - UNHPC - FHP - SFCP - UCF - UCCSF - FNMR
Président	Dr Franck BÜRKI	Dr Francis LIPINSKI	Dr Bernard COUDERC	Dr Didier LAMBERT
Secrétaire National	M. Gérard PARMENTIER			
Adresse Siège	SFOM Clinique de l'Union Boulevard de Ratalens 31240 SAINT-JEAN	62 Bd Latour Maubourg 75007 PARIS Standard : 01 53 59 34 00 Fax : 01 45 51 83 15	81 rue de Monceau 75008 PARIS Tel : 01 53 83 56 56 Fax : 01 53 83 56 50	81 rue de Monceau 75008 PARIS Tel : 01 53 83 56 56 Fax : 01 53 83 56 50
Adresse Président	Clinique de l'Union Boulevard de Ratalens 31240 SAINT-JEAN Secrétaire : 05 61 37 87 61 Portable : 06 84 75 44 64 Mél : frackburki@free.fr	Centre d'Oncologie et de Radiothérapie de Haute Energie du Pays Basque 14 allées Paulmy 64100 BAYONNE Standard : 05 59 59 38 71 Fax : 05 59 25 79 28 Mél : flipski@wanadoo.fr	GROP Polyclinique de l'Ormeau 10, Chemin de l'Ormeau 65000 TARBES Standard : 05 62 93 59 29 Portable : 06 89 10 86 64 - Fax : 05 62 51 17 77 Mél : coudercbernardgrop@wanadoo.fr	Domaine d'Erété 64290 BOSDARROS Tel / Fax : 05 59 21 67 60 Portable : 06 11 78 46 14 Mél : didierlambert@wanadoo.fr
Adresse Secrétaire National	M. Gérard Parmentier 4 rue du Château - 95300 PONTOISE Tel : 01 30 32 43 11 Port. : 06 07 40 32 57 Mél : gerard.parmentier@wanadoo.fr			

FHP : Fédération Hospitalière Privée ; représente les Etablissements de santé privés OQN, à statut commercial
SFCP : Société Française de Cancérologie Privée ; Société Savante
UCF : Union des Chirurgiens Français ; représente les chirurgiens
UCCSF : Union Collégiale des Chirurgiens et Spécialistes Français ; représente les chirurgiens
FNMR : Fédération Nationale des Médecins Radiologues et Spécialistes en Imagerie Diagnostique et Thérapeutique

Pour tous renseignements :

Gérard Parmentier
Tel : 01 30 32 43 11 ou 06 07 40 32 57
Mél : gerard.parmentier@wanadoo.fr

Véronique Dovergne
Tel/Fax : 01 30 27 92 77 ou 06 87 42 63 50
Mél : unhpc-vd@wanadoo.fr

**Coordonnées des orateurs
présents aux Rencontres
2006**

Docteur Emmanuel ACHILLE	Hôpital-Clinique Claude Bernard 97 rue Claude Bernard 57072 METZ Cedex 3
Docteur Philippe BERGEROT	Centre Etienne Dolet 22 rue Etienne Dolet 44600 SAINT-NAZAIRE
Madame Françoise BLANC-LEGIER	Institut Sainte-Catherine Chemin du Lavarin 84082 AVIGNON
Monsieur Rémi BOUVIER	Polyclinique Gentilly 2 rue Marie Marvingt 54100 NANCY
Docteur Hubert CALDEROLI	Cabinet Médical 5 rue Schumann 67000 STRASBOURG
Docteur Bernard COUDERC	Groupe Radiothérapie et Oncologie des Pyrénées 10 chemin de l'Ormeau 65000 TARBES
Monsieur Michel CROZIER	Contacteur l'UNHPC
Monsieur Jean de KERVASDOUE	Conservatoire National des Arts et Métiers Chaire Economie et Gestion des Services de Santé 292 rue Saint-Martin 75141 PARIS CEDEX 03
Docteur Christian ESPAGNO	Clinique des Cèdres Pavillon Chirurgical 2 Château d'Alliez 31700 CORNEBARRIEU

Monsieur Patrick FERRER	Association "Vivre avec" Ligue Nationale Contre Le Cancer 14 rue Corvisart 75013 PARIS
Monsieur Philippe GALY	14 ter avenue André Morizet 92100 BOULOGNE BILLANCOURT
Docteur Francis LIPINSKI	Centre d'Oncologie et de Radiothérapie de HauteEnergie du Pays Basque 14 allée Paulmy 64100 BAYONNE
Docteur Philippe MAHOT	Centre Catherine de Sienne 2 rue Eric Tabarly BP 20215 44202 NANTES CEDEX 2
Monsieur Jean-Philippe MOUSNIER	Cabinet SISYPH 10 place Léon Deubel 75016 PARIS
Docteur Daniel NIZRI	Ministère de la Santé et des Solidarités Cabinet du Ministre 8 avenue de Ségur 75350 PARIS 07 SP
Monsieur Gérard PARMENTIER	Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie 4 rue du Château 95300 PONTOISE
Monsieur Patrick VIVERET	Cour des Comptes 13 rue Cambon 75100 PARIS Cedex 01

**Index des Intervenants
aux Rencontres 2006**

A		
	ACHILLE	65-70
B		
	BARBIER-FREYCHET	113
	BAZIN	162, 192
	BELLANGER	109, 110
	BERGEROT	51, 63, 69, 81, 83, 86, 87, 111, 118
	BLANC-LEGIER	55-63, 116, 117
	BOUVIER	103-108, 110
	BÜRKI	84
C		
	CALDEROLI	73-79
	COUDERC	45-47, 117, 118, 122, 194
	CROZIER	133-139, 157, 163, 193
D		
	DAHAN	84, 86, 118
	DELBECQUE	112
	DESPAX	115, 116
E		
	ESPAGNO	81, 118, 157
F		
	FERRER	71, 114
G		
	GALY	123-129, 158-160, 163

K

KERVASDOUE 141-153, 155, 156, 161

L

LAUGIER 157
LEROYER 109, 110, 114
LIPINSKI 89-94, 111

M

MAHOT 95-102, 118
MARTY 115, 116, 117
MOUSNIER 165-181, 193

N

NIZRI 49

P

PARMENTIER 112, 114, 116, 129, 155, 181
PESQUET 161
PEUVREL 111

R

RICHE 85, 86, 118

V

VACANT 157
VIGNER 155
VITOUX 114
VIVERET 183-190, 192, 193

Achévé d'imprimer par PRÉSENCE GRAPHIQUE
2 rue de la Pinsonnière - 37206 MONTS
N° d'imprimeur : 110622245-800

Ce livre est la reprise des actes des **Rencontres 2006 de la cancérologie libérale et hospitalière privée**, telles qu'elles se sont tenues à Paris le 13 janvier 2006 complétés de documents fournis aux participants et de documents actualisés. Il est destiné à tous les professionnels de santé impliqués dans la lutte contre le cancer.

Les Rencontres Nationales de l'Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie (UNHPC) et de la Fédération de Cancérologie Libérale et Hospitalière (FCLH) ont lieu chaque année.

Elles sont l'occasion d'un dialogue fructueux entre professionnels d'origine, de métiers et de statuts différents, mais tous réunis pour approfondir telle ou telle dimension d'organisation, de régulation ou d'évaluation de la prise en charge et du traitement du cancer. Ils partagent la même conviction : l'environnement et les conditions d'organisation déterminent de plus en plus la qualité des soins. Environnement, organisation, modalités de l'allocation des ressources ne vont pas de soi. Ils méritent autant d'attention que la recherche ou le développement des compétences.

Les travaux étaient cette année consacrés au thème de **l'administration de la santé par l'Etat**. Ce thème a été abordé en deux temps :

- 1) un temps de témoignages de professionnels ;
- 2) un temps de réflexions et d'analyses avec présentation d'"outils pour comprendre" par des spécialistes de renom (**Michel Crozier** "*un système d'organisation archaïque qui tend vers le système bureaucratique*" ; **Philippe Galy** "*pourquoi ça coince ?*" ; **Jean de Kervasdoué** "*sortir du corporatisme - au nom de quoi soigner ?*" ; **Jean-Philippe Mousnier** "*l'intelligence économique*" ; **Patrick Viveret** "*l'intelligence de l'économie*").

Les **Rencontres 2006 de la cancérologie libérale et hospitalière privée** ont été organisées avec le soutien des Laboratoires Amgen, Lilly, Pfizer, Roche et sanofi aventis :



Ce livre a été édité par l'UNHPC, grâce au soutien du Laboratoire Pfizer.



UNHPC

Novembre 2006