

CALASS 2011 - Lausanne

« GLOBALISATION » ET EFFETS CONTEMPORAINS SUR LES PRISES EN CHARGE HOSPITALIÈRES PUBLIQUES

J.P. ESCAFFRE
Université de Rennes 1
France

Jean-pierre.escaffre@univ-rennes1.fr

F. QUIDU
EHESP
France

frederique.quidu@ehesp.fr

Résumé :

Dans un premier chapitre nous indiquons les grandes « lois » des prises en charge hospitalières, valables quel qu'en soit le type. Dans un second chapitre, nous rappelons les raisons fondamentales qui ont poussé tous les pays européens continentaux, après-guerre, à organiser le système sanitaire quasiment en totalité dans le secteur public. Dans un troisième chapitre, nous analysons les impacts de la « globalisation » sur les effets des « lois ». Enfin dans un quatrième, nous tentons d'indiquer, avec les données connues actuellement, les conséquences contemporaines de cette globalisation sur l'organisation des prises en charge hospitalières en France.

Resumen:

En el primer capítulo indicamos las grandes "leyes" de las encargadas hospitalarias, cualquiera que sea el tipo. En un segundo capítulo, recordamos las razones fundamentales que empujaron todos los países europeos continentales, la postguerra, a organizar el sistema sanitario casi totalmente en el sector público. En el tercer capítulo, analizamos los impactos de la "globalización" sobre los efectos de las "leyes". Por fin en el cuarto, intentamos indicar, con los datos conocidos actualmente, las consecuencias contemporáneas de esta globalización sobre la organización de las encargadas hospitalarias en Francia.

Selon nous, l'analyse du management des prises en charge hospitalières publiques doit éviter trois écueils.

Le premier est, sous prétexte qu'il s'agirait d'un domaine particulier où la douleur et la mort rodent, de s'emparer de concepts étrangers à la gestion et au management stratégique, tels la pathologie et le diagnostic. Ces derniers relèvent des sciences médicales et de ses mises en pratique. En quoi cette taxinomie serait-elle *a priori* pertinente et importable dans nos sciences de gestion ? En réalité, la vision du soignant est unitaire et temporelle, en ce sens que celui-ci pense sa pratique en fonction du patient singulier, avec une thérapie individuellement adaptée dans le temps. Ce qui est stratégique pour le soignant, c'est la survie et l'autonomisation du patient singulier. Le rôle du gestionnaire est de prendre en charge à chaque instant tous les patients quelles que soient les maladies (celles-ci ne sont donc pas des critères d'entrée essentiels dans l'analyse), puis de mettre en face des moyens humains et matériels nécessaires : il raisonne par rapport à une adéquation autant que possible instantanée entre la structure des états de santé de l'ensemble des patients présents et ses moyens du moment. C'est la modification de ce rapport dans le temps qui devient stratégique.

Le second écueil est de renoncer à l'analyse géopolitique. L'hôpital public, tel que nous le connaissons encore aujourd'hui, est l'émanation des principes de solidarité issus des conséquences de la dernière guerre en Europe continentale. Son existence est donc hautement politique, ce qui implique un management spécifique, caractérisé par exemple par la

prépondérance du politique dans les décisions stratégiques de chaque établissement et par un relatif détachement des budgétisations d'avec l'évolution des activités. Il en découle que l'attention des gestionnaires se positionnait plus sur les stratégies des prises en charge que sur les stratégies financières par ailleurs légalement fortement encadrées dans le contexte des missions publiques. Celles-ci impliquent une diversification des pouvoirs de décisions dans les prises en charge non sélectives, ce qui rend particulièrement complexe le management de celles-ci par les gestionnaires. Une simplification exigerait une concentration du pouvoir dans la chaîne des prises en charge, ce qui aurait alors pour effet de les rendre sélectives. Le pilotage par la tarification personnalisée auprès de chaque patient, et non plus par un budget global, expression concrète d'un prix identique pour tous, entaille le principe de non sélection des prises en charge et encourage la concurrence entre établissements publics et entre ces derniers avec les structures privées lucratives. Les prises en charge deviennent un marché, ce qui exige de la part des gestionnaires des hôpitaux publics une analyse fine de celui-ci, et une concentration des pouvoirs de management au détriment des pouvoirs professionnels et politiques.

Le troisième écueil est de tomber dans une recherche trop étroitement pilotée par l'aval, c'est à dire par la nécessité pour les autorités de tutelle de trouver rapidement des outils adéquats à l'application de leurs politiques hospitalières (succession de réformes). La rapidité pousse « naturellement » à rechercher des outils mis au point dans d'autres systèmes de santé, en fait quasi uniquement anglo-saxons, puis à les adapter au système spécifique français. Il n'est donc pas étonnant dans ce contexte que la plupart des travaux de chercheurs se soient focalisés sur l'accompagnement de ces réformes, sans chercher systématiquement à dégager les « lois fondamentales de développement » des prises en charges, en privilégiant le comment plutôt que le pourquoi : comment organiser la concurrence, comment gérer la réaction des soignants, comment les accompagner dans le sens des réformes qu'ils vivent fréquemment comme contradictoire à leurs valeurs culturelles¹, comment articuler la gouvernance organisation / réseaux, quels types d'outils de mesure de performance d'application des réformes, ...

Dans un premier chapitre nous indiquerons les grandes « lois » des prises en charge hospitalières, valables quel qu'en soit le type. Dans un second chapitre, nous rappellerons les raisons fondamentales qui ont poussé tous les pays européens continentaux, après-guerre, à organiser le système sanitaire quasiment en totalité dans le giron public. Dans un troisième chapitre, nous analyserons les impacts de la « globalisation » sur les effets des « lois ». Enfin dans un quatrième, nous tenterons d'indiquer, avec les données connues actuellement, les conséquences contemporaines de cette globalisation sur l'organisation des prises en charge hospitalières en France.

I] LA « MÉCANIQUE » GÉNÉRALE DES PRISES EN CHARGE HOSPITALIÈRES

I.1-Le processus général

L'épidémiologie de la population, la capacité de soutien du réseau social et les comportements des acteurs (malades, familles, professionnels ambulatoires, professionnels hospitaliers) représentent les principaux facteurs de la demande de prise en charge hospitalière, dès lors que la structure hospitalière existe dans la conscience de ces acteurs. Au sein de l'hôpital, la variation de la demande va s'exprimer sous la forme de variations des entrées aux urgences, des entrées au service porte, des consultations externes et des entrées directes. Enfin, les variations des entrées dans le service ou l'unité de soins peuvent entraîner des variations des lourdeurs des patients (dépendances), de la durée moyenne de séjour (DMS), éventuellement du nombre de lits. La variation de ce dernier, et/ou celle de

¹ Fréquemment dénommé idéologiquement « résistance au changement ».

la durée moyenne de séjour (DMS) aura pour effet de faire varier les taux d'occupation et de rotation qui eux-mêmes provoqueront des variations des charges en soins directs et indirects avec une modification des ressentis de la journée de travail des équipes de soins, ces modifications suivant elles-mêmes des « lois » précises². Par ailleurs, la variation du taux d'occupation a des effets sur les variations de sorties qui elles-mêmes peuvent faire varier le nombre de consultations externes et les mutations ainsi que les comportements des acteurs externes.

II.2-Un puissant accélérateur des entrées, trop fréquemment sous-estimé : l'état des réseaux sociaux

Les causes épidémiologiques révèlent les maladies, et surtout les conditions de vie de la population qui fragilisent ou renforcent les épisodes morbides. Il s'agit ici du terreau sur lequel peut apparaître un besoin de prises en charge hospitalière. Cependant, cela ne suffit pas. Pour qu'il y ait « passage à l'acte » du besoin à la demande, faut-il que, d'une part, une structure reconnue par la population locale existe, et d'autre part, que le réseau social autour du patient, en général familial, n'ait plus la capacité de l'aider. Les cultures alimentaires, le type d'habitat, les modes de vie, les conditions de travail, la précarité jusqu'à l'exclusion sociale ont en tout temps eu des effets ici protecteurs, là pathogènes. Ainsi, la distinction radicale, en management hospitalier, des facteurs de morbidité d'une part, et des facteurs de recours aux soins ambulatoires et hospitaliers d'autre part est d'une grande importance : pour la stratégie hospitalière, les premiers sont une donnée tandis que les seconds relèvent du traitement managérial de la demande, de l'adaptation organisationnelle continue de la structure publique. Deux forces, en apparence contradictoires, poussent à l'accélération de la demande hospitalière : l'élévation des niveaux de vie, la destruction du maillage économique local. En premier lieu, l'élévation des niveaux de vie permet une autonomisation des individus d'où la montée de l'individualisme qui va de pair, en tendance, avec l'abaissement des capacités de soutien des réseaux sociaux lors d'épisodes morbides de l'un de ses membres. En second lieu, la destruction des maillages économiques locaux stables déchire les réseaux sociaux solidaires selon un processus cumulatif : ceux qui restent, le plus fréquemment les personnes âgées, se retrouvent seuls, ceux qui sont contraints de partir le sont aussi sur leurs nouveaux lieux de travail. Dans les zones géographiques concernées, la capacité de soutien des réseaux sociaux s'affaiblit, d'où une augmentation, non liée à la morbidité, des demandes de prises en charge hospitalières de toute nature (selon les configurations des structures existantes localement, y compris donc dans les services de courts séjours tels les unités de chirurgie !), et ce y compris pour les épisodes morbides bénins. En sens inverse, les réseaux sociaux à forte densité repoussent les institutions collectives, et ne s'en servent qu'en dernier recours. L'isolement social joue sur la durée de séjour. Si donc l'épidémiologie locale crée un fond de demande, c'est l'état des capacités de soutien des réseaux sociaux qui est à l'origine de l'accélération contemporaine des demandes de prises en charge hospitalières, ce qui signifie, *a contrario*, qu'un renforcement des réseaux sociaux pourrait aussi en être le décélérateur.

II.3 -L'attraction / concurrence : des lieux de pouvoir diversifiés formatant les filières

Dans les situations les plus fréquentes, entre le réseau social et l'hospitalisation dans les services de soins, de nombreux acteurs jouent des rôles intermédiaires: outre le patient lui-même et sa famille, le médecin traitant, les pompiers, la police, les autorités judiciaires, etc. Les centres de décisions peuvent se cumuler dans le même sens, parfois se concurrencer, freinant ou accélérant les prises en charge hospitalières : l'itinéraire de chaque patient est le fruit des décisions successives des divers acteurs. Il existe des situations où l'un d'eux domine, « aimantant » ainsi les décisions des autres acteurs. Il est indispensable pour tout gestionnaire de service d'analyser finement la succession des décisions d'hospitalisation – ou filières – afin de localiser les lieux réels de pouvoir d'hospitalisation et les utiliser à bon escient pour gérer les flux de patients à court et moyen terme, et pour mesurer la fragilité ou non de chaque unité de soins vis à vis des décisions externes. L'importance de chacune des filières est spécifique à chaque service de soins ou établissement.

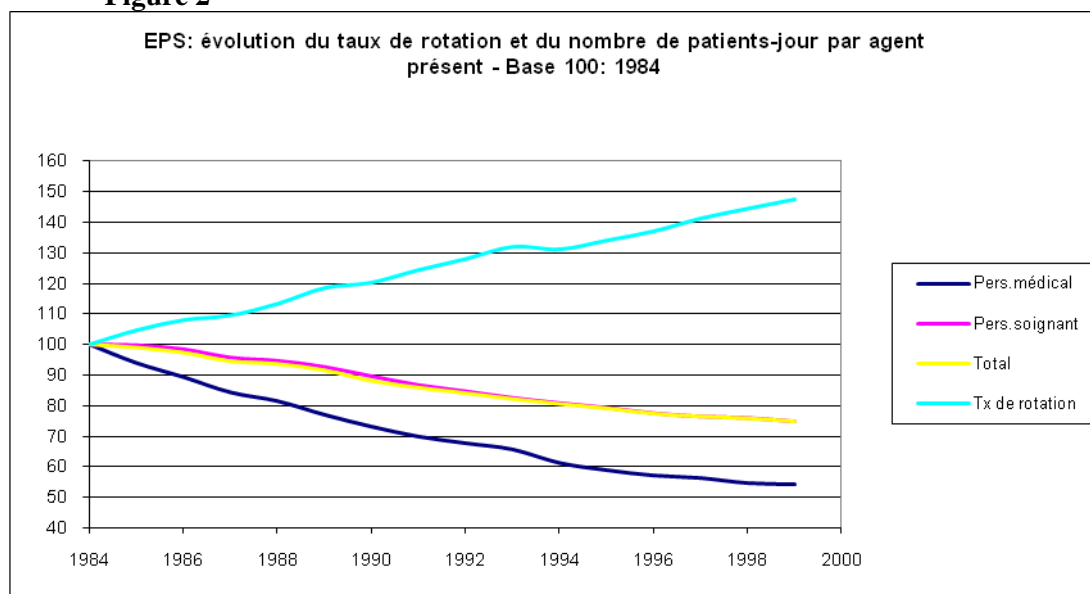
² Cf carte universelle des ressentis <http://pendiscan.istic.univ-rennes1.fr>

Chaque filière se caractérise par son « profil » de patients, « transportant » avec lui les rapports de pouvoirs. Si l'on met les traumatismes à part, on ne constate pas de concentrations particulières significatives de pathologies selon les filières ; ce critère médical ne semble donc pas pertinent pour le management. Les médecins traitants interviennent essentiellement dans les filières « domicile/urgence médicale » et « médecine/hospitalisation non urgente ». Dans les premières, leur pouvoir semble assez limité : le patient et son mode de prise en charge sont totalement transférés à l'hôpital. En revanche, dans les secondes, il semble que l'hôpital n'intervient que dans une partie de la prise en charge (la partie la plus technique) : une fraction de la demande est déjà transformée par le médecin ambulatoire, en général spécialisé. Dans ce cas, la stratégie relationnelle continue hôpital public / médecins spécialisés ambulatoires est primordiale.

II.4 - Les effets contradictoires de la baisse du nombre de lits hospitaliers sur les charges de travail des Unités de Soins

Dans le cadre de la politique nationale de la maîtrise des dépenses de santé, l'une des mesures les plus drastiques fut la diminution continue du nombre global de lits hospitaliers publics (-20 % en 15 ans). Ceci eut pour effet de diminuer le nombre de journées réalisées strictement dans les mêmes proportions³, ce qui revient à baisser le nombre moyen de patients présents chaque jour dans les établissements. *A priori*, cela laisserait supposer que les charges de travail direct ont baissé, ce d'autant plus que le nombre de soignants, surtout le nombre de médecins, a cru sensiblement (+ 30 %, et + 60 % pour le corps médical, de 1984 à 2004).

Figure 2



Source : F. Quidu, J-P Escaffre, Activités et masses financières des établissements hospitaliers publics français, évolution à long terme, Gestions hospitalières, mai 2008.

Cependant, le taux de rotation a augmenté durant la même période de près de 50%, d'où un accroissement d'autant du travail indirect : réfections des lits, suivis de l'hygiène des chambres, multiplication des dossiers administratifs et des collectes de données, etc ...et surtout augmentation très sensible des tâches pré et post hospitalisation qui exigent de nombreux contacts chronophages avec de multiples partenaires extérieurs, en particulier pour les placements à la sortie du fait de la pénurie des lits de soins de suite et de long séjour . Globalement, la charge de travail a du s'alourdir d'environ 30 points, sur une base en partie périphérique au cœur du métier (travaux administratifs en particulier). Ici réside sans doute en grande partie le malaise des personnels de soins, aggravé par un sentiment généralisé de « no future » dû à la régression jugée autoritaire du système hospitalier public.

³ Quidu, F., Escaffre, J.P. (mai 2008), Activités et masses financières des établissements hospitaliers publics français, évolution à long terme, Gestions hospitalières.

En effet, la charge de travail est un ensemble d'actes effectués par le personnel soignant, ces actes étant directement ou indirectement liés au(x) patient(s). La charge totale de travail se décompose donc en :

- soins directs aux patients individuels ;
- charges relationnelles avec la famille (accueil, informations, formations...) ;
- soins directs auprès d'un ensemble de patients ;
- charges liées au taux de rotation ;
- charges liées à la façon de s'organiser (les types de planification du travail, l'organisation formatée par les relations hiérarchiques, les types d'organisation des relations entre les unités de soins et les services techniques et médico-techniques....)
- enfin, les charges liées à l'architecture (longueur des couloirs, proximité des services techniques et médico-techniques ...).

Ces différentes formes de charges ne sont pas totalement indépendantes les unes des autres. Ainsi, les variations du taux de rotation ont des effets à la fois sur les charges directes auprès des patients et surtout sur les charges indirectes comme nous l'avons vu plus haut. Cependant, l'éthique, la conception culturelle du soin, font que le volume de travail n'est pas un élément déterminant. Ce qui touche le plus sont les ressentis et les « charges mentales ». Les premiers correspondent à des effets court-terme. Ils peuvent être influencés par de multiples facteurs tels que les charges de travail (non pas en terme de volume en soi mais par leurs variations), les caractéristiques des patients, les taux de rotation, le type d'organisation, les relations hiérarchiques, les soucis familiaux, etc... Les seconds apparaissent lorsque le personnel est confronté à des situations continuelles d'imprévus, à des difficultés d'accomplir totalement les protocoles de soins, à des relations difficiles avec les familles, les médecins, etc... Les agents se trouvent alors dans une phase de charges mentales qui peut être très aiguë. Les charges mentales, à effet lancinant, sont fortement liées à la capacité à gérer l'incertitude. La compétence du cadre soignant est ici primordiale, car son premier rôle est de réduire l'incertitude interne de l'équipe afin de mieux affronter les incertitudes dues aux relations du personnel avec les multiples autres acteurs.

Comme nous allons le montrer, ces moments de prises en charge vont être perturbés, en particulier par l'introduction de nouveaux acteurs, les fonds d'investissement, grâce à l'introduction de mesures telle la T2A.

II] CHOIX DE LA TARIFICATION ET CONTEXTES GÉOSTRATÉGIQUE

Il convient ici de comprendre les raisons fondamentales de la fixation, pour les hôpitaux publics, d'un prix unique ou quasi unique après-guerre, puis le déclenchement récent des modifications profondes de la tarification.

II.1 - Les raisons fondamentales des choix de tarification après-guerre

Les choix de la tarification dans le système hospitalier public, qui perdurèrent jusqu'à la fin des années 80, proviennent fondamentalement des conceptions des protections sociales de la part des forces politiques de l'immédiat après-guerre, le tout dans un contexte de confrontation Est-Ouest, qui se termina, rappelons-le, aussi à la fin des années 80. La concomitance de ces deux situations n'est pas fortuite. En France, le Conseil National de la Résistance joua un rôle fondateur dans la matrice de la protection sociale. Son analyse des situations de guerre en Europe fut que celles-ci sont toujours le fruit d'une dégradation économique sensible des populations. Il en découle, selon cette analyse⁴, que des seuils minimaux de conditions de vie doivent être politiquement assurés : un salaire minimum, éradication des incertitudes des fruits du travail liées à la maladie des travailleurs, garantie de « vieillir dans la dignité ». Ainsi, l'enjeu politique premier de la protection sociale, avec ses techniques afférentes de budgétisation et de contrôle de gestion, ne se situe donc pas autour de quelques paramètres démographiques et de calculs de coûts dans le contexte historique

⁴ Analyse aujourd'hui corroborée par Paul Poast dans son ouvrage *Principes d'économie militaire* (2008), Economica.

européen. Il s'agit de l'un des moyens essentiels de la sécurité collective sur ce territoire : solidarités entre actifs et retraités, entre bien-portants et malades, entre salariés et chômeurs, etc. La généralisation de la protection à toute la population relève alors du principe philosophique de l'égalité des citoyens, s'opposant ainsi à celui de charité ou d'assistance d'avant-guerre, inefficace à enrayer les conflits. Dès lors, on comprend mieux les raisons fondamentales pour lesquelles l'évolution des budgets hospitaliers publics n'a jamais été parallèle à celle des activités des structures sanitaires. Les enjeux se situent à un tout autre niveau. Une tarification globale (prix de journée ou budget global) correspond ainsi à un prix unique solidaire, non personnalisable, ce qui ne nécessite pas un système d'information sophistiqué.

Le contexte de la confrontation Est-Ouest fut aussi une cause fondamentale : face au développement des pays de l'Est après-guerre (croissance à deux chiffres, comme les pays émergents aujourd'hui), l'Ouest fut contraint de soutenir rapidement des couches moyennes salariées aux niveaux de vie plus élevés que ceux de l'autre côté du rideau de fer, afin de maintenir un différentiel visible, d'où des politiques économiques actives des Etats assurant une répartition assez importante des valeurs ajoutées, tout particulièrement dans les pays limitrophes du « rideau de fer ». Les protections sociales en furent l'une des armes non létales. L'une des modalités, les systèmes hospitaliers globalement de haut niveau en fort développement, sont apparus aisément abordables pour les patients et leurs familles. Ce fut l'âge d'or de la croissance des structures hospitalières, appuyée par la puissance de la recherche médicale publique, à tel point que l'hôpital public fut le principal employeur des villes moyennes françaises, un repère architectural dans l'urbanisme au même titre que la centralité de l'église ! L'hôpital fait encore aujourd'hui partie de l'univers culturel des habitants, et en ce sens son existence est très politique, d'où, jusqu'en 2008, le maire comme président du conseil d'administration. Ainsi, l'insuccès relatif des tentatives de freinage des budgets hospitaliers « qui augmentent plus rapidement que le PIB », tiennent selon nous à des enjeux de nature géopolitique.

II.2-La « tarification à l'activité » est concomitante de l'accélération de la globalisation

Dès lors que le « bloc » de l'Est vacille à partir de la deuxième moitié des années 80, il n'est plus utile de maintenir la nébuleuse des couches moyennes salariées, ce afin de reconcentrer, comme ce fut le cas avant-guerre, les valeurs ajoutées. La maintenance d'une protection sociale généralisée de haut niveau, essentiellement financée par les couches moyennes salariées, politiquement soutenu par les gouvernements, devient caduque, d'autant que l'accélération concomitante de l'intégration institutionnelle européenne devait assurer la sécurité collective du continent sous le contrôle de l'OTAN. Les deux causes fondamentales semblant s'évanouir, la protection sociale collective peut être écornée sans trop de risques dans tous les pays de l'Union Européenne dès le début des années 90. IL s'agit là d'une période charnière dans tous les domaines économiques en Europe continentale. Au niveau hospitalier public, cela a signifié une décroissance globale de l'évolution des offres, accompagnée par un remplacement du système de prix collectif par une tarification personnalisée, permettant ainsi aux assureurs complémentaires (en particulier non mutualistes) d'adapter leurs primes d'assurance à chaque personne de manière différenciée selon leurs risques sanitaires⁵ (jusqu'à vouloir autoriser en France l'accès direct aux dossiers

⁵ Les plus grandes compagnies d'assurance sont pour la plupart d'origine anglo-saxonne, et sont fortement implantées en Europe continentale. Leur objectif est de capter l'épargne européenne « stérilisée » dans les protections sociales (épargne collectée aussitôt dépensée dans le circuit économique, ce qui représente des sommes énormes), afin de la rapatrier vers les Etats-Unis d'Amérique en vue de contribuer à compenser la

des patients : rapport Babusiaux⁶). Le total de ces primes a pour objet d'alimenter les marchés financiers, déjà bien interconnectés durant la décennie 90, période de la montée spectaculaire de ces marchés en Europe continentale. Les stratégies de pénétration des assureurs anglo-saxons dans les systèmes solidaires de financement des hôpitaux publics furent à peu près partout les mêmes en Europe continentale : formation de cadres hospitaliers européens à l'Université de Yale, mise en place d'un système de comptabilité par groupe homogène de malades (Diagnostic Related Groups, francisés GHM) par des sociétés de conseil en système d'information dont la plupart sont affiliées aux groupes d'assureurs. Une fois le système des groupes homogènes⁷ installé dans la majorité des pays européens (système dénommé PMSI en France), chaque patient peut être caractérisé et donc peut être tarifé personnellement en fonction de son état. En France, l'utilisation des GHM en vue de la tarification (dite tarification à l'activité, T2A) est en voie de généralisation à la fois dans les hôpitaux publics et les cliniques privées. Pour ces structures, l'intérêt est alors de capter les patients classables dans les GHM aux prix les plus élevés, d'où l'installation d'une concurrence entre ces établissements sanitaires sur ces segments de marché. Nous analyserons plus en détail le processus de concentration des cliniques à but lucratif *infra*.

Ce mode de sélection de clientèles par la tarification heurte de plein fouet la culture des soignants des structures hospitalières publiques, par ailleurs plus habitués à la coopération qu'à la concurrence entre équipes médicales, d'où un climat social lourd. A des fins d'équilibre budgétaire, les établissements publics ne pouvant se financer uniquement par des GHM aux prix élevés, commencent à procéder à des suppressions d'emplois (-8000 postes en 2009, autant en 2010), à des restructurations des activités (en particulier des concentrations dénommées « coopérations en réseaux »), et surtout à accroître sensiblement leurs emprunts à long et moyen termes (suite aux autorisations d'investissements des plans Hôpital 2007 et 2012). La T2A a de plus pour effet d'accroître considérablement les dépenses liées aux systèmes d'information et à la bureaucratisation des services de soins.

II.3- La préparation de l'entrée des groupes financiers dans les cliniques privées

A partir de la fin des années 90 en France, il est admis qu'il n'est pas possible de freiner la demande hospitalière (en particulier par des mesures permettant une régulation en amont auprès de la médecine de ville, mesures qui furent très insuffisantes pour ne pas dire des échecs). Ceci n'est guère étonnant du fait des stratégies de délocalisations et de l'affaiblissement du potentiel industriel, qui décomposent les capacités de soutien des réseaux sociaux. En bloquant le développement des capacités d'accueil des établissements publics, un marché conséquent peut alors se développer pour les cliniques privées à but lucratif : ce fut la conséquence de la série de lois et d'ordonnances, tout particulièrement depuis 1991.

II.3.1-L'accompagnement réglementaire

Les tentatives de maîtrise des structures hospitalières publiques deviennent effectives dès 1991: la carte sanitaire est renforcée par les SROS. A partir de 1996, le mouvement législatif s'accélère : la réforme hospitalière publique et privée régionalise le financement des activités hospitalières en renforçant les pouvoirs des Agences Régionales Hospitalières, en

balance commerciale américaine déficitaire. Cette épargne y reste prisonnière du fait de la forte dépréciation du dollar vis à vis de l'Euro.

⁶ Ch Babuziaux, l'accès des assureurs complémentaires aux données de santé des feuilles de soins électroniques, Doc. Française, mai 2003.

⁷ Ces groupes ne sont homogènes que par leur nom : voir l'article de Swinarski Huber, Z. (2004), La problématique des AP-DRG ou comment calculer des coûts hospitaliers justes en se basant sur une classification peu pertinente ?, CALASS 2004.

abaissant ceux des représentations syndicales dans les organismes de Sécurité Sociale et des élus locaux, en imposant des normes et des objectifs aux Etablissements faisant partie du service public (accréditation, contrats d'objectif qui ne relèvent dès lors plus, dans leurs principes, de l'objectif global de santé publique et de proximité des soins), en modifiant le régime de financement des cliniques privées (contrat tripartite Etat/Caisse/fédérations de cliniques). Six ans plus tard (2002), le droit des malades est voté afin de contrebalancer le pouvoir médical dans les établissements, ainsi que le plan « hôpital 2007 » (15 milliards d'euros en investissements autorisés, essentiellement sous forme d'emprunts, avec un partenariat public/privé comme condition du financement), introduction de la T2A accompagnée corrélativement d'un assouplissement de la planification, ouverture des opérations immobilières publiques aux entreprises privées. Un marché ne pouvant se contenter de frontières, la carte sanitaire est supprimée (2003 comme suite logique), mais en même temps les SROS sont renforcés afin de pousser à la concentration des établissements publics, globalement sans capacité supplémentaire. Les normes médicales joueront ici un rôle primordial. Les ordonnances de 2005 renforcent le dispositif en généralisant la T2A aux activités MCO publiques et privées, et surtout en éliminant les pouvoirs des élus locaux. Dans cette dynamique, dans un premier temps, les cliniques à but non lucratives seront les grandes perdantes au profit des cliniques à but lucratif, sous l'effet en particulier des concentrations de ces dernières. Le plan Hôpital 2012, mis en place en 2007, approfondit le processus engagé : les aides, essentiellement sous forme d'autorisations d'emprunts, sont liées à la reconversion des sites chirurgicaux en SSR, et à la restructuration des plateaux techniques MCO, dans le domaine immobilier et les systèmes d'information. Ainsi, en plus des investissements courants, les EPS absorberont 53 % de ces aides, les PSPH 17 %, les cliniques à but lucratif 34 %.

La loi HPST⁸ (2009) achève le processus : très forte concentration des pouvoirs étatiques sur l'ensemble du système sanitaire hospitalier et ambulatoire (création des ARS⁹, renforcement des pouvoirs internes dans les EPS, conseil d'administration éliminé au profit d'un conseil de surveillance, directeurs de CHU nommés par décret, les autres par le directeur de l'ARS), la mission de service public global des EPS est supprimée et remplacé par un « service public hospitalier », comportant quatorze missions, dans lequel peuvent s'inscrire les personnes morales et physiques à but lucratif. Le statut des hôpitaux locaux disparaît, et ces établissements sont satellisés autour d'un hôpital de référence. Le lien politique de l'hôpital avec la population locale est en conséquence en cours de distanciation, fait d'une grande importance pour l'acceptation de l'entrée des fonds d'investissement dans le secteur.

II.3.2-L'évolution concomitante des concentrations des cliniques à but lucratif

Le mouvement de concentration débute lentement en 1987, avec la création de la Générale de Santé par la Compagnie Générale des Eaux et de Clininvest par Suez, les Mutuelles du Mans, le Crédit agricole et la Caisse des Dépôts et Consignations. La concentration des capitaux va s'accélérer à partir de 1994, les fonds financiers commençant à investir dans les groupes de cliniques déjà constitués à partir de 1997 (c'est à dire juste après la loi de 1996 portant réforme hospitalière publique et privée citée plus haut) se traduisant par une diminution du nombre d'établissements et de lits, ainsi que d'une sélection des disciplines médicales :

- en 1994, Suez rachète les parts des autres investisseurs dans Clininvest (à hauteur de 85 % du capital) ;
- en 1997, la CGE vend la Générale de Santé (GDS) à un fonds LBO luxembourgeois Santé Luxembourg (détenu par un fonds saoudien, ABN Amro Holding, le fonds de

⁸ Loi Hôpital Patient Santé Territoire

⁹ Agences Régionales de Santé

pension américain Cinven, la banque italienne San Paolo) ; le chiffre d'affaires fera un bond de plus 18 %, l'excédent brut d'exploitation de 11 % et le résultat net distribué se montera à 23,1 millions en 2002 ;

- en 2002 (début du plan hôpital 2007), Suez vend Clininvest au groupe suédois Capio, coté en bourse, dans lequel s'est positionné deux fonds américains d'importance : Six Funds Board et Merrill Lynch Funds ;
- en 2003, les actionnaires de la GDS décident de céder ses filiales médico-sociales au groupe Sagesse qui se trouvait en concurrence avec d'autres groupes déjà constitués dans ce secteur (Orpéa, Médidep, Medical France, Sérience) ;
- la même année, Santé Luxembourg cède GDS au groupe italo-américain Santé Holding ;
- en 2006, création du groupe Médipôle Santé (M. Hermann, BNP, Azulis), qui sera vendu en 2011 au fonds Private Equity Bridgepoint (américano-britannique) ;
- la même année (un an après les ordonnances 2005 portant sur la T2A et sur la disparition des Conseil d'Administration dans les hôpitaux publics), le fonds d'investissement APAX prend une participation minoritaire dans le groupe de cliniques Vedici, et la revendra au fonds 3i et NI Partners, tandis que les bâtiments seront détenus par la Foncière Icade ;
- en 2008, le fonds Blackstone se défait du groupe Vitalia en faveur, semble-t-il, du groupe de travaux publics Eiffage (détenu à 30 % par ses salariés et à 20% par la Caisse des Dépôts et Consignations) et du fonds américain Cinven ;
- en 2011, soit deux ans après la loi HPST, nombre « d'entrepreneurs » qui avaient monté des groupes de cliniques se retirent au profit des fonds d'investissement : Bridgepoint rachète Médipôle Sud Santé et la Compagnie stéphanoise de Santé, le Crédit Agricole le groupe Vivaldo en Bretagne, le fonds Duke Street le groupe Proclif (Paris) ; il en sera de même pour les groupes Chiche, Médidép, Arrita, Hexagone Hosp, la clinique Tonkin, ...

Cette liste ne prétend pas être exhaustive. Ces concentrations de cliniques privées à but lucratif représentent environ en 2011, quoique le décompte soit malaisé, 10% des cliniques françaises. Les cliniques privées indépendantes réagiront tardivement, après la loi HPST, en créant des fédérations ou des Groupement d'Intérêt Economique (GIE).

Globalement, entre 2003 et 2008, le chiffre d'affaires des cliniques privées à but lucratif a augmenté de 29,7 %. Leur taux de rentabilité semble faible : 2 à 4 % ; cependant une clinique sur dix réussit à dépasser les 12 %. Par ailleurs, il est difficile de calculer un tel taux du fait que la location des murs, qui peuvent appartenir aussi aux mêmes propriétaires, sont intégrés dans les consommations intermédiaires, ce qui réduit d'autant la valeur ajoutée.

III] LES EFFETS SUR LES « LOIS » DES PRISES EN CHARGE HOSPITALIÈRES PUBLIQUES

Quels sont les impacts de la « globalisation » sur les « lois » des prises en charge hospitalières décrites au premier chapitre ? Précisons que la dite globalisation consiste à rendre possible sans entrave les placements financiers des fonds d'investissement de toutes formes, massivement d'origine états-unienne, dans le monde entier. Ces fonds se sont particulièrement intéressés à l'Europe continentale de l'ouest, car là gît la plus grande source d'épargne du monde à saisir, sous forme de placements bancaires, de titres d'entreprises privatisées, de protection sociale ... Nous ne montrerons ici que quelques effets.

La première conséquence de la globalisation en Europe continentale, et tout particulièrement en France, fut un mouvement de désindustrialisation massif, et ce depuis le début des années 90. Dès lors, outre la limitation de la ponction financière sur les valeurs ajoutées par les organismes sociaux, d'où mécaniquement leur difficulté d'équilibre budgétaire, cela a provoqué des démantèlements des

réseaux sociaux moins aptes à soutenir ses membres en épisodes morbides : la conséquence fut l'accélération des demandes d'entrées dans les hôpitaux, y compris en MCO, malgré les tentatives de freinage en amont des politiques sanitaires (prévention renforcée, mise en réseau médecine de ville / services hospitaliers, ...), les forfaits hospitaliers, le développement de l'ambulatoire, la diminution continue des capacités en lits régulée par des diminutions drastiques des durées de séjour. La demande très limitée des hospitalisations à domicile (HAD) est symptomatique.

Ainsi, on ne le soulignera jamais assez, le démantèlement contemporain des réseaux sociaux, leur fragilisation y compris psychologique, essentiellement pour des raisons financières (concentration, restructuration, délocalisation...) est l'explication majeure de l'augmentation à long terme des structures sanitaires collectives. Dans ce contexte, la lutte contre le développement de ces structures est une bataille perdue d'avance, à moins que l'on s'accommode de l'allongement démesuré des listes d'attente. On en déduit que le freinage de la montée inexorable des demandes de prises en charge hospitalières consisterait en priorité en une stabilisation et en une sécurisation des réseaux sociaux de toute nature, grâce à un aménagement économique équilibré des territoires. Cependant, cela ne résoudrait sans doute pas tout : le progrès des niveaux de vie, s'il perdure pour l'ensemble des couches sociales, continuera à autonomiser les individus et donc alimentera les cultures individualistes. Il faudrait donc trouver une connexion forte entre autonomisation de l'individu, source de la liberté individuelle, et solidarité sociale, ce qui n'est plus de l'ordre du management, mais du politique.

L'offre publique étant saturée et en régression en termes de capacités d'accueil dans les unités de soins, cela crée un allongement important des listes d'attentes, créant ainsi un appel d'air pour la création d'un marché en partie solvable. Ce fut l'effet, et peut-être le rôle, de la série des lois et ordonnances décrites plus haut : concentration des cliniques privées qui s'appuie, en terme d'image, sur l'obligation des établissements publics de coopérer avec elles s'ils veulent investir. Du coup, en termes de management des EPS, cela induit des modifications des gestions des filières d'entrées / sorties de leurs unités de soins, d'autant qu'elles deviennent floues pour les patients-clients ainsi que pour les prescripteurs externes de l'hospitalisation, qui confondent dès lors les structures publiques et privées.

La mise en place de la T2A permet par ailleurs, pour les cliniques non soumises au service public, de choisir dans les files d'attente les malades qui n'ont pas la possibilité de patienter (d'où la sélection des activités pour lesquelles les prix administrés sont aussi les plus importants : plus de 60 % des activités chirurgicales, 80 % des activités ambulatoires, forte activité SSR). Cela a pour conséquence dans les services hospitaliers publics d'accroître la lourdeur des patients reçus, ce qui mécaniquement débouche sur des ressentis au travail des personnels de soins difficiles à gérer.

Sur le plan budgétaire, les établissements publics étaient globalement équilibrés jusqu'en 1994. Avec l'introduction de la T2A, nombre d'entre eux ont vu leur trésorerie fondre. Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ont permis de rééquilibrer les bilans, mais sous une forme artificielle : les fonds de roulement ont été financés non par accroissement des capitaux propres, mais par emprunts auprès des marchés globalisés, d'où un accroissement sensible des dettes financières (plus de 600 millions d'euros par an), moyen de pompage partiel des valeurs ajoutées hospitalières, c'est à dire des budgets affectés par la sécurité sociale (72 % des produits hospitaliers publics).

CONCLUSION

Le début des années 90 est une période charnière, où la donne financière globalisée bouscule les secteurs économiques, en particulier en Europe continentale de l'ouest, et par répercussion les protections sociales dont les systèmes sanitaires solidaires. Les calculs minutieux des coûts par pathologie, toujours contestables, semblent dérisoires par rapport aux enjeux géopolitiques du continent et à la globalisation financière menée par les Etats-Unis d'Amérique: le problème ne se situe pas au niveau des coûts à maîtriser, mais au niveau d'une justification d'une tarification différenciée selon les caractéristiques des malades permettant l'entrée des fonds d'investissement, fréquemment anglo-saxons, dans le système sanitaire. Les mesures législatives successives ont permis d'ouvrir des marchés aux cliniques privées lucratives, au deux tiers aujourd'hui concentrées sous

forme capitalistique ou fédératives, à la fois par limitation des capacités hospitalières publiques et par obligation de fait de coopérations des structures publiques et privées.

Référence :

- Babuziaux, Ch. l'accès des assureurs complémentaires aux données de santé des feuilles de soins électroniques, Doc. Française, mai 2003.
- Poast, P. Principes d'économie militaire. Economica, 2008
- Quidu, F., Escaffre, J.P. Activités et masses financières des établissements hospitaliers publics français, évolution à long terme, Gestions hospitalières, mai 2008
- Swinarski Huber, Z. La problématique des AP-DRG ou comment calculer des coûts hospitaliers justes en se basant sur une classification peu pertinente ? acte du colloque CALASS 2004.