

## On ne naît pas marchand, on le devient

**A**u cours du dernier séminaire du CA du SNPHAR (Septembre 2009), l'économiste Philippe Batifoulier s'est livré à une brillante démonstration de la perversité du raisonnement qui, présentant la concurrence comme une mécanique nécessaire du système de santé, sous-tend les réformes actuelles. Morceaux choisis de son intervention...

La concurrence n'est pas naturelle. Pour l'instituer dans un secteur qui lui était inconnu – la santé –, la puissance publique instaure des règles et équipe la concurrence de dispositifs (« réformes » de la gouvernance) et de comportements (les individus « qui vont avec »). Il serait naïf de croire que la santé est étrangère au monde marchand. Il n'en est rien. Le marché est un langage universel. Il s'adapte à toutes les configurations et peut très bien pénétrer la santé comme tous les secteurs de l'économie.

### PRÉSENTER LA CRISE DU SYSTÈME SOCIAL COMME UNE CRISE FISCALE

Durant les Trente glorieuses, le recours aux déficits publics pour relancer l'économie était valorisé. Aujourd'hui, le contraire est affirmé : il faut éviter les déficits. L'État doit gérer en bon père de famille. En matière de santé, l'objectif est de réduire les dépenses de santé socialisées. La protection sociale en France doit faire une cure d'amaigrissement. Des réformes reposant uniquement sur des critères de gestion comptable sont donc entreprises.

Alors que la crise économique a révélé que le déficit était un problème de recettes, les pouvoirs publics continuent à assurer que ce n'est qu'un problème de dépenses. « *Nous dépensons trop d'argent : le fameux « trou de la Sécu » en témoigne.* » « *Les gens dépensent trop.* » « *Les gens abusent.* » (Ils n'investissent pas sur leur santé, non, ils abusent). Le monde de la santé serait donc un univers peuplé de truqueurs qui abusent de la Sécurité sociale. À qui la faute ? Pour les pouvoirs publics, il faut chercher la réponse à cette question du côté des médecins...

### CRÉER DE LA CONCURRENCE POUR DIMINUER LES POUVOIRS DE LA PROFESSION MÉDICALE

La médecine est organisée en profession. Pour l'économiste, une profession est un monopole. Et un monopole est nocif pour la collectivité. Créer de la concurrence est donc

« nécessaire » pour contrecarrer ce pouvoir monopolistique.

Cependant, l'obstacle majeur à cette stratégie est la déontologie. Pour l'économiste, la déontologie est de la cosmétique destinée à masquer les privilèges exorbitants dont jouit la profession médicale. Le différentiel d'information entre le médecin et le patient et la tutelle est énorme. Si nous faisons de cette asymétrie de l'information l'étalon de mesure de la potentielle tricherie et de l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire, alors il n'y a pas de plus grand pouvoir que le pouvoir médical, il n'y a pas pire qu'un médecin. Ce n'est pas un jugement moral, juste un jugement reposant sur le critère informationnel. Pour contrecarrer ce pouvoir discrétionnaire, l'économiste estime nécessaire d'accroître la concurrence.

Mais comme la concurrence n'est pas une valeur propre aux médecins, il faut faire entrer la concurrence dans le monde de la santé pour contourner ce qui apparaît être le principal obstacle à la régulation des dépenses : le pouvoir de la profession médicale.

### COMMENT FAIRE QUE LA CONCURRENCE DEVIENNE UNE VALEUR DU SECTEUR DE LA SANTÉ ?...

Pour atteindre cet objectif, on utilise le théorème fondamental de l'économie : « Il n'y a pas de problème qu'une bonne incitation ne saurait résoudre ». Si les gens ne sont pas spontanément honnêtes, il faut faire en sorte qu'ils aient intérêt à le devenir. On adapte la solution marchande aux spécificités de la santé. À l'hôpital, cela passe par une concurrence « encadrée », « fictive » ou « par comparaison » entre hôpitaux et au sein des hôpitaux. Cette entrée de la concurrence ne passe pas seulement par la libération d'espaces pour le secteur privé à but lucratif, elle passe surtout par la transformation du secteur public en agent privé.

Mais ce ne sont pas les hôpitaux qui vont devenir à but lucratif, ce sont... les médecins. Pour favoriser l'entrée de la concurrence, on développe le recours aux incitations en créant des prix fictifs – la tarification à l'activité – qui



## ... EN TRANSFORMANT LES MÉDECINS EN MARCHANDS

Toute la réforme hospitalière est faite pour développer la performance par l'incitation. Mais, cette incitation ne fonctionnant que si les acteurs sont intéressés, il faut donc transformer les individus en êtres intéressés. Or, dans certain cas, l'incitation financière est contreproductive. Le postulat de toute la logique de la réforme de la santé est d'affirmer que la motivation intrinsèque (satisfaction directe) et la motivation extrinsèque (incitations ou récompenses) sont complémentaires. Pourtant, quand l'une est activée, elle rogne sur l'autre. Dans certains cas, les incitations financières diminuent la performance des individus car elles affectent leurs motivations intrinsèques...

**La première étape de la réforme est donc de convaincre que seul l'esprit de lucre peut sauver le système de santé. On ne naît pas marchand, on le devient.**

*Propos recueillis par Alexandre DHORDAIN*

permettront d'activer une logique de compétition. Dans cette logique, tous les établissements sont soumis aux mêmes règles quel que soit leur statut. À l'hôpital, le directeur doit être le coach, le patron ou encore le facilitateur de marché. Celui qui favorisera les conditions pour faire entrer les règles de la concurrence à l'hôpital. Le développement des incitations passe par des logiques de contrat et de rémunération à la performance. Que personne ne sache ce qu'est la performance n'a aucune importance...

## Crise de confiance et crise de vocation Une lecture sociologique de la crise hospitalière

**Q**uel sera l'avenir du professionnalisme médical dans les organisations à la fois plus hiérarchiques et plus intégrées, car soumises à des pressions concurrentielles de plus en plus fortes, voulues par la loi HPST ? La sociologie apporte des pistes de réponses, basées sur la réflexion autour de deux notions éminemment symboliques, la vocation et la confiance, qui sont aussi les deux piliers axiologiques du professionnalisme, forme d'organisation du travail distincte du marché et de la bureaucratie.

La vocation, notion délicieusement surannée, est l'une des raisons pour lesquelles les professionnels manifestent de fortes dispositions à l'engagement dans l'espace public pour défendre des causes, la leur bien sûr, mais aussi des causes plus générales et ambitieuses. Le mouvement de défense de l'hôpital public l'a, une nouvelle fois, démontré. Le terme de vocation renvoie à un idéal moral distinctif : en effet, là le professionnel de santé met volontiers en avant sa déontologie, c'est-à-dire son dévouement, son désintéressement, mais aussi l'excellence dans la maîtrise de son « art »<sup>[1]</sup>, le fonctionnaire tend, lui, à mettre un point d'honneur à appliquer « sans haine ni passion » des règles générales et impersonnelles tandis que le « *businessman* » s'efforce, de son côté, à maximiser son intérêt individuel dans un univers concurrentiel.

### LA CONFIANCE, ÉLÉMENT CAPITAL DANS LE SECTEUR MÉDICAL

*« La confiance est un important lubrifiant du système social. Elle est extrêmement efficace : cela évite beaucoup de complications que de pouvoir raisonnablement faire confiance à la parole d'autrui. »*  
Kenneth Arrow<sup>[2]</sup>

La confiance, quant à elle, joue un rôle capital dans le monde médical où règnent une forte incertitude et de grandes « asymétries d'information ». Le marché, qui suppose notamment l'égal partage du savoir, ne peut fonctionner dans le monde médical puisque le savoir profane sur

la médecine, si grand soit-il, sera toujours incomplet et laissera toujours une importante marge de manœuvre au professionnel. C'est ici qu'intervient la relation de confiance, dans laquelle le profane s'en remet au professionnel sur le fondement de la croyance dans la compétence et l'honnêteté de ce dernier, qui lui interdiront de profiter de son état de faiblesse. Dans la relation de confiance, autrement dit, il y a inéluctablement, en sus du savoir, une composante de *croyance*, sinon de *pari*.

Pour ce qui est de la médecine de l'après-guerre, cette croyance a pu se confondre avec l'optimisme à l'égard des progrès scientifiques. L'« homme en blanc »<sup>[3]</sup> est alors l'incarnation du Savant, figure hautement valorisée dans la société française des « Trente Glorieuses », qui connaît une modernisation rapide. Dans l'hôpital triomphant de l'après 1958, symbolisé par la modernité biomédicale du CHU, la confiance placée par le corps social dans la médecine s'incarne dans l'organisation hospitalière traditionnelle, aujourd'hui si décriée, où coexistent assez pacifiquement deux lignes hiérarchiques, administrative et médicale, bien distinctes et où les professionnels disposent d'une grande autonomie dans leur activité quotidienne au sein de services de plus en plus spécialisés.

## LORSQUE LES PILIERS VACILLEN, LA MÉFIANCE S'INSTALLE

Depuis les années 1970, les pathologies, excès et carences, de la « dominance professionnelle » apparaissent de façon de plus en plus nette : surutilisation des services médicaux, coûts élevés, balkanisation liée à l'hyperspécialisation, tendance déshumanisante de la biomédecine, etc. Au même moment, les institutions traditionnelles sont de plus en plus contestées socialement, culturellement et politiquement ; parmi elles, la médecine et la science. Les deux piliers de la confiance, le savoir et la croyance, sont fragilisés. De nouvelles connaissances, économiques<sup>[4]</sup>, épidémiologiques, gestionnaires ou encore sociologiques, se font fort de démontrer que la prétention scientifique de la médecine n'est qu'une illusion : les variations de pratiques, de coûts, de résultats attestent de la part contingente, sinon arbitraire, de la pratique médicale. Pire : les hautes valeurs morales publiquement revendiquées par les médecins ne seraient que des écrans de fumée destinés à dissimuler les petits intérêts matériels et les petits arrangements quotidiens avec l'éthique et la déontologie professionnelles.

Les attributs professionnels traditionnels, jadis encensés, sont progressivement disqualifiés comme autant de

privèges exorbitants d'un « corporatisme » médical qui exploiterait indûment, aux frais d'une collectivité qui solvabilise la demande de soins, des rentes à l'abri de l'autonomie et du monopole. L'organisation hospitalière traditionnelle, faite de décisions décentralisées et autonomes, de modalités relativement informelles et souples de coordination des acteurs, est désormais décriée et montrée comme l'exemple même de la « désorganisation ».

## QUAND CONCURRENCE ET BUREAUCRATIE SE CONJUGENT POUR « METTRE EN SYSTÈME » LA MÉDECINE

La confiance laisse alors place à la méfiance, laquelle cherche à s'équiper en outils d'information et de rationalisation des pratiques médicales. Il n'est plus question pour l'État et les patients/assurés de croire inconditionnellement le corps médical ; la confiance se sécularise, s'économicise pour devenir une confiance-calcul, conditionnelle et conditionnée par des contrôles et des évaluations<sup>[5]</sup>. Surtout, une fois la confiance publique et du public partiellement retirée, leur statut d'exception critiqué, il n'y a plus aucune raison de ne pas soumettre les médecins aux projets rationalisateurs du marché et de la bureaucratie, en s'appuyant sur des innovations gestionnaires (T2A, pôles, projet, contrats, etc.) destinées, entre autres, à orienter la pratique médicale vers plus d'économicité et à inciter les médecins à sortir de leur individualisme spontané pour aller vers des formes plus formalisées, plus explicites, plus « intégrées » de relations, non seulement avec leurs confrères mais aussi avec les autres parties prenantes de la prise en charge des patients.

## LE DÉCLOISONNEMENT DES MONDES HOSPITALIERS N'EST PAS UN LONG FLEUVE TRANQUILLE

Les mondes de l'hôpital – monde soignant, monde gestionnaire, monde des tutelles, auxquels on doit ajouter le monde des patients – sont donc confrontés à la nécessité (et à la difficulté) de se décroisonner pour des raisons qui tiennent tout autant à la maîtrise des coûts qu'aux impératifs de raccourcissement des délais de prise en charge ou, encore plus essentiellement, aux exigences de continuité, de coordination, de sécurité et de qualité des soins. Cependant, le décroisonnement brouille les juridictions et les identités professionnelles, déstabilise les routines de

“ Être professionnel  
ne signifie pas  
toujours  
la même chose  
pour le gestionnaire  
ou le médecin ”

## LE VÉRITABLE DÉFI : RESTAURER LA CONFIANCE



travaillera, oblige à la coopération, et, finalement, multiplie les situations inconfortables et stressantes, en particulier pour l'encadrement. Travailler de façon plus transversale et coopérative entraîne une forme de « déprotection organisationnelle » du travail et, partant, un sentiment d'insécurité accrue, parfois de réelles souffrances au travail<sup>[6]</sup>. Les sensibilités sont alors aiguisées. Toute manœuvre brusque de l'un de ces mondes peut mettre le feu aux poudres.

Or, l'impatience éprouvée face aux lenteurs inévitables des restructurations hospitalières, la maîtrise des déficits publics, la gestion des pénuries locales de praticiens conduisent les tutelles à rompre le fragile équilibre des mondes de l'hôpital. La puissante dynamique actuelle de verticalisation du système de santé<sup>[7]</sup> conjugue les pratiques managériales de la *corporate governance* qui concentrent les pouvoirs en haut et multiplient les contrôles en bas, avec la tradition jacobine de l'État centralisé et technocratique. Les contre-pouvoirs, professionnels notamment, sont confrontés à leur marginalisation, perçus qu'ils sont comme des « facteurs de blocage » ou des « résistances au changement ».

### LE CONFLIT DES PROFESSIONNALISMES

Dès lors, les innovations organisationnelles et gestionnaires semblent devoir être prises dans une *guerre des professionnalismes*, longtemps larvée mais qui s'est déclarée ouvertement à l'occasion du vote de la loi HPST ; car être « professionnel » ne signifie pas toujours la même chose pour le gestionnaire ou le médecin<sup>[8]</sup>. En effet, là où le premier demande au second de s'identifier à la logique et à la stratégie de l'organisation, de prendre sa part dans la gestion de la pénurie, d'accepter des formes de reddition de compte dans son activité quotidienne, le second lui rétorque qu'il s'identifie d'abord à sa profession et à sa spécialité, qu'il lui revient déontologiquement de soigner tous les patients sans distinction et qu'il ne saurait renoncer à son autonomie, condition *sine qua non* de la qualité des soins.

Penser les spécificités du travail professionnel, qui s'exerce sur des cas singuliers et des situations complexes marquées par une forte incertitude, conduit à admettre qu'il y a quelque chose dans la connaissance et la pratique médicales qui justifie des formes poussées d'autonomie de réflexion<sup>[9]</sup>. La bureaucratisation des contextes de travail et l'intensification des rythmes d'activité, entre autres, peuvent nuire à la qualité de la délibération médicale, laquelle requiert du temps et de la souplesse. Là, peut-être, réside la cause principale du dialogue de sourds entre pouvoirs publics et médecins. Mieux reconnaître les spécificités du travail professionnel du côté des pouvoirs publics, s'engager résolument dans la rénovation du modèle professionnel pour les médecins : voilà une bonne façon de commencer à restaurer la confiance.

Et quel meilleur cadre pour ce challenge qu'un système majoritairement public de santé ? En effet, c'est bien un tel système, parce que la *bottom line* n'y est pas une obsession permanente, qui autorise la conciliation des intérêts et des logiques en présence, forcément différentes, parfois antagonistes, dans le cadre des exigences démocratiques. Le cadre public permet, autrement dit, une expérimentation prudente et négociée. De plus, un système public de santé permet de prendre le temps de faire les investissements dans les nouveaux rôles et fonctions d'interface et de gestion appelés à se développer dans les années à venir. Enfin, et c'est bien là l'essentiel, un système public de santé demeure la meilleure garantie d'un accès équitable aux soins.

Dans la santé, réaffirmons-le, il n'y a pas d'alternative à la solidarité, à la confiance... et je rajouterai : à la démocratie.

Frédéric PIERRU, CNRS-IRISSO-Paris IX Dauphine

- 1- Max Weber. Le savant et le politique. Paris, Plon, 10/18, 1963, p. 81 sq.
- 2- Cité par Lucien Karpik. L'économie des singularités. Paris, Gallimard, 2007.
- 3- Et très peu la femme...
- 4- Daniel Benamouzig. La santé au miroir de l'économie. Paris, PUF, 2005.
- 5- Lucien Karpik. L'économie des singularités. op. cit.
- 6- François Dupuy. La fatigue des élites. Paris, Seuil, 2004.
- 7- Daniel Benamouzig, Frédéric Pierru. « Gouvernance sanitaire : le risque autoritaire ». *Libération*, 17 mars 2009.
- 8- André Grimaldi. L'hôpital malade de la rentabilité. Paris, Fayard, 2009.
- 9- Florent Champy. La sociologie des professions. Paris, PUF, 2009.