



Marqueurs économiques et critères d'activité

Introduction , par Sylvie Chantereau.....	235
Cellule de réflexion de l'Espace éthique	237
Identifier les contraintes	237
Intérêt général et citoyenneté.....	240
Évaluer les pratiques : les indicateurs	243
Le souci d'équité	246
Les objectifs de la décision.....	250
Groupes Miramion	255
<i>Justice et équité dans la gestion du soin</i>	255
Justice et équité dans les choix économiques de l'institution.....	255
Une institution juste	255
Les indicateurs	256
L'expertise.....	259
La responsabilité	263
Le temps de l'argumentation et de la négociation	266
Mécanismes et conditions d'une institution juste.....	269
<i>Éthique des choix et enjeux économiques</i>	271
La vertu de prudence dans l'exercice du choix économique à l'hôpital	271
Fonder les décisions	271
La prudence et l'éthique de la décision selon Aristote : un modèle pour l'action hospitalière ?.....	273
Transformer les limites de la contrainte économique : un exemple le médicament.....	283
Conclusion	288

Sylvie Chantereau*

La limitation de plus en plus forte des moyens attribués au secteur de la santé et plus particulièrement aux hôpitaux, face à une demande de soins non limitée, a contribué à développer le débat sur les conditions et les modalités de leur allocation. Les notions d'indicateurs d'activité et de marqueurs économiques s'inscrivent au cœur de ce débat et des enjeux sanitaires qu'il comporte. La réflexion oscille entre ce qui fait l'essence même de la relation à l'autre – recherche du bien, respect de la personne et de sa dignité, discernement dans l'utilisation des moyens techniques –, et la dimension collective et politique de la santé – recherche de l'intérêt général et du bien-être de la population, respect des équilibres macro-économiques, tentation de tout quantifier, de tout rationaliser au risque de l'excès du fonctionnel et de l'utilitaire.

Dans un contexte de limitation des ressources, de multiples interrogations surgissent en matière de santé publique : comment, face à une demande de soins et de santé illimitée, se prennent les décisions médicales et financières ? Selon quelle légitimité ? La santé est-elle un bien de consommation comme un autre ? Comment s'articulent les droits et préférences de chacun et la recherche de l'intérêt général et de la solidarité ? La réflexion sur les choix de santé publique, se concentre sur les modalités de la délibération dans le domaine des politiques publiques et l'exercice des principes démocratiques dans et entre les institutions, sur la capacité des pouvoirs publics à orienter les décisions dans le sens de l'équité.

Mais peut-on mesurer la santé, la maladie, la distribution des soins ? Peut-on en déduire des normes suffisantes pour orienter les décisions dans le sens de la justice sociale et du bien des patients ?

Les indicateurs, quelle qu'en soit la nature, ont pour but d'aider à la compréhension et à la connaissance des activités médicales et soignantes, à l'évaluation des actions entreprises et de contribuer au débat entre les différents partenaires œuvrant autour du soin sur la base d'éléments objectifs. Leur recherche et leur mesure, conçues dans un souci d'honnêteté et de fiabilité, sont éthiques et vecteur d'équité. C'est ce souci de vérité, de transparence dans la construction de l'indicateur et dans son utilisation qui est porteur de sens et de valeur morale.

* Chef de service de la gestion financière, direction des finances, siège AP-HP.

Mais un indicateur n'apporte qu'une approche partielle et réductrice de l'offre et de la demande de soins : comment saisir, par la mesure, la complexité et la richesse de la relation soignante ? Comment en apprécier la qualité ? Qu'a-t-on voulu mesurer et quel est le sens du résultat obtenu ? L'insuffisance « essentielle » d'un indicateur justifie la pluralité des regards et le débat sur son interprétation. Les regards du médecin, du scientifique, du soignant, de l'administratif et bien sûr du patient lui-même ne sont pas identiques et portent leur propre vérité. Quel débat peut-on instaurer entre ces différents partenaires autour du soin sans que se confondent les principes et logiques – médical, économique, légal, etc. –, sans que les responsabilités se diluent et se transfèrent ?

Face à une telle complexité, la réflexion sur les indicateurs fait émerger les dangers de deux situations non éthiques : renoncer à la mesure ou s'en satisfaire dans son apparente neutralité. Dans le premier cas, c'est laisser place à l'opinion et à l'arbitraire ; dans le second cas, c'est fuir sa responsabilité et renoncer à l'exercice essentiel du discernement. Quel que soit l'indicateur, des décisions sont prises par des individus qui en portent la responsabilité. L'indicateur n'exonère en rien le décideur. L'information – et se doter d'une épidémiologie solide est probablement la première exigence éthique à soutenir dans ce domaine –, la transparence dans ses modalités d'élaboration et de diffusion constituent ainsi des enjeux fondamentaux dans la répartition des ressources.

Marqueurs économiques et critères d'activité

21 mars 1996

Invités experts

Suzanne Rameix (philosophe), Chantal de Singly (directeur de l'hôpital Laënnec), Dr Bertrand Thélot (service de Santé publique, hôpital Hôtel Dieu), Yvon Merlière (direction financière AP-HP), Véronique Ponchet de Langlade (chargée de mission, direction générale AP-HP).

Membres de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique

Sylvie Chantereau, Pr Michel Dehan, Michèle Deloche, Jacques Deschamps, Françoise Duménil, Pr Serge Herson, Emmanuel Hirsch, Dr Michèle Salamagne, Pr Didier Sicard.

Identifier les contraintes

Serge Herson

J'ai pu remarquer que dans les services de cancérologie, lorsque la durée moyenne du séjour d'hospitalisation (DMS) était raccourcie, les patients ne mouraient plus dans ces services, et qu'on ne constatait pas ou peu d'infections, donc peu de dépenses d'antibiotiques. La mort n'était donc pas assumée là où les patients avaient été initialement soignés, les prises en charge étant fragmentées selon la phase d'évolution de la maladie. La DMS représente un indicateur économique que l'on connaît bien et qui peut être évalué. Une DMS longue traduirait un dysfonctionnement dans l'hospitalisation (signes d'une mauvaise programmation de l'hospitalisation du patient, d'un retard des décisions diagnostiques et thérapeutiques, du fait d'un manque de soins attentifs à l'égard du patient). La qualité du soin deviendrait inversement proportionnelle à la durée moyenne de séjour. Voici un des exemples qui illustre une contradiction entre les soins et les enjeux économiques.

Chantal de Singly

Je vais présenter les résultats d'un rapport commandité par un institut britannique dont l'une des missions est de garantir un minimum de soins pour les citoyens britanniques. Cet institut a organisé une conférence à Londres en novembre 1995, concernant les droits des patients au Royaume-Uni et dans le cadre de l'Europe en

vue de comparer les perspectives de soins proposées par les pays européens. Les pays représentés étaient la Grande-Bretagne, l'Allemagne, la France, l'Italie, l'Espagne, la Suède et les Pays-Bas.

Les problématiques identifiées furent les suivantes :

- quelles directives doivent adopter le Royaume-Uni et les autres pays européens en vue d'établir un système de droits garantissant les soins de santé pour tous les citoyens ?
- les droits d'accès aux soins des citoyens doivent-ils reposer sur des textes législatifs, ou bien faut-il laisser aux autorités de santé locales et aux hôpitaux régionaux locaux la décision de déterminer les allocations de ressources ?
- comment ce principe de droit peut-il affecter la distribution de soins de santé et comment les pays européens peuvent-ils partager leur mode d'organisation de cette répartition ?

Les thèmes retenus en vue d'être approfondis lors des prochains séminaires concernent :

- l'écart entre la demande et l'offre ;
- les enjeux éthiques et politiques des décisions médicales ;
- l'échec des tentatives qui visent à contenir les coûts, et le rejet du public devant l'idée de rationnement ;
- l'implication croissante des citoyens-patients et le renforcement de leur pouvoir dans les démarches de soins ;
- le désir de maintenir la solidarité et d'éviter un système à deux vitesses ; ne pas créer deux types de médecine ou deux types de réseaux de soins ;
- le contrôle central et la décentralisation : peut-on admettre des différenciations régionales qui auraient des objectifs de santé publique divergents ? Peut-on accepter d'être mieux soigné au Nord qu'au Sud, à l'Est qu'à l'Ouest ? À un niveau européen, la question se révèle importante. Va-t-on changer de pays pour se faire mieux soigner ? ;
- la notion de subsidiarité : quelle est la part de l'implication du gouvernement central dans les choix en matière de santé ? ;
- les droits individuels et les allocations de ressources : comment définir des droits d'accès à des ressources finies ? ;
- le rationnement explicite et transparent est-il nécessaire et souhaitable ? Quels sont les acteurs de ces choix éventuels : au-delà des professionnels de santé, doit-on impliquer les patients ? ;
- doit-on envisager la notion de droit à la santé sans celle de devoirs face au système de santé ? Doit-on pénaliser les personnes qui auraient des pratiques déviantes au regard de leur santé ? ;
- l'importance de l'égalité (mais de quel type d'égalité s'agit-il ?) dans les processus et les résultats ;

– la plupart des méthodes pour contenir les coûts et la pression du marché tendent à éroder les droits des patients. Parallèlement, nous avons besoin de protéger ces droits ; il y a là contradiction. Sommes-nous en phase de réduction ou d'accroissement des droits des citoyens ?

Un groupe de travail s'est réuni à nouveau en septembre 1995. Ces réflexions ont été soumises à l'administration de l'AP-HP. Elles ne conduisent pas directement à la construction de marqueurs, mais déterminent des indicateurs de répartition des ressources rares en matière de soins au niveau d'un pays mais aussi de l'Europe, et permettent d'opérer des réajustements éventuels. Elles devraient aussi permettre de définir les droits d'accès aux soins des patients selon trois points de vue : l'accès géographique, l'accès financier et l'accès culturel.

Quels sont les priorités ? Comment les décisions sont-elles prises ? Quels types de débats doivent avoir lieu entre les administratifs et les soignants ?

Bertrand Thélot

Je vous propose de situer les problèmes éthiques qui se posent à moi en relation avec mes fonctions quotidiennes. Une typologie des soignants pourrait être celle-ci : les soignants directs qui voient le malade et les soignants indirects, soit tous les autres : le législateur, le financeur, le gestionnaire de santé et les directeurs d'hôpitaux.

Il y a quelques années, les soignants indirects avaient un rôle plus effacé, du fait notamment de l'absence de contraintes financières. Maintenant, cette situation est en recul, un équilibre s'opère entre le rôle des soignants indirects et celui des soignants directs. Pourtant, cet équilibre entre les informations obtenues par les soignants directs et les soignants indirects n'existe pas encore. Le clinicien au chevet de son patient dispose de toutes les informations nécessaires sur celui-ci au travers de l'interrogatoire, de l'examen clinique et des examens complémentaires, l'ensemble des informations étant consignées dans le dossier médical. Un diagnostic et un traitement ainsi qu'un suivi médical sont ensuite élaborés. Le clinicien maîtrise ainsi complètement l'ensemble de cette information. Les soignants indirects, les gestionnaires de santé n'ont pas accès à cette information. Si ce fait pouvait ne pas être important trente ans auparavant, il le devient aujourd'hui.

Un déficit de mesure existe sur la manière dont se déroule le soin du patient, ce qui nécessite de s'appuyer sur des critères de mesure tout à fait réducteurs comme le nombre de lits ou la DMS. De plus, l'information nécessaire au directeur d'hôpital n'est pas du même type, ni de même forme que celle nécessaire au ministère, qu'il s'agisse d'informations économiques ou non.

Trois populations coexistent autour du soin : les médecins, les administratifs et les scientifiques. Or, pour les médecins, deux et deux ne font pas quatre ! Cette règle

n'a pas d'importance si le patient est guéri et soigné. L'exactitude de l'addition ne constitue pas pour lui un critère, le critère étant la qualité du soin. Pour un gestionnaire de santé, deux et deux font ce que l'on veut, dans la mesure où il n'y a pas de dysfonctionnement au sein de l'établissement hospitalier (manifestations du personnel, panne, etc.). Pour le scientifique, deux et deux doivent faire quatre, avec autant de décimales que nécessaire. Ainsi, trois cultures coexistent. De même, le chronomètre de fonctionnement de chacun est différent. Pour un administratif, ce chronomètre est annuel ou infra-annuel, pour le médecin, c'est sa consultation du lendemain, pour le scientifique il s'agit davantage de la durée de son étude. Il faut alors mesurer avec un maximum d'exactitude, de manière parlante et à l'heure.

Deux citations peuvent illustrer mes propos. Celle de Paul Valéry : « Ce qui est simple est toujours faux, ce qui ne l'est pas est inutilisable », et celle de Jean Bernard : « Ce qui n'est pas scientifique, n'est pas éthique. »

L'absence de mesure d'une activité ou une mesure d'activité de mauvaise qualité n'est pas éthique. Le clinicien ne peut pas se passer de produire des visions d'activités de sa pratique et l'administration ne peut pas se contenter d'indicateurs trop rustiques.

Intérêt général et citoyenneté

Suzanne Rameix

Les indicateurs des meilleurs soins à l'égard des patients pourraient être, par exemple, ceux de la suppression de la douleur ou de la qualité de vie. Le critère est alors celui du meilleur soin donné au patient ; il n'introduit pas de question de limite. Dans ce cas, l'utilisation de l'indicateur ne pose pas de problème majeur sur le plan éthique. Il est par essence éthique, puisqu'il cherche à produire la meilleure santé possible. C'est effectivement, comme le dit Bertrand Thélot, plutôt l'absence d'indicateurs qui n'est pas éthique.

Mais la question de la justice dans la répartition des ressources a une dimension plus collective. Quand les ressources sont limitées, les indicateurs vont servir plutôt à éliminer certains types de soins. La question éthique des indicateurs est alors celle de leur construction et de leur utilisation pour une allocation juste.

Quand on envisage les droits individuels concernant les allocations de ressources, comment définir ces droits face à des ressources finies ? La notion de maîtrise budgétaire apparaît alors telle que les Britanniques la posent, puisqu'ils raisonnent sur le budget de la Santé comme on raisonne en France, par exemple, sur le budget de l'Éducation nationale, en terme de limites. Ils expriment le « droit à la santé »

comme en France nous considérons le « droit à l'éducation ». Le choix français en matière de système de soins ne définit pas de limites à ce droit. Il est admis que les budgets de la Justice, de l'Éducation nationale soient finis. Mais celui de la Santé est exclu de ce mode de raisonnement ; nous avons admis, pendant plusieurs années, une politique de déficit. Actuellement, nous évoluons vers un changement de modèle dans lequel le budget de la Santé fonctionnerait comme les autres budgets. Cette mutation pose un problème philosophique difficile.

Faire l'historique du droit et de la représentation de ce qu'est un droit pour les Anglo-saxons et pour les Français, permet de mieux comprendre ce problème philosophique. Pour les Anglo-Saxons, le droit est fondé sur la liberté d'avoir des préférences individuelles. Il s'agit d'une représentation individualiste et contractualiste des droits : l'individu est libre d'établir un système de contrat avec des réciprocitys d'obligations et de devoirs. L'État ne s'immisce pas dans ce principe de fondement du droit. Depuis la Charte de 1215, le pouvoir juridique et le pouvoir de négociation contractuelle l'emportent sur le pouvoir administratif et le pouvoir royal. En France, la représentation du droit est instituée par la Révolution française où la liberté de l'individu est fondée sur la citoyenneté : l'individu est reconnu libre de participer à une décision de type collectif.

Exercer une préférence individuelle n'est pas vraiment exercer un droit, la liberté étant liée à la recherche de l'intérêt général. C'est dans cette représentation d'une solidarité des citoyens que nous concevons la santé en France.

Chantal de Singly

Les Anglo-Saxons recherchent plus volontiers leurs exemples et leurs solutions dans le système sanitaire espagnol que dans le système français qu'ils ne comprennent pas, ni des doubles points de vue des coûts, ni de celui de la qualité des soins. La logique d'engagement contractuel est très visible chez les Anglo-Saxons.

Suzanne Rameix

Dans le monde anglo-saxon, la santé n'est pas mise à part des autres biens : on peut s'acheter de la santé comme une voiture, un appartement. En France, la santé n'est pas un bien ; elle relève d'un autre aspect que celui de l'ordre d'un bien pouvant être acheté.

Elle relève d'un droit qui est attaché à la solidarité et à la représentation de la personne. Les biens de santé se situent en dehors du marché, de l'évaluation, comme si la santé n'avait pas de prix. Il n'est pas admis que l'on prive quiconque d'un bien de santé alors que l'on accepte trois millions et demi de chômeurs, que des gens vivent sans logement ou que des enfants en région parisienne souffrent

de malnutrition ! Certaines inégalités semblent plus acceptables que d'autres. La comparaison entre une journée d'hospitalisation et le RMI mensuel est en ce sens significative. Lorsque, en France, les droits sociaux ont commencé à être reconnus, notamment en 1838 par la loi de prise en charge des aliénés, s'est amorcée l'idée d'un droit à quelque chose, l'idée de droits-créances des citoyens sur l'État. Cette idée apparaît sur une toile de fond d'inégalités sociales extrêmement fortes à ce moment-là. Le principe de Tocqueville opère alors : plus la société est inégalitaire, plus les inégalités sont estimées inacceptables, et la première des inégalités, la plus apparente, est l'inégalité du point de vue de la santé. Elle paraît être la plus mesurable et la plus observable. Le mouvement des médecins hygiénistes a participé à cette différenciation de la santé des autres biens. Ainsi a-t-on considéré que le marché pouvait réguler l'offre du travail et l'offre des logements, mais pas l'offre de santé.

La santé ainsi sortie des lois du marché, a échappé à l'idée de toute évaluation financière, créant une véritable résistance à la mesure.

Michel Dehan

Nous appartenons à un système de médecine curative. Pourquoi ne pas se situer dans une logique de prévention ? N'y a-t-il pas des bienfaits à attendre d'une prévention qui pourrait allier à la fois des bienfaits en termes économiques et pour le bien-être des personnes ? Or, il semble difficile de parvenir à un système de prévention logique et efficace.

Suzanne Rameix

Effectivement, penser en terme de prévention revient à penser la santé de façon nouvelle, c'est-à-dire collective, politique – au sens noble – et non pas seulement individualiste.

Réfléchissons en termes politiques. Il existe trois modes d'attribution d'un bien juste ou d'une ressource dans un système. Soit on laisse jouer le marché, soit on prend en compte le mérite, soit on se base sur le besoin. Il est admis qu'un bien de logement soit attribué selon le marché, qu'un bien d'éducation soit attribué selon le besoin et également selon le mérite. Or, pour les biens de soins, en France le choix a été fait d'exclure le marché et le mérite. Par exemple, on refuse de savoir si quelqu'un est fumeur ou pratique un sport dangereux alors qu'aux États-Unis les primes d'assurances augmentent selon les pratiques ou les comportements ; elles fonctionnent selon le principe du marché. Lorsque les biens de santé ont été sortis d'un cadre général, les réintégrer dans ce cadre nécessite de les réintroduire dans une dimension politique et de les comparer à tous les autres biens. À titre d'exemple, traiter le chômage ou adopter des décisions économiques face à l'industrie viticole

ou du tabac élèverait sans doute plus le niveau national de santé que l'allocation de ressources supplémentaires de soins curatifs. La question de la prévention s'inscrit dans ce cadre-là. Elle constitue une représentation de la santé qui n'est pas mûre en France, puisque la santé n'a pas été considérée jusqu'à présent par la société comme une question politique.

Évaluer les pratiques : les indicateurs

Didier Sicard

Les différences de vision entre l'administratif, le scientifique et le médical sont importantes. Cet esprit individualiste explique la misère de l'épidémiologie française. On ne supporte pas de prendre en compte la toile de fond sur laquelle surgit la maladie. La relation individuelle restreint à sa seule logique l'ensemble des problèmes. La relation médecin-malade empêche toute discussion à partir du moment où le médecin dit : « Je suis là pour le sauver, le guérir, l'accompagner. » Une telle situation biaise perpétuellement les critères, parce que l'administration propose des critères telle que la DMS qui ne sont pas acceptables par le corps médical qui, pour sa part, soutient des critères un peu simplistes renvoyant à la notion de guérison. Cette confusion permanente entre prévention et médecine curative aboutit à ce qu'il n'y ait pas de véritables objectifs qui privilégient toujours une relation individuelle, alors que les marqueurs économiques et les critères d'activité devraient être avant tout des critères épidémiologiques reliés à des critères sociaux. C'est-à-dire des critères susceptibles de replacer la maladie parmi des biens qui ne sont pas aussi isolés que la pensée voudrait le dire.

Il ne s'agit donc pas tant de discuter sur la guérison ou la non-guérison que de chercher ce que l'épidémiologie nous dit de la mesure permanente d'une activité de base. La maladie serait ainsi replacée dans son déroulement et non dans sa situation dramatique. La vision dramatisante des médecins et la vision paramétrique de l'administration aboutissent à un dialogue de sourds alors que l'on devrait se fonder sur la discipline numéro un : l'épidémiologie, dont le fondement serait la constitution de marqueurs économiques et de critères d'activités. Ainsi, si nous ne disposons pas d'une épidémiologie de haute gamme, tous nos marqueurs sont fantaisistes et donc sans objet !

Michèle Deloche

Nous avons effectué beaucoup d'efforts concernant les maladies nosocomiales. Des distributeurs de papier et de savon ont été installés, les personnels ont été formés. Hélas, dans bien des cas les distributeurs sont vides et il n'y a plus de

budget pour les réalimenter ! Pour ce qui la concerne, la ligne budgétaire des antibiotiques ne sera jamais mise en cause.

Bertrand Thélot

Marqueurs économiques et critères d'activité. Quelle valorisation dans le fonctionnement d'un service peut être apportée à ce type de pratiques ? Il s'agit plus que de mesure, d'évaluation. Observer si la pratique ainsi mise en œuvre apporte un bienfait en matière de soin et de prévention des infections nosocomiales ; constater s'il y a une efficience.

Yvon Merlière

On ne sait pas ce que l'on veut réellement mesurer. Nous ne disposons pas d'information claire sur cette mesure, donc les données de base nous font défaut. Seule la notion de budget est mesurable et quantifiable aujourd'hui. Il existe des indices, mais pas d'indicateur. Une réflexion plus globale, commune et un débat pourraient avoir lieu au niveau de l'hôpital plutôt que d'un service.

En effet, bien que nous ayons besoin de quantifier, nous évoluons dans un environnement où tout ne peut être quantifié. La décision finale se situe en conférence budgétaire à l'occasion d'une négociation, d'un débat. C'est l'objet du débat qui permet de définir le quantum à l'aide d'indicateurs qui représentent essentiellement des propositions. Une réflexion doit être menée aussi sur la pertinence de la structure. Cela nous renvoie au débat actuel relatif à la restructuration de l'AP-HP.

Michel Dehan

Quel est votre avis sur la valeur d'indicateur du MSI – l'information médicalisée que l'on enregistre à l'issue de l'hospitalisation de chaque malade – qui, du côté médical, est mal perçue ? Les dossiers qu'il faut remplir avec des codes qui ne correspondent pas à la pathologie des malades, offrent l'image d'une discordance complète que je ne perçois pas bien. Comment allez-vous pouvoir utiliser cet indicateur qui apparaît pourtant essentiel dans le futur ?

Yvon Merlière

La MSI nous permet de saisir des diagnostics, des actes et des informations complémentaires sur des durées de séjour et sur l'âge. L'épidémiologiste peut interpréter ces données et en faire des indicateurs. En revanche, produire des indicateurs qui permettent de montrer qu'un hôpital a besoin de plus de crédit qu'un autre, c'est retrouver des marqueurs de coût, donc des besoins en budget des hôpitaux. Ces études sont faites avec chaque spécialité médico-chirurgicale. Notre démarche consiste à contacter le responsable de la collégiale qui désigne deux ou

trois médecins de sa spécialité intéressés par la mesure économique. Il leur est expliqué que dans leur service, il y a des malades qui « coûtent cher » et des malades qui « ne coûtent pas cher ». Entre les « pas chers » et les « très chers », il y a des niveaux intermédiaires. Sur la base de l'information que nous obtenons, notamment avec la MSI, nous allons différencier les séjours coûteux de ceux qui ne le sont pas. Exemple, en néonatalogie : premier critère de coût, le poids du bébé à la naissance. Deuxième critère, est-il ventilé ou non ? Le troisième critère correspond à l'identification du type d'actes réalisés. Ces critères fournis par la MSI sont utilisés à la place de la journée, de l'admission ou de la DMS.

Michel Dehan

La démarche est compréhensible mais une grande discordance persiste entre le vécu local et les résultats qui en sont retirés. Une aberration de cette utilisation des données consiste à conclure qu'un bébé en maternité coûterait plus cher qu'un bébé en réanimation, les critères n'étant pas adaptés à la situation.

Yvon Merlière

Tout ne peut pas être mesuré, mais avec l'information obtenue, une meilleure approche peut être réalisée.

Michel Dehan

La carence de ces critères réside dans la notion de qualité des soins.

Yvon Merlière

Les indicateurs constituent des clignotants qui vont servir à la discussion budgétaire ; il n'y a pas d'affectation brutale, technocratique de ces indicateurs. La notion de débat entre le directeur d'hôpital et le directeur des finances est importante, ainsi que celle de conférence budgétaire. La définition de marqueur économique n'est pas une fin en soi, mais au contraire l'ouverture d'un débat plus large du côté de l'évaluation.

Sylvie Chantreau

Le glissement de l'économique sur une pratique médicale doit être suivi avec une extrême attention. Il peut entraîner une prise de risque ainsi que des effets pervers dans le soin au malade. Les indicateurs économiques sont relativement rustiques, alors comment peuvent-ils modifier ou influencer la pratique médicale ?

Parfois, les soignants eux-mêmes revendiquent une tarification d'actes, y compris des actes relationnels, du temps passé auprès du malade, comme s'il n'y avait de reconnaissance des activités soignantes qu'à travers l'existence d'un indicateur de

mesure de l'activité. Par les procédures budgétaires, nous rentrons aussi dans un jeu de ce type ; il n'y a plus de zone de gratuité.

Le souci d'équité

Véronique Ponchet de Langlade

Assistant à une opération à cœur ouvert à l'hôpital de Madras (Inde), j'ai pu ensuite interroger le chirurgien qui m'a déclaré avoir choisi de revenir exercer dans son pays après avoir étudié aux États-Unis. Mais, il a décidé de ne pas importer le matériel des États-Unis, car c'est un matériel extrêmement coûteux et inadapté à l'économie de son pays. Il a plutôt essayé de négocier l'installation d'usines de fabrication de matériel adapté à l'économie de la région. Quand je suis arrivée à l'AP-HP – après avoir soigné dans le cadre de *Médecins du Monde* les gens de la rue –, j'ai réalisé que nous avons beaucoup de chance. Notre raisonnement est d'un luxe incroyable et, à l'échelle de notre planète, nous constituons un micro-cosme de pays riches. Même si la pauvreté progresse en France, elle demeure relative au regard de pays en développement.

Une institution comme l'AP-HP permet d'aller jusqu'au bout des soins et de l'application des recherches. En mettant à plat la situation économique de notre pays, il conviendrait de faire le choix d'établir des limites aux dépenses de santé en ayant une perspective plus globale de nos responsabilités.

Emmanuel Hirsch

Il semble pour le moins ambivalent que dans nos pays développés nous concevions les questions relatives à la santé avec un sentiment de gravité et d'urgence que semble induire une notion comme celle de la pénurie. Serions-nous en manque de soins médicaux ou en exigence de toujours plus de soins, quels qu'en puissent être le prix et les conséquences ?

Force est d'observer le caractère progressivement et nécessairement discriminatoire des technologies lourdes et coûteuses mises en œuvre pour les prouesses d'une médecine d'exception. Nous visons – prétendons-nous – à l'excellence de nos pratiques biomédicales. De quelle ambition sommes-nous ainsi porteurs ? Quel bien visons-nous ? Qui concerne-t-il ? Où se situe l'idée de justice et celle de démocratie dans la répartition du bien que constituerait la santé ?

J'apprécie dans notre débat la référence faite à l'épidémiologie, à la prévention, en d'autres termes, aux considérations générales de Santé publique. N'importerait-il pas d'aller plus loin dans l'information, la transparence dans la répartition des investissements, des moyens dévolus aux activités de soins et de traitement ?

Poser en termes économiques de telles interrogations, justifierait que nous abordions une notion comme celle de l'utilité d'un traitement. Pour qui ? Pour quoi ? Quelles en sont les limites ? Tout est-il permis, concevable et acceptable ? Avons-nous le courage, l'audace politique d'aller aussi avant dans la prise en compte d'une responsabilité sociale qui concerne la vie, la qualité de vie et le devenir ?

Marqueurs économiques et critères d'activité pourraient favoriser une lecture et une interprétation de nos pratiques médicales et soignantes. Pour autant que les partenaires engagés dans ce débat n'aient pas *a priori* le sentiment qu'ils seront piégés ou piégeurs, c'est-à-dire que la démarche ne relèverait que du seul souci de réguler des pratiques estimées contestables.

Les enjeux se situent davantage au niveau de rigueur morale et de sens des obligations d'équité auxquels se doivent d'adhérer les membres d'une communauté humaine. Dès lors, médecins et soignants ne peuvent que se situer dans un cadre d'exception, même si leurs pratiques doivent être comprises dans leur signification spécifique avec la portée et la dimension humaines et symboliques qui leur est peu contestée. De leurs côtés, les gestionnaires doivent être attentifs aux conséquences de leurs investigations et aux fondements des décisions qu'ils pourraient induire. À cet égard, il semblerait opportun d'analyser notre système de soin du point de vue de ceux qui ne peuvent en disposer – comme cela s'imposerait – et qui sont parfois plus fondés que d'autres à exiger le bénéfice de cette solidarité active prônée parfois avec inconséquence.

Tout indique que l'on implique aujourd'hui l'institution hospitalière dans une fonction d'assistance sociale globale dont d'autres relais au sein de la société n'assument plus la compétence. La notion de santé trouve alors une dimension plus globale qui l'engage à la diversité de pratiques et de prises en charge dont le coût économique est évident, comme l'importance pour la vie sociale. Dès lors, comment intégrer ce rôle, ces nouvelles missions dans une gestion qui serait avant tout contraignante et régulée selon des normes peu soucieuses de ces réalités induites ?

Michèle Deloche

Quelles questions éthiques se posent en ce qui concerne les hospitalisations en long séjour ?

À l'hôpital, les deux derniers mois de vie sont ceux qui coûtent le plus cher. Doit-on pour autant raccourcir la vie de nos patients de deux mois afin de procéder à des économies ? Les indicateurs peuvent être cruels !

Jacques Deschamps

On observe un vide terrible entre la relation individuelle et les grands problèmes économiques. Où se situe l'institution ? Force est de déplorer une grande pauvreté

de témoignages des équipes. Une institution qui propose des essuie-mains vides est une institution malade ! Si l'on attend la description d'outils, l'attente sera longue et comme ils n'auront pas été expérimentés, rien ne bougera. Il se pourrait que l'AP-HP soit encore plus malade, car elle est plus grande et a encore plus de mal à trouver ses repères.

Bertrand Thélot

Si les indicateurs constituaient des paravents destinés à ne pas aborder les problèmes de fond, ils sont néanmoins nécessaires dans le quotidien pour fonder une opinion. Comment, par exemple, évolue la chirurgie pédiatrique ? Elle tendait, dit-on, à se développer. Il était commode de l'affirmer, car aucune mesure n'existait. Quand nous avons pu disposer de chiffres, nous nous sommes aperçus que l'activité en chirurgie pédiatrique diminuait. L'enquête qui permet d'enregistrer dans des services de long séjour de l'AP-HP des caractéristiques d'état civil, de dépendance, de morbidité et d'investissement de soins, procure des informations qui comblent un vide, même si ces données sont rustiques et épisodiques. Il en va de même pour l'enquête « un jour donné » pour les patients séropositifs au VIH ; elle fournit une série d'indications très précieuses, notamment l'évolution du nombre de patients effectivement pris en charge au sein de l'institution. Cela contribue à quantifier un certain nombre de données très utiles à l'institution.

Même si elle ne s'avère pas pleinement satisfaisante, l'épidémiologie descriptive permet de caler les données.

Suzanne Rameix

Je voudrais reprendre la discussion sur la question éthique de la mesure. Un des premiers travaux des Constituants lors de la proclamation de la liberté et de l'égalité, a été d'utiliser les instruments de mesure qui venaient d'être fabriqués. C'était la naissance de la statistique, et l'une des premières décisions fut la départementalisation qui a organisé un découpage mesuré du territoire national, ainsi que l'uniformisation des systèmes de mesure. Quand on suit les débats du XIX^e siècle, à l'Assemblée, relatifs à la loi de 1838 sur les aliénés ou à la loi de 1898 sur l'indemnisation des accidents du travail, ils interviennent tous en parallèle avec les progrès des travaux de la statistique. Lorsqu'il fut statistiquement démontré que le nombre des accidents de travail étaient le même, quels que soient les industries considérées, les comportements individuels et les mesures prises, il a été décidé de passer à l'indemnisation du risque d'accident de travail et de créer un concept politique d'indemnisation du risque qui renvoie à l'État providence (Cf. Desrosières, *La Politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Ed. La Découverte, 1993) ; l'histoire de l'État providence en France est liée à l'histoire de la statistique.

La mesure constitue l'instrument de la justice sociale, de l'égalité et de la solidarité ; donc il faut absolument mesurer. C'est aussi l'instrument du débat, la mesure objective de ce que l'on pense intuitivement et subjectivement. Elle permet à des individualités différentes de discuter sur ce qu'elles peuvent partager. Mais comment va-t-on adapter des indices de mesure à une réalité ? Par exemple, vous ne verrez pas de vos yeux les personnes que vous sauverez d'une infection nosocomiale par un contrôle strict de l'antibiothérapie et une limitation des germes résistants. Donc, l'urgence éthique n'en est pas ressentie alors que vous craigniez de voir s'aggraver l'état d'un patient à qui vous ne donnerez pas un antibiotique supplémentaire ; impression qui n'est que subjective. La grandeur de l'homme n'est-elle pas de pouvoir échapper à des phénomènes trop proches de la sensibilité ?

La difficulté éthique est grande ici. D'un côté, la conscience éthique est tirée par la considération de l'autre, le colloque singulier qui anime l'idéologie médicale et fait sa grandeur et, d'un autre côté, la conscience éthique a une dimension collective et politique. Pour le moment, l'idée réside en la conciliation de ces deux données : donner un antibiotique et lutter contre les infections nosocomiales. Dans ce domaine, les outils nous aident. Que fait-on de ces quantificateurs ? Sont-ils utilisés afin de permettre la répartition la plus efficace ou pour faire des choix ?

Ce n'est pas tant la mesure qui est mise en cause que son inadaptation. Les indicateurs doivent actuellement permettre de réaliser une attribution des ressources et non pas de choisir, même si, en fonction du budget global, un choix est fait. L'absence d'indicateur est très injuste, car ce sont la volonté de puissance, la lutte de classe et les structures idéologiques qui font les choix ; ils sont alors arbitraires et non-éthiques.

Chantal de Singly

Le besoin d'indicateurs me paraît aller de soi. Mais la difficulté vient du fait que selon le rôle de chacun au sein de l'institution, nous n'avons pas besoin des mêmes indicateurs et que sous les mêmes indicateurs, les attendus ne sont pas identiques. La même synthèse de l'indicateur ne peut être faite à tous les endroits de la structure. Un indicateur a besoin de pluralité pour pouvoir ouvrir un débat. L'indicateur unique n'est pas propice au débat. Il y a nécessité de pluralité de lecture sur la même situation et d'accepter la légitimité de plusieurs indicateurs même s'il y a nécessité de trancher à un certain moment. Durant l'arbitrage, la nécessité de se référer à des données de Santé publique s'impose, car elles permettent de convenir ensemble de ce dont on a réellement besoin à un certain niveau : quels types de débats sont à concevoir et avec qui ? Et quelle part d'engagement éthique est conçue autour de cette prise de décision ?

Les objectifs de la décision

Serge Herson

Les discours médical, administratif et politique sont très parallèles, se croisent mais se rencontrent peu. L'accélération des urgences fait que les discours se particularisent, chacun avec une argumentation souvent assez simpliste. Une rencontre sur la définition des mots et des objectifs s'impose.

Sur des indicateurs dont nous comprenons pourtant tous la définition – telle la DMS –, nous parvenons à des interprétations et des objectifs tout à fait différents. Plus qu'un dialogue de sourds, ne s'agit-il pas d'un dialogue de dupes ? Les espaces de rencontres et de réelles discussions où s'exprimeraient les vrais objectifs tels qu'ils se présentent en politique de santé, d'assistance publique sont actuellement franchement évacués.

Ces indicateurs feraient office d'écran de la réalité ou d'hésitations face à l'action ou la décision. Ils sont pris plutôt comme argument ou prétexte d'une décision ou d'une inaction, et non comme argument réel. Ce sont les indicateurs qui varieraient en fonction des besoins de conclure et non pas les conclusions en fonction des indicateurs. La définition des objectifs est complètement masquée. Des décisions adoptées au plan politique sont données à exécuter au personnel médical ou au système de santé. Par exemple, le rôle attribué aux médecins en gériatrie est peut-être surestimé, alors que le problème social de la vieillesse devrait être reconsidéré.

Emmanuel Hirsch

N'y a-t-il pas une certaine démesure dans le recours à la mesure ? Ce besoin de mesure ne viserait-il pas à une neutralisation des situations, à une déshumanisation des enjeux de la réalité afin de pouvoir adopter quelle que mesure que ce soit en pure innocence, sans y impliquer nos responsabilités personnelles ?

On loue désormais la mesure comme on loue la technique. Il est de toute évidence un danger de la mesure en tant qu'expression d'une modalité d'exercice d'un pouvoir fonctionnel souvent indifférent à ce qui échappe à ses règles. Notre conception morale de l'idée de mesure nous renvoie davantage au jugement critique, au discernement, à la liberté de conscience ou à la recherche du juste milieu. En fait, dans la maladie rien n'est juste, équitable et mesurable, si ce n'est tout ce qui est situé hors l'expérience interindividuelle de la relation entre le malade et équipe soignante. Dès lors, il importe de nous situer clairement au regard des limites que nous souhaitons définir afin de modérer une tendance qui ne serait que gestionnaire et quantitative.

Comment mesurer un résultat, au nom de quels critères ? Les performances ? Les conséquences directes dans l'existence de la personne ? Le bénéfice social d'une réintégration dans la vie active ? Le maintien d'activité d'une structure ? La

confiance, voire l'illusion de l'acte de soin – peut-être celui de guérison possible – apportent-elles un bénéfice tangible à la cohésion d'une société ?

Il semble équitable et donc juste de nous poser les questions évoquées au cours de ce débat, pour autant que nous ayons conscience du champ dévolu à cette investigation, en posant des limites qui permettent à la relation soignante de se maintenir dans son sens comme dans ses qualités.

Suzanne Rameix

Une dérive de l'utilisation de la mesure est toujours possible par le totalitaire. La maîtrise absolue et une quantification totale du réel constituent toujours une tentation pour la raison. Le projet cartésien d'une mathématisation du monde a donné naissance à la science moderne qui confère à l'homme la maîtrise du monde. De même, au XIX^e siècle, avec la naissance de la démocratie et des progrès sociaux, on a pu croire que la misère allait disparaître ; or, on s'aperçoit que, en 1848 et en 1860, la misère est toujours là ainsi que les maladies, la vieillesse et les accidents de travail. Sont inventées la notion de droit social, les assurances, les mutuelles jusqu'à la création du ministère de la Santé en 1920 et de la Sécurité sociale par les Ordonnances de 1945. L'emprise totale sur le réel est donc impossible. Vient toujours un moment où le réel resurgit avec sa démesure et ses impondérables. Les textes de loi sur les pauvres en Grande-Bretagne et en France le montrent bien : le sentiment profond que la misère va disparaître, suivi de l'accablement profond de voir qu'elle est toujours là, ainsi que la maladie et la mort.

Faire reculer la mort pose la question du sens que l'on donne aux années de survie qui sont gagnées. Les indices doivent être ceux d'années de vie gagnées, mais pondérées par ceux de la qualité de vie.

Chantal de Singly

Lorsqu'ils sont interrogés sur la qualité de vie, les patients et les familles ne se réfèrent pas à la même échelle de valeur. Il n'est pas possible d'avoir le même regard sur l'indicateur selon l'endroit où l'on se situe. Il s'agit de savoir ce que l'on fait des différences entre ce que les familles et les patients attendent en terme de qualité de vie. À qui répond-on ? Aux deux ? Aux médecins ?

Suzanne Rameix

S'agissant des soins palliatifs, les indicateurs de mesure sont très bons en terme de qualité de vie, puisque le choix de qualité de vie est souvent privilégié.

Michèle Salamagne

Pourtant les études qui ont été faites sur les mesures de qualité de fin de vie sont contradictoires. Il n'a pas été possible d'aboutir à un accord sur les critères

recevables de quantification de la fin de vie. Que signifie une qualité de vie quand on se situe à 48 heures de la mort ? Qui parle ? Qui s'exprime ? À partir du moment où le patient ne parle pas, qui interprète son silence ? Nous restons dans un mystère qui ne pourra jamais être quantifié. Il s'agit là de la démesure d'une donnée qui nous échappe : la mort !

Bertrand Thélot

La mise en balance de l'investissement des moyens et la chronologie de temps gagné me paraissent centrales : que gagne-t-on en fonction des moyens qui sont investis ? La question la plus forte reste celle-ci. Ainsi que celle de la déontologie médicale dont le but est de gagner du temps sur la mort. Il est rassurant de penser qu'il existe un mystère qui ne pourra pas être pénétré. Un dogmatisme doit donc être évité ; par exemple, décider de supprimer deux mois de la vie en vue d'économies. Il ne peut y avoir alors de vision comptable, sinon il s'agirait d'une négation de la vocation médicale.

Sylvie Chantereau

Le risque est que la mesure tue la parole. Qu'au nom des indicateurs, il n'y ait plus de discussion, plus de débat. Il s'agit d'un véritable risque. Nous pouvons considérer prioritairement la sécurité qu'il peut y avoir à utiliser un indicateur, ce qui d'un point de vue moral s'avère inacceptable.

Suzanne Rameix

C'est en même temps la mesure qui permet de discuter, d'argumenter, de choisir ensemble et pour tous, de façon égalitaire.

Emmanuel Hirsch

D'un point de vue éthique, apparaît aussi la question de la maîtrise économique. Ne s'agit-il pas pour les médecins et les soignants d'exercer et d'assumer encore et malgré tout une liberté humaine ? Si l'on évolue sans discernement et sans limitations dans ce qui ne serait plus que fonctionnel et utilitaire, dans son essence même la relation de soin serait remise en question avec le risque de verser d'une pratique médicale vers une pratique qui n'est plus conforme à ses valeurs et ses principes. Encore une fois, au-delà des critères organisationnels, ces questions affectent la symbolique d'une solidarité sociale représentée par notre système de soin. Là où la société n'intervient plus, où le lien social est remis en question, ce sont souvent les médecins, les soignants avec quelques travailleurs sociaux et des militants associatifs qui constituent les derniers relais, les ultimes médiations pour les plus démunis. Ils incarnent encore une force sociale, une cohérence et une sécurité très importantes.

La question éthique nous renvoie aux choix d'une médecine qui verserait de l'humain vers le strictement procédurier. Cela étant, reste posée dans sa complexité la nécessité de discerner et de délibérer dans le cadre d'une politique de Santé publique forcément encadrée par des contraintes financières, à rendre les moins inévitables et donc les plus pertinentes.

Suzanne Rameix

On pourrait dire de la même façon que les enseignants dans les banlieues difficiles, sont les derniers à assumer un rôle social, ce qui n'empêche pas l'Éducation nationale de se voir attribuer une enveloppe budgétaire et chaque établissement de disposer d'une dotation horaire globale très strictement calculée et d'un budget très limité. Dans le monde enseignant, existe la revendication d'un droit aux études. Mais sur quels principes est fondé ce droit ? par quoi est-il justifié ? Cette même question est transposable à la notion de droit aux soins. Est-il illimité quel que soit son coût pour la collectivité ?

N'a-t-on pas tout autant droit à un logement, à un revenu minimum ? autant de choses qui paraissent beaucoup plus urgentes que certaines revendications, comme, par exemple, celles liées à l'assistance médicale à la procréation.

Françoise Duménil

La question se pose entre les adjonctions budgétaires, les fécondations *in vitro* et les soins palliatifs qui représentent deux extrêmes, ou encore l'argent pour soigner des malades atteints de sida ou des personnes atteintes d'une maladie endémique. Sauver quelqu'un pour trente ans ou quelques personnes pour un an ? Voilà toutes les questions qui se posent et qui restent sans réponse.

Suzanne Rameix

Pourtant, à un certain moment les directeurs d'hôpitaux pratiquent des choix et c'est bien le signe d'une immaturité de la part du politique. Cela signifie que ces questions-là n'arrivent pas à être posées dans l'espace public, alors que ce sont des questions qui devraient être tranchées par le politique.

Bertrand Thélot

Il est pourtant normal que certaines décisions soient prises au sein de l'hôpital !

Suzanne Rameix

Ce n'est pas aux gestionnaires de savoir si, par exemple, on doit greffer des foies aux petits Algériens que l'on fait venir en France.

Chantal de Singly

Il est vrai que l'on soignera un peu plus d'un côté que d'un autre et qu'il n'y a pas une visibilité de l'impact des soins. Ce qui manque en termes d'indicateurs, c'est bien sûr une épidémiologie consacrée aux conséquences de décision ou de non-décision, aux circuits de soins des malades et d'accès aux soins.

Véronique Ponchet de Langlade

Il est aussi nécessaire de tenir compte de ce que souhaite le malade en termes d'indicateurs. Jusqu'où veut-il aller dans l'évolution de sa maladie ?

Suzanne Rameix

Plutôt que d'ignorance, pour un directeur d'hôpital il est question de légitimité permettant de décider dans ce genre de problème. De même que le Parlement décide de ce que sera le RMI et le SMIC, ce sont les élus, la souveraineté nationale qui se doit d'assumer des choix tels que celui du budget de la santé ? Quelle place donne-t-on à la prévention ? Mais cette question est difficile à débattre autour d'une table, car nécessairement la question du sacrificiel va émerger, question extrêmement difficile à poser sur le plan politique.

Par définition, instaurer un système démocratique démontre le désir d'éviter tout ce qui pourrait entraîner des situations sacrificielles. Comment alors pouvoir décider que l'on ne fera pas tout, à tout prix, pour les patients ?

Si l'on établit un indicateur qui dira que un franc sera investi là plutôt qu'ailleurs, on fera des choix sacrificiels et l'espace public s'y refuse. Une deuxième question qui nous empêche réellement de poser le débat est que l'on ne sait plus mourir. On a peur de la mort, d'où l'idée d'une médecine toute-puissante, qui doit tout inventer et qui doit tout développer pour gagner encore du temps sur la vie. Ce qui occulte le plus pour nous la question de justice sociale est le fait que nous ne savons pas mourir. Nous devons donc apprendre à mourir, à considérer qu'il y a peut-être des choses qui font plus sens dans la vie que la santé, et qu'il y a des choix qui sont à faire sur des pondérations de la qualité de vie et de la quantité de vie. On peut, par exemple, estimer qu'il s'avérerait meilleur de vivre dans un pays où l'on ne sera pas dialysé avec telle ou telle pathologie après 75 ans, mais dans lequel on sait que tous les enfants des collèges de la région parisienne mangent à leur faim le samedi et le dimanche, ce qui n'est pas le cas en 1996 ! Ne s'agirait-il pas d'une société plus juste ? N'y vivrait-on pas mieux ? La santé n'est-elle pas définie, par l'OMS, comme un état de bien-être physique, mental et social ?

Justice et équité dans les choix économiques de l'institution

E. Aoun, S. Chantereau, P. Kormann, Y. Merlière, B. Thelot, N. Vergne-Labro*

Une institution juste

Le questionnement éthique dans le cadre de fonctions financières répond à différentes interrogations :

En premier lieu, avec l'accroissement de la contrainte financière, le discours sur l'équité et la justice, la solidarité dans l'allocation des ressources, s'est fait de plus en plus présent. D'autant plus présent, qu'accompagnant la pénurie, les missions de l'hôpital – accueil des démunis, hôpital vecteur de réintégration, etc. – se sont élargies conduisant à arbitrer entre des domaines de plus en plus larges. La première question qui émerge dans ce contexte porte sur l'équité des décisions envers les hôpitaux ? Cette interrogation a toujours été très présente, mais la rigueur financière l'a rendue encore plus aiguë. Quand on dispose encore de ressources à répartir, chacun s'estime plus ou moins satisfait. Quand il faut prendre aux uns pour donner aux autres, la question devient plus difficile.

D'autre part, la conviction semble acquise selon laquelle le rôle d'une direction financière est de travailler à construire une institution juste qui permette aux malades accueillis d'être traités équitablement, sans discrimination par rapport à ce qu'ils sont, mais aussi sans discrimination par rapport à l'offre de soins apportée, tout en sachant que tout ne peut se faire partout. Travailler à une institution juste c'est permettre aux professionnels d'exercer au mieux leur activité et en conséquence d'être à même de proposer au patient une relation tant de qualité technique qu'humaine.

Enfin, différentes « affaires » – sang contaminé, la vache folle, etc. – ont ébranlé le monde des administratifs et des gestionnaires. Le poids de l'économie dans les décisions, l'absence de garde-fous institutionnels et les multiples dysfonctionnements ont conduit aux pires injustices.

* Voir liste complète page 525.

Comment éviter que cela ne se reproduise sans pour autant conduire à une vision trop sécuritaire de la gestion des fonds publics et allouer des moyens pour viser à un risque zéro alors qu'ils seraient plus utilement employés autrement ?

Les réflexions conduites au cours de l'année 1996 sont regroupées en cinq champs de travail :

- les indicateurs ;
- le rôle de l'expert et l'expertise ;
- la responsabilité ;
- la négociation et l'argumentation du débat ;
- une institution juste.

Les indicateurs

Le métier des financiers au siège consiste à allouer les ressources aux hôpitaux. Il s'agit de façon générale d'évaluer, pour chaque hôpital, le montant de son budget et de façon ponctuelle d'évaluer les moyens à attribuer dans le cas d'une ouverture ou d'une extension de service voire d'un hôpital, ou les moyens à retirer dans le cas de fermeture ou de réduction de service.

Dans ce contexte, l'interrogation majeure porte sur l'équité des décisions prises dans le processus d'allocation des moyens. Dans quelles mesures peut-on être certain de ne pas pénaliser tel ou tel hôpital dans cette décision d'allocation ? Qu'est-ce que l'équité ?

La méthode

Une démarche d'allocation de moyens fondée sur les indicateurs a été privilégiée sur la notion d'indicateurs. Ce choix vise à prendre les décisions sur la base de données « objectives », « réelles ».

Cette activité d'allocation répond à une demande de la part des gestionnaires des hôpitaux.

Le premier sens du mot équité

Le premier sens attribué au mot « équité » est l'appui du processus décisionnel sur des indicateurs et pas seulement sur les éléments de la discussion, qui présente le risque de donner une prime au « beau parleur » et donc d'allouer les ressources « à la tête du client ».

Le choix d'une démarche prenant appui sur les indicateurs répond à la nécessité d'éviter d'ouvrir la décision sur l'écoute des opinions exprimées.

Comment dégager des indicateurs objectifs ?

Un principe a été privilégié : financer l'hôpital en fonction de l'activité qu'il réalise. La difficulté a d'abord été de définir, par des indicateurs, cette notion d'« activité ».

Le deuxième sens du mot équité

Le deuxième sens du mot équité est d'appréhender l'activité hospitalière à travers toutes ses dimensions.

La première difficulté est d'appréhender le caractère multiple de l'activité hospitalière. À l'hôpital, des soins sont donnés, des diagnostics sont posés dans le service, dans l'unité de consultations, des actes – de biologie, d'imagerie, de chirurgie, d'explorations – sont réalisés sur le plateau technique, mais aussi des repas sont produits par les cuisines, des surfaces sont nettoyées, des patients sont accueillis, des factures sont réalisées et des commandes sont passées aux fournisseurs.

Face à cette diversité faut-il tout décrire et jusqu'où ? Ne faut-il considérer qu'un indicateur de production ? : le malade et sa pathologie.

Une seconde difficulté apparaît alors : même dans un secteur bien ciblé, l'activité est également multiple. Ainsi, dans un service, chaque malade ayant la même pathologie nécessite des soins spécifiques et les coûts sont souvent différents d'un malade à l'autre. C'est pourquoi la prise en compte de l'activité ne peut pas se concevoir à travers sa seule dimension quantitative mais elle doit intégrer une (des ?) dimension(s) qualitative(s). Mais jusqu'où ?

Le choix des indicateurs reflète cette problématique. Ces indicateurs sont multiples :

- séjours, journées pour les services cliniques ;
- actes (lettres-clés) pour le plateau technique ;
- surface nettoyée, nombre de repas, kilos de linge, etc. pour les services logistiques.

Une dimension qualitative a été introduite par l'utilisation de pondération corrélée avec les coûts. Dans une spécialité médico-chirurgicale, un séjour sera pondéré par un coefficient d'autant plus élevé qu'il correspond à un protocole de soins coûteux. Cette méthode a été adoptée afin d'éviter de considérer comme équivalents des séjours correspondant à des protocoles de soins ayant des coûts très différents (séjour pour greffe avec aplasie versus, séjour pour appendicectomie).

Mais la dimension « qualité du soin rendu » n'a pas été intégrée dans la mise en œuvre des procédures car il n'existe pas aujourd'hui de données correspondantes disponibles dans tous les services.

Par ailleurs, pour établir un budget il faut des indicateurs valorisés en francs. Dans ces conditions, il est nécessaire de valoriser l'activité multiple réalisée par l'hôpital.

On peut la valoriser à l'aide des coûts unitaires de l'hôpital mais dans ce cas le montant du budget sera toujours égal au montant des dépenses.

Il faut donc trouver des références de coût unitaire.

Le troisième sens du mot équité

Le troisième sens du mot équité s'exprime dans le choix de cette référence.

Il faut trouver le « juste prix », celui qui évite le gaspillage. L'enjeu est ici l'utilisation de fonds publics.

Il peut être estimé par « dires-d'experts » ; c'est très long.

Il peut être estimé de façon pragmatique à partir de moyennes de coûts constatés sur un ensemble d'entités comparables. C'est le choix qui a été privilégié, tout en sachant les limites du choix d'une moyenne : sa valeur peut être affectée par des valeurs aberrantes, elle ne peut décrire des situations « normalement atypiques ».

Quelle est la légitimité de tout ce dispositif ?

Au début, en 1992, ce fut un rejet quasi général. L'accusation était multiple : utilisation de données non fiables, non prise en compte de certains critères explicatifs de coûts incompressibles. Ces accusations étaient souvent justifiées. C'est pourquoi, tant dans les méthodes de construction des indicateurs d'activité que dans le choix des références de coût, de nombreuses modifications ont été apportées.

Mais il ne faut pas oublier que les critiques portant sur la qualité des données se retournaient contre leurs auteurs eux-mêmes, à l'origine de la saisie des données et donc des erreurs sur ces dernières. Ce dispositif s'est amélioré à partir de la mobilisation des acteurs de terrain, dans la saisie de données de meilleure qualité.

Le quatrième sens du mot équité

À ce niveau, un quatrième sens apparaît pour le mot « équité ». Dès l'instant où est engagée une démarche fondée sur des indicateurs construits à partir de données réelles, il est nécessaire que ceux qui sont évalués dans cette démarche s'engagent à saisir des données fiables et à les restituer.

Pourquoi faut-il intégrer un outil dans une logique financière pour mobiliser tous les acteurs ? La simple connaissance ne constitue-t-elle pas un mobile suffisant pour élaborer des données de qualité ? Les indicateurs élaborés contribuent à donner un « signal » fort sur la situation d'un hôpital : il est plus coûteux, égal ou moins coûteux que la moyenne. À partir de ce signal, des décisions sont prises en

conférence budgétaire : les indicateurs doivent être suffisamment fiables pour éclairer le décideur.

Les enseignements de cette démarche

L'enseignement majeur de cette démarche engagée depuis bientôt cinq ans est la nécessité du débat pour élaborer les indicateurs et mettre en forme les données nécessaires à leur construction. C'est aussi l'acceptation du débat par l'ensemble des acteurs du processus décisionnel et de la confrontation des arguments entre les différents intervenants. C'est enfin le refus d'une dialectique de pouvoir – imposer ses propres vues, sa façon de concevoir les indicateurs – pour une acceptation des propositions de l'autre sans qu'une telle attitude soit considérée comme un acte de faiblesse.

Ceci conduit aussi à assurer la continuité de la recherche de données plus complètes, plus justes pour poursuivre l'amélioration des indicateurs. La mesure de l'apport de chaque approche doit se réaliser dans la comparaison des résultats obtenus à chaque itération. La logique de comparaison constitue le fondement de l'équité de notre démarche. La vérité n'est pas l'acceptation ou le refus de tel ou tel indicateur ; elle est dans l'acceptation de la comparaison et dans l'analyse des résultats obtenus.

Il existe un danger de complexifier le processus d'élaboration des indicateurs : la volonté de prendre en compte la multiplicité des situations peut entraîner un risque de « non lisibilité ». Donner une signification réelle, simple et la conserver constitue donc une dimension essentielle au sens du mot « équité » et ceci afin d'éviter toute manipulation vis à vis des gestionnaires de l'hôpital : qu'ils aient un message clair pour l'orientation de leur action au sein de l'hôpital.

Mais ceci ne veut pas dire qu'il faut abandonner tout outil – à vocation mathématique – sous prétexte qu'il est compliqué. Si le signal fourni a du sens, ce sens ne peut être constitué que par un débat constructif entre les intervenants sur la signification réelle du signal donné.

L'expertise

Le positionnement d'experts nécessite pour un décideur de terrain une phase de prise de repères.

Certes, pour s'approprier les éléments de technicité d'expertise, mais surtout pour le positionnement hiérarchique où l'on ressent à la fois une forme de confort, un grand degré de liberté d'esprit car non pris par les contraintes du décideur, mais

aussi une certaine angoisse procédant de la responsabilité de pouvoir induire des décisions qui pèsent lourd.

Le champ de l'expertise « Contrôle de Gestion » rattaché à la direction des finances représente :

- les liaisons avec les « budgétaires » ; il s'agit d'un travail de préparation technique et de simulation pour ceux qui fixent les règles de redistribution ou d'allocation de ressources, d'un travail lié au cycle budgétaire pour préparer le négociateur du siège ;
- les approches économiques des grosses restructurations, arrêtées en amont dans le cadre des décisions stratégiques. Ces études aident à établir des cadrages financiers ;
- les demandes de concours d'expertise économique et financière des autres directions ; chiffrages de scénarios des groupes prospectifs stratégiques, présence souhaitée très en amont du *Groupe structures et effectifs* de la Commission médicale d'établissement (CME) ;
- les approches transversales, économétriques, en amont des décisions stratégiques comme par exemple les tailles optimales, le nombre et les implantations souhaitables des plateaux techniques ;
- les demandes ponctuelles, ou les simulations sur les conséquences de nouvelles législations comme la *Prestation spécifique de dépendance* pour les unités de soins de longue durée.

La problématique concerne ce en quoi le rapport du savoir au pouvoir, le positionnement de l'expert, suscite un questionnement éthique.

Cela, en raison d'un présupposé selon lequel un décideur mieux éclairé décide plus justement, plus équitablement. Une telle conception est exacte dans le sens où le décideur est mieux à même d'apprécier les conséquences de sa décision, mais ne règle pas complètement la question, puisque nous savons qu'historiquement le « despotisme éclairé » a eu droit de citer.

En réalité, on constate une certaine complexité du ou des couples expert(s)-décideur(s). Une recherche d'équilibre permanent s'impose, de l'expert vers le décideur ou du décideur vers l'expert, attestée par la gradation des divers « produits » d'expertise : analyses, chiffrages, avis, et parfois recommandations.

Les questionnements, liés aux positionnements et aux pratiques d'expertise, peuvent se décliner au travers de six prises de réflexion.

Le « savoir » ou les « savoirs » ?

Comment peut-on combiner, par exemple, la cohérence du projet médical, les choix architecturaux, les choix organisationnels et les choix de gestion.

La définition des ressources : il y a un aspect rassurant pour l'expert de la direction des finances de se frotter à la pondération des autres expertises. Cependant évite-t-on une simple juxtaposition d'éclairages ? Ne se contente-t-on pas du bon vouloir de la communauté des experts du siège, qui associent ou non ceux des hôpitaux ? N'est-on pas encore dans un mode trop peu organisé ? Il existe une certaine poly-expertise, mais pas forcément un pluralisme de l'expertise. Nous nous confrontons peu avec les savoirs hors de l'institution AP-HP.

Le poids de la logique verticale de chacune des directions du siège reste très présente. Par exemple, on recourt toujours à plusieurs méthodes pour établir un chiffrage, il est facile de faire bouger plus ou moins des paramètres ; mais le résultat implicite attendu pour un besoin en personnel non médical ne vise-t-il pas à ce que le chiffrage de la direction des finances soit en dessous du chiffrage de la direction du personnel et des relations sociales, et s'il est au-dessus accepte-t-on de bonne grâce que son propre décideur choisisse « au mieux disant » ?

Savoir rester dans le cadre de la commande

La tentation de l'expert de se positionner comme décideur existe. Par exemple à l'occasion de l'évaluation des plans d'économies des hôpitaux où le cadre était formalisé : évaluation des pratiques, contrôle de gestion, opérations restructurantes et opérations conjoncturelles ; où les questions posées étaient : l'objectif sera-t-il atteint ? les solutions seront-elles pérennes ? le plan est-il fiable ? quelle est la valeur du gage (gel d'investissement) ? Très vite, à force d'enchaîner des séries de dossiers d'hôpitaux, le groupe d'experts a dérivé, puis corrigé le tir après échange. C'est le sentiment général que dégageait chaque dossier, la « tenue », qui insidieusement tendait à prévaloir ; le syndrome du « correcteur de copies » induisait un jugement sur l'équipe de l'hôpital et sa suite implicite : il faut être plus ferme avec les « mauvais élèves » !

Savoir dépasser le cadre de la commande

À l'occasion d'un investissement très lourd sur un site hospitalier, les experts de la direction des finances n'ont pas pu se limiter à l'analyse des données économiques du projet.

Du point de vue de l'hôpital, cet investissement unique répondait simultanément au projet médical avancé, à une réorganisation complète des autres activités, à conforter un pôle de recherche, à répondre à des dysfonctionnements en matière de logistique, à réaménager le patrimoine immobilier et à dégager une zone de développement futur dans la même logique d'excellence.

L'argumentaire d'expertise de la direction des finances a conduit à être critique sur les expertises de deux autres directions : on installait pour cette discipline les conditions optimales pour une population déjà prise en compte dans un autre hôpital, alors qu'on avait, dans le champ de l'institution, à opérer une remise à niveau des hôpitaux pour la même spécialité et pour des populations plus exposées.

Le décideur, certes intéressé dans son cadrage, a apprécié dans ce cas la liberté critique « légitimée » des experts.

L'indépendance des experts

Il y a des situations où l'expert n'est plus protégé dans son travail d'expertise ; il n'est pas toujours en dehors du champ des pouvoirs.

On peut se trouver dans le cas où le décideur ou le médiateur désigné par le décideur demande à l'expert de pré-construire ce qui serait un compromis acceptable pour les partenaires sociaux, ou équilibré pour les élus. C'est une expérience qui doit servir de leçon à l'expert ; il n'est plus dans son rôle, il y a confusion des genres.

La solution pour rester sur son terrain – du point de vue éthique – consiste à opposer la possibilité de chiffrer plusieurs hypothèses et à redonner sa vraie responsabilité au décideur.

L'équilibre psychologique de l'expert

Si le ou les savoirs de l'expert relèvent des sciences humaines, l'expert lui-même n'en est pas moins homme. Il faut pouvoir dépasser le sentiment de frustration que procurent les arbitrages rendus par le ou les décideur(s) : sentiment que ces arbitrages sont éloignés, voire contradictoires avec les éléments d'expertise.

Parfois, dans les préparatifs décisionnels, le « club des experts » se laisse aller : entre experts on est d'accord ; la solution raisonnable, rationnelle et pourquoi pas éthique est la solution théorique des confrontations d'expertise. Or, on oublie simplement que l'on est « en chambre », il faut accepter que l'expertise ne constitue qu'un élément de la décision.

Les temps d'expertise

Le sujet le plus irritant dans notre institution est le manque de cohérence de certains chaînages – travaux bouclés, projet médical glissant –, les ambitions initiales des projets et la réalité avec les hommes. Sur les sujets les plus lourds, on éprouve le sentiment d'être en négociation permanente, point par point.

Malgré les procédures institutionnelles, les décideurs n'arrivent pas à se ménager et à ménager à leurs experts des temps d'expertise avant les négociations, des phasages et des chaînages suffisamment fermes, sur quoi on peut ou ne peut pas revenir. Ceci pollue les arbitrages car les expertises sont parcellisées et itératives. On risque de faire oublier les objectifs essentiels : la meilleure allocation, pour l'activité la plus pertinente, et de la meilleure qualité possible pour les populations concernées. Peut-être que sur ce point les experts n'aident pas les décideurs en ne faisant pas valoir les conditions de la meilleure production d'expertise. Une forme d'éducation réciproque permettrait en retour au(x) décideur(s) d'être plus exigeant(s) sur la qualité des expertises.

La responsabilité

Les interventions répétées du directeur général sur cette notion consistaient toujours à rappeler que chaque membre de l'institution était responsable de ses actions à quelque niveau que ce soit ; aussi chacun devrait-il s'interroger sur la signification de ce terme au regard de l'exercice de son métier.

L'acceptation juridique – liée à la notion de faute – a été écartée pour retenir l'acceptation morale – celle de l'être agissant et rendant compte de ses actes – et l'acceptation liée à la notion de territoire d'exercice d'un pouvoir – être responsable d'un secteur d'activité.

Être responsable consiste donc à prendre des décisions et par suite à assumer les conséquences de ce que la décision entraîne.

Dans un hôpital, quand on pense « responsabilité », on a tendance à y adjoindre le terme « médicale » ; c'est une responsabilité qui s'exerce auprès du patient, raison d'être de l'hôpital.

A contrario, quand on évoque la responsabilité « administrative », cela intervient plutôt dans un contexte contentieux. Car l'administration est plutôt vécue comme une entité sans nom et sans visage, anonyme et dont la responsabilité n'est pas « personnalisée ». Au sein de l'AP-HP, le siège – éloigné du lieu d'exercice pratique du soin – donne l'image d'un monstre froid, technocratique, peu soucieux ou méconnaissant les préoccupations du terrain. Cette image s'applique d'autant mieux à un secteur comme la direction des finances qui traite d'économique, notion traditionnellement opposée à l'éthique. Et ce d'autant que dans des périodes où les moyens sont comptés, la collaboration entre les acteurs devient plus difficile.

L'objectif de notre groupe est donc d'apporter le témoignage que cette opposition entre économique et éthique n'est pas fondée et que, tout en travaillant dans le domaine financier, abstrait, loin du terrain, ses participants se sentent responsables

de leurs actes, qu'ils essayent toujours d'en mesurer les conséquences, l'objectif visant à favoriser le bon fonctionnement de l'institution dans son ensemble. La direction des finances n'est pas « en dehors », mais « au sein » de ce lieu de coopération et de partage de valeurs identiques que doit représenter une entreprise.

Peut-être convient-il d'indiquer que le fait d'être éloigné des contraintes et des « passions » du terrain, peut permettre de prendre des décisions de façon plus éclairée et plus juste, celles-ci étant dégagées de la prise en compte des supposés particularismes locaux.

Pour comprendre l'action de la direction des finances, il faut connaître le champ de ses responsabilités, qui est de deux ordres :

La responsabilité vis-à-vis de partenaires extérieurs

En tant qu'agent du service public, il faut rendre compte aux Pouvoirs publics et aux organismes qui financent l'institution :

- du respect des orientations générales en matière de politique de santé ;
- du respect de la réglementation ;
- de la bonne utilisation des fonds publics – il faut donc toujours s'interroger sur l'efficacité ou l'inefficacité des actions engagées.

Il faut également rendre compte aux fournisseurs auxquels il convient d'assurer des règlements dans des délais raisonnables pour éviter de les mettre en difficulté. À ce titre, comme dans toute entreprise il importe d'être vigilant en matière de recouvrement de créances. Service public ne signifie pas service gratuit ; les patients ont un droit aux soins, mais ils ont en contrepartie une obligation : celle d'effectuer les démarches administratives nécessaires pour assurer la prise en charge financière par les organismes de financement adéquats – Sécurité sociale, aide médicale, assurances, mutuelles, etc. – de leurs frais de soins.

Mais « rendre compte » ne suffit pas ; il faut également agir comme force de proposition pour faire évoluer les règles de fonctionnement, convaincre de l'opportunité des orientations proposées à long terme et non seulement à court terme, etc.

Responsabilités envers les composantes de l'institution

On ne peut évoquer cet aspect de la responsabilité de la direction des finances sans parler de la notion de « subsidiarité ». Pour mémoire, le principe de subsidiarité consiste à ce que chacun puisse assumer le maximum d'initiatives dans les domaines de sa compétence. Appliqué à l'AP-HP, ce principe impose que les relations entre le siège et les hôpitaux ne soient pas vécues comme des relations

hiérarchiques mais comme des relations de complémentarité, chacun disposant d'un champ d'intervention spécifique, l'un de portée générale – les mêmes règles doivent s'appliquer de façon identique dans tous les hôpitaux pour que les personnels ou les patients soient traités de façon équitable –, les autres de portée « locale ».

Pour bien comprendre les responsabilités de la direction des finances à cet égard, il convient de bien préciser son rôle.

Elle se doit d'expliquer clairement aux hôpitaux :

- les contraintes imposées en matière de ressources, pour inciter chacun à se poser la question de la bonne utilisation des moyens mis à disposition. Il est en effet souvent plus simple d'imputer à une insuffisance organisationnelle des difficultés de fonctionnement : cela évite des remises en cause personnelles ou collectives. La contrainte financière peut conduire à s'obliger à ne plus occulter les vraies questions ;
- les procédures adoptées et les critères de suivi de leur mise en œuvre pour assurer une égalité de traitement quel que soit l'hôpital concerné ;
- les données explicites, pour permettre aux hôpitaux de disposer d'informations leur permettant d'apprécier leur position par rapport aux autres. Pour recueillir des informations fiables des outils ont été créés : dans ce domaine, il faut reconnaître et accepter les limites de tout outil de recueil et donc accepter que les informations traitées ne soient jamais la traduction parfaite de la réalité, mais seulement une image déformée, mais aussi proche de la réalité que possible. Les récents outils de mesures ainsi que les indicateurs utilisés apparaissent toujours trop quantitatifs et sont donc souvent critiqués et contestés du fait qu'ils ne tiennent pas suffisamment compte des spécificités locales. À titre d'exemple, si on considère les indicateurs retenus en matière de « gestion » – indicateurs dits « de recettes » et « de dépenses » –, il faut indiquer que ceux-ci ont été déterminés avec les hôpitaux, que leurs résultats font l'objet d'un examen attentif afin de s'assurer qu'ils permettent de déterminer de façon équitable le classement des hôpitaux.

La direction des finances doit aussi remplir un rôle de suppléance – corollaire de la subsidiarité –, qui consiste à répondre à des besoins ponctuels exprimés localement.

Enfin, du fait que la plupart de nos actions se situent dans une grande chaîne de dépendance, on ne peut méconnaître la difficulté d'identification de la responsabilité exacte de chaque intervenant. Pour prendre l'exemple des recettes, leur bon recouvrement relève de la responsabilité de tous : de la direction des finances qui doit mettre en œuvre les actions de formation, définir les cahiers des charges informatiques, s'assurer de la bonne diffusion des informations relatives à la réglementation et à ses modalités d'application, des hôpitaux desquels dépend la qualité de la facturation et du traitement des contestations, des services informatiques

qui doivent assurer des traitements réguliers, exempts d'erreurs, enfin de la Trésorerie Générale qui doit mettre en œuvre les procédures de recouvrement amiable ou contentieux.

De ce fait, chacune des actions conduites par une des parties vise à assurer à l'institution la plus grande efficacité, et donc à permettre à chacun d'exercer au mieux la fonction qui est la sienne. La responsabilité du siège consiste en définitive à donner aux hôpitaux les moyens d'assurer au mieux leurs missions ; toutefois, de par sa nature la décision administrative a un impact « différé » et moins identifiable, plus diffus que la décision médicale ou l'acte médical. De ce fait, cette responsabilité apparaît abstraite car imputable à une entité et non à des individus en particulier ; elle apparaît donc plutôt collective qu'individuelle. Elle n'en est pas moins réelle, ressentie et vécue comme telle par ceux qui l'exercent.

Le temps de l'argumentation et de la négociation

Disposer d'indicateurs et d'informations épidémiologiques c'est poser les premiers jalons d'une réflexion éthique, car comment apprécier l'équité de ses décisions, comment savoir si l'on travaille dans le sens du « bien » ? Toutefois, les indicateurs et les données épidémiologiques n'autorisent pas à eux seuls d'avoir une appréciation d'une répartition juste et équitable des ressources. La simple mesure ne suffit pas pour appréhender la réalité et la vérité des situations hospitalières. L'argumentation, l'interprétation et la négociation permettent l'exercice du discernement et donnent la possibilité de corriger ce qu'expriment – ou n'expriment pas – les indicateurs.

Des réunions diversifiées

Dans les procédures financières actuelles, on distingue schématiquement deux types de rencontres – accompagnées de multiples procédures écrites – autour desquelles se construisent l'argumentation et la négociation des projets et des moyens hospitaliers.

Les réunions « techniques »

Les réunions et les échanges d'informations dits techniques, qui sont bien sûr fortement porteurs de questions politiques – que justement les techniciens ne sont pas toujours en mesure de trancher –, au cours desquelles les aspects strictement techniques des problèmes doivent être étudiés, par exemple le dimensionnement de services, leur implantation, leur configuration, etc.

Les réunions « stratégiques »

Les réunions à caractère stratégique qui s'inscrivent dans le cycle de gestion de l'AP-HP et qui font figurent de moments « dramatiques » dans la vie de l'institution et de l'hôpital :

- la conférence d'hôpital au sein de laquelle sont étudiés et arrêtés les projets de chaque hôpital pour les années à venir – restructurations, évolution, travaux, etc. Il s'agit à la fois d'un état des lieux, des perspectives, de l'ancrage de l'hôpital par rapport au projet stratégique de l'institution AP-HP ;
- la conférence budgétaire, qui se déroule postérieurement à la conférence d'hôpital, revêt un caractère décisionnel fort dans l'attribution des ressources. Les décisions prises au cours de cette conférence équivalent à un contrat financier entre l'hôpital et le siège.

Dans le cadre de cette réflexion, ce dernier point est spécifiquement des compétences de la direction des finances. Concrètement, la conférence budgétaire s'inscrit dans un processus d'ensemble « orientations-décisions » qui est le suivant :

- le projet 2 000 qui fixe les orientations à 5 ans de l'AP-HP ;
- la lettre de cadrage qui détermine les axes de travail à horizon de 2 ans en s'ancrant sur le projet 2 000, et en référence aux actions clé de chaque hôpital ;
- la note budgétaire qui précise sur un plan technique les règles de gestion s'appliquant en matière de prévision de crédit et d'obtention des ressources ;
- les discussions budgétaires internes qui contribuent à l'élaboration des propositions budgétaires de chaque hôpital.

Après l'examen de ces propositions par les différentes directions du siège, la conférence budgétaire se déroule entre le directeur des finances et les directeurs des hôpitaux concernés. Cette négociation à caractère décisionnel est investie d'une grande charge émotionnelle et affective.

Comment ce type de négociation peut-il être le médiateur privilégié d'une institution juste ?

L'objectif poursuivi par les uns et autres au sein de cette conférence est le même : tenir dans la contrainte macro-économique tout en défendant au mieux les intérêts de l'hôpital et de l'AP-HP, chaque participant à la discussion ayant cependant un point de vue privilégié – mais pas exclusif : soit l'hôpital, soit l'AP-HP, et une appréciation des contraintes macro-économiques probablement différentes.

Les critères de qualité des réunions

Plusieurs préalables à la qualité de ces réunions dans le sens d'une visée de justice et d'équité, peuvent être avancés.

La compétence des participants

Le tout premier préalable à l'équité est la compétence. Il s'agit non seulement d'être informé de la situation de l'hôpital en cause mais aussi de connaître :

- la situation des autres hôpitaux de l'AP-HP, ce qui suppose de pouvoir et d'avoir comparé. Mais jusqu'où peut-on aller dans ce domaine ? ;
- la contrainte qui pèse sur les choix d'ensemble de l'institution ;
- les règles de gestion qui prévalent à la répartition des ressources.

L'analyse des projets et le débat se fait dans le sens des relations d'un demandeur à une tutelle. Chaque directeur veut, en toute bonne foi, obtenir le maximum pour son hôpital ; et de même le « tuteur » s'est fixé un objectif financier interne qu'il veut atteindre.

Quels sont les moyens qui pourraient être mis en œuvre pour casser cette logique d'opposition et intégrer plus efficacement les contraintes des uns et des autres dans l'allocation des ressources ? Cela ramène d'une certaine façon aux questions de connaissance, de transparence de l'information et de valeurs partagées.

Le respect des ordres

Par ordre, il faut comprendre le fait de ne pas se tromper de logique dans l'analyse des problèmes hospitaliers. Il existe une logique sanitaire et une logique financière.

Si les deux sont intimement liées dans la décision, elles doivent s'équilibrer et se compléter. Si l'une prévaut sur l'autre, cela doit se faire en toute conscience et ne doit en aucun cas être le résultat d'une mauvaise gestion des dossiers ou d'un décalage dans le rythme de vie des dossiers. Il est arrivé par le passé que des décisions financières conditionnent fortement des choix de planification hospitalière – dossiers mal étudiés, réflexion non aboutie, arbitrage indécis, etc. – et que finalement ce soit le critère financier qui emporte la décision et engage la vie de l'hôpital voire de l'institution.

Les craintes

Au cours des conférences budgétaires, et plus généralement dans les relations siège-hôpital, deux craintes se manifestent : la crainte de l'arbitraire pour l'hôpital, versus la pression de l'opinion politique ou médiatique pour le siège.

Ces craintes renvoient finalement aux mêmes questions : comment connaître les informations et comment se constituent-elles ? comment se diffuse l'information (transparence) ? comment et pourquoi une telle décision est-elle prise ?

D'autres craintes sont liées au caractère décisionnel de la réunion – une décision pourrait être imparfaitement évaluée –, la crainte d'être dans l'impossibilité de

changer d'avis et donc de revenir sur un choix adopté. Parfois également, un climat de méfiance s'instaure dans un face à face de discours qui, jusqu'à une période récente communiquaient peu : le discours médical et soignant et le discours administratif, financier, gestionnaire.

Des valeurs essentielles

La complexité des situations hospitalières requiert des procédures qui favorisent l'exercice correct des responsabilités afin qu'une prise de décision de qualité puisse intervenir.

Ainsi certains aspects doivent être pris en compte.

Le temps

Le temps de la réflexion ne doit pas être négligé ; il ne faut pas sous-estimer la durée dans la réalisation des projets. Il importe de pouvoir changer d'avis, de revenir sur une décision sans paraître déchoir ou céder à la pression. Mais, il ne faut pas non plus que les projets s'enlisent dans l'indécision. Or la qualité des procédures dépend pour beaucoup de la pluralité des regards qui considèrent un projet, des valeurs et des contraintes partagées.

Le respect et la confiance

Des relations de confiance et de respect envers son interlocuteur, la mise en œuvre d'une véritable capacité d'écoute et d'attention constituent les bases d'une négociation de qualité à travers laquelle il convient systématiquement de rechercher et d'organiser de nouvelles formes d'équilibre des pouvoirs, ainsi que de s'interroger sur la gestion de l'information, sur les modes de délibération et de participation à la prise de décision.

Mécanismes et conditions d'une institution juste

Quelle est la place de l'institution dans la visée éthique ?

Le fait que l'engagement de chacun se réalise dans le cadre d'un espace collectif conduit à s'interroger sur la place de l'institution dans la recherche du « mieux possible pour tous », du « plus équitable ».

Paul Ricœur présente l'institution juste comme relevant du troisième moment de la visée éthique : la liberté à la troisième personne, celle qui renvoie à quiconque, celle vis-à-vis de qui il n'y a pas de sentiment, celle qui crée une médiation, qui permet d'élargir l'attention. Mais l'approche institutionnelle n'est pas juste en soi, elle renvoie au fonctionnement démocratique et au regroupement d'un ensemble de conditions préalables.

« Dans l'institution, et à travers les processus de distribution, la visée éthique s'étend à tous ceux que le face-à-face laisse en dehors au titre de tiers. » Paul Ricoeur

Quelques pistes fondées sur les réflexions qui viennent d'être exposées, sont apparues les plus significatives d'un juste fonctionnement de l'institution.

Quelles sont les conditions d'une médiation institutionnelle juste ?

En préalable à la recherche de ces conditions, il apparaît indispensable de bien mesurer l'aspect contraignant de l'environnement. Il existe une réalité économique à laquelle il convient de faire face en recherchant les moyens et les procédures qui permettent de prendre les meilleures décisions dans le sens de l'équité.

L'existence de règles de fonctionnement

Le cadre défini par « les lettres de cadrage » dépasse de plus en plus le simple point de vue technique et budgétaire pour donner des références de valeurs, des engagements et des actions clés recentrés sur la profession hospitalière et le service du malade.

En affichant des valeurs transversales à différentes professions, qui soient parlantes pour tous, elles peuvent être partagées par chacun.

L'information

Dans les organisations complexes, le traitement de l'information est une question démocratique essentielle. On doit pouvoir se donner les moyens de la connaissance (les données fiables), de la transparence et de la communication de l'information.

L'expertise

Se doter d'un regard pluraliste sur les problèmes hospitaliers fondé sur les expertises techniques. Associer à l'expertise des professionnels qui n'ont pas toujours la parole et qui ont des choses à dire sur le fonctionnement hospitalier.

Le débat

Permettre le fonctionnement démocratique en créant des espaces de débat où ces expertises contradictoires vont pouvoir s'exprimer.

La compétence des professionnels

Veiller à la compétence des professionnels, à l'exercice de celle-ci dans un champ de responsabilités bien défini, favoriser sa pérennité au moyen de formations...

Telles sont les pistes recensées favorisant une médiation institutionnelle juste.

La vertu de prudence dans l'exercice du choix économique à l'hôpital

J. Antonini, A. Barboteux, A. Bessière, P.-C. Cathelineau, S. Herson, H. Jacques, N. Jakobi-Rodrigues, M.-F. Maugourd, C. Singly (de), J. Vuidepot*

Fonder les décisions

Le groupe *Éthique des choix et Enjeux économiques* a été constitué en mai 1996 autour d'un projet commun : s'interroger sur la contrainte économique au sein de notre institution.

Freiner l'augmentation des dépenses en matière de soins, telle est l'intention fortement affirmée aujourd'hui par les pouvoirs publics. Notre système de santé coûte cher. Notre pays y consacre plus de 10 % de ses ressources. L'équilibre entre les dépenses et les recettes de la Sécurité sociale devient de plus en plus difficile à atteindre. Réduire ou du moins « maîtriser » le coût des soins paraît une perspective inéluctable.

À l'hôpital, cette orientation se traduit depuis maintenant plusieurs années par la multiplication des plans d'économies, la réduction des durées de séjour, l'invitation à fermer des lits ou des structures et à faire autant que possible la chasse à « l'inutile ».

Les considérations économiques tendent à prendre une part croissante dans les décisions. Au fur et à mesure que « la contrainte économique » se fait plus visible, certaines craintes s'avivent. Celle de réduire le sens de l'action à des préoccupations comptables. Celle, plus inquiétante encore, d'être conduit à refuser des soins au nom d'impératifs économiques.

Dans les deux cas, les hospitaliers peuvent se sentir aux antipodes de leur vocation ou de leur mission, assurer des soins de qualité pour tous.

Pourtant, les acteurs de l'hôpital sont également, en droit ou en fait, « comptables » des ressources que la société leur alloue. Les décisions prises et les résultats obtenus doivent convaincre que les sommes importantes investies dans le système de santé ne le sont pas au détriment d'autres besoins dont l'utilité sociale serait plus importante.

* Voir liste complète page 520.

Conscients de cette responsabilité, les membres du groupe *Éthique des choix et enjeux économiques* se sont efforcés, au travers de l'examen de leur pratique ou d'exemples tirés de l'actualité de l'institution, d'analyser ces enjeux. L'objectif, ambitieux, consistait à trouver dans l'approche éthique les voies permettant de mieux fonder les décisions que chacun d'entre nous est conduit à prendre.

Cette réflexion a suscité de nombreux échanges et des contributions très diverses. Deux d'entre elles sont présentées dans cette contribution. Elles illustrent, sans les résumer, les principaux thèmes débattus au sein de ce groupe.

L'article consacré à la notion de *prudence* chez Aristote relève de cette préoccupation. Le navigateur décrit par Aristote est celui qui parvient à garder le cap malgré la tempête, en d'autres termes celui qui préserve le sens de son action malgré les contraintes. Loin d'apparaître comme un exercice purement spéculatif, le détour par la philosophie renvoie aux préoccupations les plus quotidiennes de celui qui est conduit à agir. Le modèle de la *prudence* nous offre, en particulier, des clés pour comprendre comment un enchaînement de décisions en elles-mêmes raisonnables peut conduire à des résultats qui heurtent à la fois la rationalité économique et les considérations éthiques.

En effet, plus les ressources sont rares, plus il peut paraître moralement répréhensible de les utiliser en vain. Les préoccupations éthiques constituent alors un puissant renfort à l'exigence d'une gestion plus avisée.

Pourtant, la coexistence des valeurs éthiques et des contraintes économiques peut n'avoir rien de pacifique. Parce que la vocation de l'hôpital touche à l'une des valeurs les plus importantes de notre société – le respect et la préservation de la vie – ce conflit peut apparaître avec une particulière violence.

Certes, sous peine de n'être qu'une simple fiction, la requête éthique ne peut ignorer que la rareté existe, que les ressources ne sont pas indéfiniment disponibles. Pour autant, conduire une réflexion éthique ne se résume pas à succomber avec un « supplément d'âme » à ce qui est présenté comme inéluctable. La contrainte économique, ou donnée comme telle, doit parfois être « soumise à la question ». L'insolence peut être comprise comme un devoir éthique.

L'étude consacrée au prix du médicament contribue à cet exercice de discernement. Le prix de certains médicaments apparaît comme une contrainte forte pour les établissements hospitaliers. Cette situation est peut être considérée comme inévitable : il faut rétribuer la recherche pharmaceutique. Elle peut également conduire à s'interroger sur les modes de détermination du prix des médicaments et ses inadaptations : d'autres solutions sont concevables.

Dès lors, la contrainte s'impose comme enjeu décisif.

N.D.L.R. : les textes qui suivent ont conservé leur forme d'intervention orale.

La prudence et l'éthique de la décision selon Aristote : un modèle pour l'action hospitalière ?

Ensemble, nous avons durant près d'un an et demi mené une réflexion toujours intéressante, en nous appuyant sur la philosophie d'Aristote, la sociologie de Friedberg et des exemples concrets, afin d'esquisser une théorie de la décision applicable aujourd'hui dans l'hôpital.

La conception aristotélicienne de la prudence a été remise à l'honneur dans la pensée contemporaine par une personnalité qui a initié de nombreuses générations d'étudiants à la philosophie ancienne et qui est un maître dans son domaine : Pierre Aubenque, auteur d'une remarquable étude sur la prudence chez Aristote (*La prudence chez Aristote*, Ed. PUF) dont la lecture pourrait nous permettre de résoudre des problèmes actuels. Considérons de manière schématique différents aspects du modèle qu'il a si bien décrit ; ce modèle vaut comme idéal pour l'action.

La prudence : une disposition pratique

La délibération anticipe le choix

Pourquoi cette manière de penser l'éthique est-elle originale et qu'est-ce qui constitue son originalité ? Cet abord de l'éthique peut nous aider pour les questions qui se posent à nous en ce moment à l'hôpital. La tradition morale européenne a très peu tenu compte de la définition aristotélicienne de la prudence. Les philosophes français ont plutôt hérité de celle des stoïciens qui est plus connue.

On trouve par exemple cette définition de Cicéron. Qu'est-ce que la prudence pour Cicéron ? La science des choses à faire ou ne pas faire. Le bon sens a consacré cette définition : agir avec prudence, c'est savoir ce qui peut être fait dans l'action. Énoncée comme cela, la définition reste encore floue dans ses conséquences. Le problème de la prudence provient du fait que notre tradition morale n'y a vu qu'une dimension secondaire de l'éthique.

Pourquoi ? Elle a privilégié, d'une certaine manière à juste titre, une réflexion sur les principes moraux. Mais elle ne s'est pas aperçue que l'action pratique correspond à un certain type de vertu qui n'est pas nécessairement morale. Cette vertu n'exclut pas la référence à un bien réalisable, mais elle suppose d'autres qualités qui concernent la relation de l'homme à l'expérience concrète et à l'action. C'est cela qui constitue l'originalité d'Aristote dans le champ éthique, par rapport en particulier à son maître Platon, Aristote suit une méthode qui est assez familière. Il ne parle pas d'une science des idées abstraites. Il parle de l'usage commun, et il va essayer, selon l'usage commun de dégager une définition de la prudence. C'est

une définition très technique. Elle a rebuté les philosophes par la suite, alors qu'elle s'avère assez précise et juste.

On appelle *Phronimos* l'homme capable de délibérations, l'homme capable de bien délibérer. Aristote indique dans *l'Éthique à Nicomaque*, que l'homme ne délibère que sur ce qui est contingent, alors que la science ne s'intéresse qu'à ce qui est nécessaire. La prudence n'est pas une science, en tout cas pas une science exacte. Une deuxième distinction est importante : qu'est-ce qui distingue la vertu de prudence de la vertu morale ou éthique au sens strict ? La vertu morale ou éthique est une disposition concernant le choix moral : être capable de bien agir dans un but que l'on a choisi. Les exemples donnés par Aristote sont : se montrer magnanime, se montrer juste, etc., dans les circonstances variables de la vie.

La vertu de prudence

Si l'on s'en tient à l'expérience commune, il n'est pas facile de savoir ce que veut dire « réaliser un certain bien humain », par exemple dans le registre de la justice, et dans des circonstances données. Tout cela relève de la moralité ou de l'éthique au sens aristotélicien. Selon l'éthique aristotélicienne, il s'agit d'adopter une conduite de moyen terme entre deux extrêmes. Par exemple, le courage est un moyen terme entre la témérité qui est un excès, et la lâcheté. Il s'agit donc de savoir faire preuve, dans toutes les circonstances voulues, de telle ou telle vertu morale requise : être courageux, par exemple, ou être magnanime, ou encore être juste s'il s'agit de distribuer des biens. Mais c'est toujours le choix d'un moyen terme. C'est ce qui caractérise celui qui se conduit de manière morale.

Or, la vertu de prudence ne relève pas de cela, puisqu'elle ne ressort pas seulement du choix de réaliser un bien, même si le choix de réaliser celui-ci est compris dans la vertu de prudence. Alors de quoi s'agit-il ? Ce n'est pas une disposition concernant le choix moral mais une disposition concernant la règle du choix. La nuance est subtile, mais importante. En effet, du point de vue de la vertu morale, on se demande toujours si l'action fait preuve de rectitude ou de droiture, c'est-à-dire si elle répond à la réalisation d'un bien. Le terme de « moral » est utilisé ici dans le même sens que le terme d'éthique. Est-ce faire preuve de vertu éthique que d'être courageux dans une décision, dans telle ou telle circonstance ? Oui, puisque la vertu de courage dans l'adversité – prenons par exemple la guerre défensive, ou un affrontement quelconque dans la cité – réalise un certain bien humain. Ou encore est-ce faire preuve de vertu éthique que de donner à chacun selon ses mérites, c'est-à-dire être juste ? En effet il s'agit bien d'une vertu éthique. Mais ce n'est pas nécessairement faire preuve de prudence. Pourquoi ? Parce que l'on peut faire preuve d'excès en voulant accomplir la justice, une certaine conception de la justice. Cela s'est souvent vu. Aristote en critique certains travers chez Platon. La prudence est surtout une disposition pratique accompagnée de règles vraies.

Les règles vraies

Quelles sont ces règles vraies et en quoi consistent-elles ? La définition reste trop large et on ne voit pas très bien ce que veut dire Aristote par règles vraies. N'importe quelle vertu intellectuelle répond à cette définition. Mais l'on peut dire *a priori* que la prudence n'est pas une vertu morale, mais une vertu intellectuelle dans l'action, qui suppose de l'intelligence et du jugement.

D'un côté, il faut considérer ce qui est nécessaire, ce qui peut se produire. C'est la science qui s'en occupe. Une loi de la nature ne rend-elle pas nécessaire la chute d'une pierre lorsqu'elle est jetée en l'air ? D'un autre côté, il y a la contingence, c'est ce qui peut être autrement parce qu'aucune loi de nature n'en détermine à l'avance le champ. Et « autrement » par quel effet ? Par l'effet de l'action humaine. C'est là qu'agit la vertu de prudence. Il s'agit d'une vertu qui transforme la réalité humaine, et notamment les affaires de la cité, ou les affaires de la maison, ou celles de l'administration, ou encore de la médecine. Par ce raisonnement, Aristote en arrive à l'idée que la prudence n'est donc pas une science, qu'elle ne porte pas sur les choses nécessaires, et une question peut se poser dans le livre VI de l'*Éthique à Nicomaque* : est-elle un art ? Est-ce un art de vivre ? La prudence vise l'action (*praxis*) alors que l'art concerne la production (*poiésis*). Il n'y a pas de contradiction entre les deux, mais une différence de nature.

Ainsi, l'on va dire que la décision de construire un hôpital peut viser à la « production » de soins – encore que ce terme ne semble pas toujours approprié à une idée humaine des soins. Il n'en demeure pas moins que décider de le construire n'est pas exactement produire des soins. La décision se situe en amont de la production. Qu'est-ce que la prudence, si ce n'est pas un art ? C'est une disposition pratique.

L'homme prudent

Quelle est la norme qui permet de déterminer cette disposition pratique ? De quelles normes se sert-on ? Qu'est-ce que recouvrent les domaines de la contingence pour celui qui agit prudemment ? Quelle analyse peut-on faire de la décision de l'homme prudent ? Trois points seront examinés : la question de la bonne délibération, le choix et le jugement.

Au préalable soulignons qu'Aristote ne se pose pas la question de savoir quelle est la norme de la prudence, mais qui est la norme de la prudence ? Nous sommes vraiment loin de la dimension théorique et abstraite. La norme, c'est l'homme prudent. Aristote le dit dans l'*Éthique à Nicomaque*. La meilleure façon de saisir ce qu'est la prudence, c'est de considérer quels sont les hommes que nous appelons les prudents. C'est l'existence des hommes prudents qui permet de déterminer l'essence de l'homme prudent.

Première question : l'homme prudent est-il l'héritier du philosophe roi que Platon décrit dans la *République* ? Certainement pas, parce que le philosophe roi est le type d'homme qui a la science des Idées, qui est monté contempler ses Idées, et qui éventuellement se déplace pour redescendre dans la caverne, enseigner ses Idées. Les philosophes rois sont effectivement supposés détenir les notions universelles et abstraites dont l'homme prudent a besoin et donc détenir la science de la prudence. Aristote ne se prononce pas dans ce sens. L'homme prudent se trouve ramené à sa seule expérience, à son seul savoir-faire concret dans des situations concrètes. C'est le sens commun qui est capable de le déterminer. On peut s'accorder sur ce que signifie la prudence dans la Cité au-delà d'un raisonnement purement philosophique. Le personnage qui sert de critère à Aristote, c'est, dit-il, quelqu'un que tout le monde apprécie pour ses qualités de prudence. La référence à tout le monde est ici intéressante. Ce n'est pas celui que le philosophe consacre comme effectivement celui qui saurait ce qu'est la prudence, mais finalement c'est celui que le sens commun consacre comme étant *Spoudaios* : l'homme valeureux, l'homme de valeur. Il ne peut pas être confondu avec l'homme habile ou le démagogue qui peuvent obtenir les suffrages de leur entourage ou de la Cité, sans toutefois mériter le nom d'homme prudent. Nous verrons plus loin pourquoi.

Qualité et caractéristiques

Qu'est-ce qui caractérise l'homme prudent ? Il inspire la confiance par ses travaux, et on le prend au sérieux. La valeur du valeureux n'est pas seulement mesurée à l'aulne d'une valeur transcendante, la justice comme chez Platon, ou une idée de vérité ou une idée de biens, mais à la qualité de son jugement dans l'action. Cela ne signifie pas que ce jugement ne se règle sur aucune valeur. Le valeureux (le prudent) juge de chaque chose droitement et en chaque chose c'est le vrai qui lui apparaît. Le valeureux se distingue principalement en ceci qu'il voit le vrai en toute chose comme s'il en était la règle et la mesure. Nous observons ici l'inversion de la problématique platonicienne ; ce n'est pas la mesure, l'idée et la règle qui font le valeureux, mais c'est le valeureux qui juge de la règle. Pour déterminer la règle, il faut se fier au jugement de ceux qui savent le mieux les déterminer dans l'action.

Quelle est la qualité de l'homme prudent ? La qualité de l'homme prudent est cette faculté de saisir et de reconnaître les opportunités, pour une action donnée, dans une circonstance donnée. Cela signifie que celui qui est prudent a une certaine familiarité avec les affaires publiques liée à son expérience. D'où vient cette expérience ? Elle vient du talent propre du valeureux, à savoir son discernement et aussi de l'accumulation d'expériences particulières faites antérieurement. Est-ce une pure intuition ? Non. Pourquoi ? Il y a une accumulation d'expériences particulières qui font accéder cette vertu au statut de connaissance. C'est une connaissance

empirique. Elle semble supposer un certain talent préalable. Mais l'habitude de l'expérience peut faire naître l'aptitude, voire renforcer le talent. Il semble qu'il soit possible d'acquérir cette prudence.

Rappelons à ce niveau de la démonstration qu'il existe une différence entre l'homme prudent et l'homme habile. Elle est fondamentale. Il ne faut pas confondre, selon Aristote, l'homme prudent (*Phrominos*) et l'homme habile (*deinotès*) ou encore pervers. Qu'est-ce que l'habileté ? C'est la capacité de réaliser aisément ses fins. Quelqu'un qui réaliserait aisément ses fins serait-il nécessairement un homme prudent ?

Une fin étant donnée, cela veut dire être capable de combiner les moyens les plus efficaces pour réaliser cette fin. Le problème pour Aristote (*Éthique à Nicomaque*, livre VI, chapitre XIII), est que l'habileté est indifférente à la qualité éthique de la fin, c'est-à-dire à sa qualité morale authentique. L'habile se moque de savoir si les moyens qu'il utilise sont conforme au bien qu'il croit réaliser. L'habile ne cherche pas nécessairement à réaliser un bien et ne choisit pas des moyens qui sont conformes à ce bien. Si le but est noble, on peut dire que l'habileté est une capacité digne d'éloges, proche de la prudence, nous dit Aristote. Il suffit que le but soit noble pour qu'il représente une capacité digne d'éloges, encore que l'on ne s'interroge pas sur l'usage des moyens. On peut aussi avoir un but noble et utiliser des moyens pervers pour le réaliser.

La prudence, c'est l'habileté du vertueux au sens éthique de la vertu. Cela suppose non seulement la capacité de réaliser une fin éthiquement bonne – par exemple servir la cité selon la justice – mais aussi la capacité de choisir des moyens qui soient conformes à ce bien. On voit mal comment, voulant réaliser une forme de justice, on utiliserait des moyens injustes, mais c'est bien ce que pourrait faire l'homme habile. Il est clair que chacun saisit intuitivement la différence entre l'homme prudent et l'homme habile. C'est plutôt l'homme habile que la politique moderne à partir du *Prince* de Machiavel a, semble-t-il, consacré. Le problème de l'habileté n'est pas tant moral que pratique. C'est une conduite ordinaire qui fait souvent l'objet d'éloges. Mais comme la *virtu* de Machiavel est fondée sur la violence et la ruse, l'habileté a l'inconvénient politique d'entretenir l'état de guerre entre les citoyens, entre les pouvoirs à l'intérieur des institutions et entre les cités, comme le montre le *Prince*, la violence appelle la violence et la calomnie, la calomnie. Dans les cités machiavéliennes, les jugements que portent les uns sur les autres sont moins dictés par la prudence que par des intentions qui naissent de l'état de guerre civile. Ces jugements sont hostiles par habitude, méprisants par plaisir, xénophobes par principe. Il est manifeste que la politique du *Prince* n'est pas imputable à l'homme habile, mais à la logique d'un discours qui conduit à la guerre de tous contre tous. Le résultat de la logique ordinaire de la ruse politique est rarement intéressant. Beaucoup ont d'ailleurs vu dans l'œuvre de Machiavel la description anticipée de

la politique moderne, telle qu'elle se pratique effectivement dans les institutions et notamment Léo Strauss. En sortir n'est pas facile. En rédigeant l'*Éthique à Nicomaque*, Aristote montre que ce choix sera toujours possible.

Le choix

L'homme prudent est regardant dans le choix de ses moyens, parce qu'il y a des moyens qui viennent discréditer l'action qu'on réalise, même si le but qu'on veut atteindre est bon. Nous sommes loin de notre politique moderne. Il est évident que ce type de projet n'est pas admissible, parce que justement les moyens doivent être conformes au bien humain visé par l'homme prudent.

Ainsi, diviser pour régner, choisir des boucs émissaires, ne relève pas de la prudence mais de l'habileté. L'homme valeureux n'a pas à passer par des problématiques qui sont en contradiction avec sa valeur, même s'il peut lui arriver de se laisser entraîner par la ruse d'un adversaire. Il arrive certes qu'il adopte des comportements surprenants. Ainsi, vaut-il mieux pour sauver un bateau et ses hommes dans la tempête, jeter par dessus bord sa cargaison. La prudence peut dicter des conduites inhabituelles, dans des circonstances qui peuvent varier.

Quel est le domaine de la prudence ? Elle s'exerce dans le champ des choses contingentes. Il y a une autre notion qu'on associe toujours avec la prudence, c'est la notion de temps opportun (*Kairos*) – l'occasion, le temps opportun pour agir. L'homme prudent sait le discerner. Quand, comment, où et avec qui agir ? Outre la stratégie, il y a le choix du moment pour agir, avec qui, quand et comment ? Cela relève d'un talent qui n'est pas scientifique.

Revenons aux vertus morales. Aristote soutient une position très importante tout au long de l'*Éthique à Nicomaque* : les vertus morales supposent des situations. On n'est pas courageux dans n'importe quelle situation. Les vertus morales ne peuvent être définies que par rapport à des situations concrètes. Sans ces situations concrètes, personne n'a l'occasion d'en faire preuve. Il y a un type de situations propre à chaque vertu particulière.

Qu'est-ce que la prudence par rapport à cela ? Elle n'est pas une vertu située, cela constitue une première distinction par rapport aux vertus éthiques – on ne peut pas la situer précisément par rapport à une situation donnée. C'est une vertu qui se situe en amont des vertus morales, et la meilleure manière de juger des vertus morales consiste à voir comment le prudent s'en sort pour manifester ces vertus morales. Au fond, la condition *sine qua non* de l'expression des vertus morales c'est la prudence, c'est-à-dire comment le prudent peut finalement s'arranger pour être courageux dans certaines situations. Ce n'est donc pas une vertu située, c'est une vertu intellectuelle et elle concerne une infinité de situations éthiques.

La prudence ne s'exprime jamais mieux qu'à travers l'éthique, mais elle n'est pas elle-même éthique ; elle est la condition *sine qua non* d'une certaine manière de l'expression des vertus morales ; c'est leur condition en amont.

Les situations

Pour Aristote, il n'y a pas d'action sans situation. L'action a lieu dans une situation donnée, et est liée à des événements précis, singuliers et concrets. La caractéristique de ces événements humains, est que l'individu peut avoir sur eux une influence – ils peuvent être autrement qu'ils ne sont. La volonté humaine peut agir sur ces événements, les transformer et les infléchir. On n'est pas devant une série scientifique, à la manière des lois de la nature, alors que dans le champ de la vertu éthique et de la vertu de la prudence, on peut agir sur ces événements de telle sorte qu'il en soit autrement. Telle est la contingence. La contingence, c'est ce qui peut être autrement.

Considérons un exemple hospitalier. À l'hôpital, l'attribution de budgets différents à des services qui n'ont pas la même importance relève à la fois de la contingence et de la prudence. La distribution est établie selon des critères liés aux options de l'hôpital ; on voit bien se profiler la notion de justice distributive qui n'est pas nécessairement égalitaire. On donne à l'un pour qu'il remplisse tel objectif et à l'autre moins, parce que ses objectifs sont d'une moindre importance dans l'hôpital. Il y a aussi une appréciation qui relève de la prudence. On voit comment la vertu de justice suppose pour son exercice, une appréciation qui relève d'une vertu intellectuelle, c'est-à-dire la prudence.

La prudence va se manifester très clairement dans le choix des moyens mis en œuvre pour réaliser les objectifs que l'on s'est choisis dans des circonstances données. Si l'on s'est donné par exemple pour but de faire accepter par les acteurs un certain type de distribution, la prudence va se manifester par le choix des moyens utilisés pour la faire accepter. Comme on est dans le domaine de la contingence, le résultat de cette distribution prudente est au départ indéterminé. L'acteur ne sait pas comment les acteurs vont réagir. La contingence c'est l'indétermination. L'acteur agit, il ne sait pas s'il y aura réussite nécessaire au projet. Cela suppose toujours une incertitude, et donc de vouloir éliminer toutes les incertitudes, tout ce qui est inachevé dans la réalité, tout ce qui est indéterminé au départ. Comment ces incertitudes vont-elles resurgir ailleurs dans le système ? Cette maîtrise que nous voulons exercer sur un réel qui, par définition, échappe à toute maîtrise ne doit-elle pas se payer d'un certain prix ?

Le monde dans lequel les politiques et les administrateurs agissent est un monde où l'action dépend des hommes et des circonstances. C'est un monde qui offre une certaine latitude, comme le monde de la production et de l'art. Pourquoi ? Parce que le monde humain est inachevé et incertain.

Selon Aristote, le monde des actions humaines est entièrement dominé par la rencontre, *tuchê*, que l'on traduit mal par la notion de hasard. Il n'y a pas de connaissance scientifique de ce qui peut arriver de manière prévisible dans le champ de l'action. C'est ainsi que la notion de *tuchê* s'avère extrêmement forte chez Aristote. L'action humaine est marquée par la rencontre de l'incertain. L'action est toujours marquée par cette incertitude. Il y a une sorte de principe d'incertitude pour l'action.

Des pratiques vertueuses

Aristote nous invite à réaliser notre bien dans le monde par l'action. Il n'y a pas de conception absolue ou absolutiste de la vertu mais des vertus, dans des circonstances données, qui dépendent des événements et du temps. Il s'agit, pour être vertueux, d'agir dit-il, et c'est là qu'intervient la notion de *Kairos*, de la façon qu'il faut et quand il faut, ou à l'égard de qui il faut, en vue de la fin qu'il faut et de la manière qu'il faut (*Éthique à Nicomaque*, Livre V, chapitre V). C'est ce que l'on appelle le temps opportun, le *Kairos*.

Que dit Aristote pour en préciser le sens ? Il affirme que c'est aux acteurs eux-mêmes qu'il appartient de tenir compte de l'opportunité. Un exemple peut être donné : l'art de la navigation. Dans l'art de la navigation, il y a des moments où l'on peut faire route sans problème et il y a des moments où il faut saisir l'occasion, dans la tempête, de faire tout le contraire de ce que l'on ferait en période d'accalmie.

Dans l'art médical, c'est pareil : rien ne nous assure que les médicaments que l'on prend détermineront nécessairement la guérison. Il y a une dimension précisément d'appréciation, d'incertitude, même s'il y a une dimension scientifique qui la soutient. Ce que l'on peut dire, c'est que les circonstances particulières singulières vont être à l'origine de l'appréciation, par l'homme prudent, du temps opportun. Est-il bon ou non d'agir à ce moment-là ? Faut-il agir de la même manière avec telle personne ou avec telle autre ? Est-il bon de rencontrer telle personne et pas telle autre ? On peut dire que le temps opportun relève finalement la contrainte de la réalité. Les circonstances restreignent dans un sens notre liberté d'agir, notre décision, mais en même temps la volonté humaine doit vivre avec ces contraintes et c'est là que s'exerce la décision, et que l'on peut situer chez Aristote le choix du temps opportun.

Le temps opportun

Agir prudemment, c'est donc savoir choisir le temps opportun pour agir même si cet acte peut parfois paraître absurde ou irrationnel dans l'instant. D'où l'idée selon laquelle l'action dans l'urgence peut révéler à l'homme une connaissance particulière dès lors qu'il est prudent. Ainsi, à l'hôpital la décision d'opter pour tel ou tel

choix médical peut être très rapide. Dans tous les cas, toute initiative de l'homme prudent – en particulier dans la navigation et aussi dans les interventions médicales – comporte une part de danger et de risque. La seule question qui se pose à l'homme prudent est de savoir si le danger serait moindre que celui qu'encourrait le malade ou le navire si l'on ne faisait rien en temps opportun.

Cette conception de la prudence se rapporte à un problème de tactique : le choix des bons moyens. L'accent n'est pas mis sur la définition du bien mais sur la réalisation du meilleur possible. Nous ne nous situons pas dans le registre d'un bien abstrait qu'il faudrait à tout prix réaliser – un bien absolu – mais du meilleur possible ; faire en quelque sorte le mieux possible pour que les objectifs se réalisent effectivement. De ce point de vue, il semble que le modèle de la prudence aristotélicienne s'applique à l'hôpital, au sens où l'hôpital est une structure soumise à des contraintes organisationnelles et budgétaires qui vise le mieux possible l'arbitrage qui s'impose à ceux qui prennent des décisions, plutôt d'ordre tactique que d'ordre absolu. Ce qui compte, c'est sans doute la réussite pragmatique de l'action décidée entre plusieurs contraintes, sans toutefois que cette réussite procède nécessairement de l'habileté.

La bonne délibération

Trois points essentiels permettent de définir la décision de l'homme prudent et d'en faire l'analyse logique. Elle suppose deux temps successifs et une qualité. Ces deux temps successifs sont celui de la délibération et du choix. La qualité requise, avec la prudence, est le jugement. Ce qui caractérise l'homme prudent, lorsque l'analyse de la logique de l'action est réalisée, est qu'il s'avère capable de bien délibérer.

Sur quoi délibère-t-il et en quoi consiste la délibération ? Il délibère sur les situations qui arrivent fréquemment mais de façon telle que l'issue soit incertaine et qu'elle comporte de l'indétermination. On constate un lien étroit entre la délibération et le probable et l'incertain. En quoi consiste cette délibération ? Il s'agit d'une recherche qui consiste à choisir les moyens d'une fin posée, ce qui relève de l'ordre de la prévision : le prudent prévoit. Il est capable de prévoir les moyens, les effets de ces moyens.

Aristote distingue deux cas concernant le choix des moyens. Le premier cas ne pose aucun problème. C'est celui où la fin étant posée, il n'y a qu'un seul moyen pour la réaliser. S'il n'y a qu'une seule solution, il s'agit de la trouver et si nous ne la trouvons pas, nous n'avons qu'à nous en prendre à nous-mêmes. La mauvaise délibération n'est que la mesure de notre ignorance.

Considérons le second cas. Il y a plusieurs moyens pour réaliser une même fin. D'où vient notre embarras ? De la pluralité des voies qui s'ouvrent à nous. Aucune n'est telle que nous soyons assurés de son issue, et l'individu devra rechercher ce

qui est le plus rapide et le meilleur. Par exemple, la contrainte économique impose certainement un tel type d'embarras ; il y a plusieurs manières de distribuer de l'argent. Celui qui agit doit faire preuve d'une certaine rectitude dans l'action. Dans l'*Éthique à Nicomaque*, Aristote montre que la prudence suppose à la fois le caractère moral et aussi la durée optimale de la délibération, dans cette espèce de bonne volonté qui permet la délibération. C'est ce que lui reproche Pierre Aubenque : il y a plusieurs niveaux – dans la problématique de la délibération. Niveau pragmatique : de quels moyens utiles disposer pour quelles fins utiles ? – quels moyens moralement conformes à un certain bien humain, et quelles fins humainement bonnes. Dans la problématique aristotélicienne ce qui relève de l'utilité, se superpose ce qui est utile et ce qui est bon.

Tel apparaît ce qui succède à la délibération. Une dimension morale du choix ainsi qu'une dimension pratique existent. La dimension morale relève de l'engagement intime de ce que nous sommes et de ce qui fait notre valeur, notre mérite ou notre démerite. Il s'agit de la capacité que chaque être a de se fixer un but dans l'action ou dans sa vie et un but qui seul peut donner un sens à ses actions. C'est au regard du choix que se juge la responsabilité et au regard du jugement d'autrui que ce choix prend un sens. D'après le choix, on est effectivement jugé. On observe une certaine indétermination dans les choix que nous faisons. Intervient aussi l'idée selon laquelle l'homme habile a au fond deux possibilités : il peut par habitude être habile et endurcir son habileté. Mais il y a toujours la possibilité – y compris pour l'homme habile – dans le choix qu'il fait de devenir plus prudent.

Le choix est un désir, et ce qui caractérise la dimension correcte du choix c'est finalement son efficacité. L'exemple d'Aristote est tiré de la médecine. « Nous voulons être en bonne santé, nous faisons les bons choix quand nous choisissons les moyens de l'être. » Ici, le caractère bon du choix est moins moral qu'utilitaire et technique. On juge un homme non pas sur ses intentions morales, sur ses vertus supposées mais sur ses actes (*Éthique à Nicomaque*, Livre II, chapitre XI). On constate là une certaine ambiguïté chez Aristote. D'un côté, il accorde une certaine valeur à l'intention morale pour juger l'habileté, et de l'autre, on trouve chez lui finalement plus d'importance conférée à la notion non pas de choix guidé par l'intention morale mais de ce que l'on appelle la préférence pragmatique, la préférence donnée à l'utile. Pierre Aubenque a mis en relief cette ambiguïté.

Le jugement

En quoi consiste le jugement ? Il s'agit du choix des bons moyens en temps opportun, pour de bonnes fins et d'une manière efficace. Cette perspective est à la fois marquée par l'éthique et par une vision pragmatique qui condamne la délibération infinie. On ne peut pas effectivement faire le bon choix si l'on pèse indéfiniment les raisons d'agir. On voit là que la prudence ne se situe pas du côté de la démon-

tration et comporte une part de saisie immédiate. On constate une certaine lenteur de la réflexion mais toutefois une immédiateté du coup d'œil, également une minutie et en même temps une inspiration – quelque chose qui n'est pas de l'ordre de la rationalité proprement dite. Une espèce de balancement existe entre la lenteur et la promptitude.

Qu'est-ce que désigne le jugement ? D'abord le jugement dans le sens où l'on dit en français que quelqu'un a du jugement. Ce n'est pas le cas de l'homme de science à proprement parler, car l'homme de science peut ne pas savoir appliquer ses règles scientifiques à ce qu'il observe concrètement, notamment en médecine. Ce n'est pas quelque chose de l'ordre du démontrable, c'est plutôt la reconnaissance des limites de la science qui fait la valeur intellectuelle et morale de l'homme de jugement. Comment Aristote définit-il cela ? Le jugement c'est la détermination correcte de ce qui est équitable dans l'action. Un exemple tiré de la gestion de l'administration de la cité : l'homme équitable est celui dont nous disons le plus qu'il est indulgent. *L'équité n'est rien d'autre que d'avoir de l'indulgence pour certaines choses.* Il y a finalement une dimension dans l'exercice du jugement prudent. Pour ce qui concerne l'administration de la cité, il y a une dimension d'équité et d'indulgence dans le jugement : être capable de mesurer son évaluation, de la pondérer et d'apprécier les forces en présence.

Quel sens donner à « avoir du jugement » ? Pour Aristote, c'est vivre dans un monde imprécis et contingent, ne pas chercher à imposer la justice radicale des nombres, cela suppose une certaine mesure des limites de nos certitudes, et de notre partielle imprudence.

Pour conclure, il est possible de mettre en évidence les critères qui donneront à la prise de décision ses traits de prudence et en particulier à l'hôpital. Elle exclut *a priori* l'habileté. Elle se fonde sur l'accumulation des expériences pratiques. Elle saisit l'occasion, le temps opportun pour l'action avec promptitude. Elle est aussi le fait d'un individu agissant qui assume ses actes et en mesure les limites. Les exemples que nous avons étudiés durant l'année dans notre groupe pourraient servir d'illustrations à cet exposé.

Transformer les limites de la contrainte économique : un exemple le médicament

Les enjeux économiques

Si les contraintes économiques étaient perçues comme des données purement financières coercitives, elles seraient rejetées ou contournées ; l'efficacité comptable aboutit alors à une régression des enjeux de qualité des soins.

Définir les enjeux économiques, c'est d'une certaine façon aller contre l'opacité des contraintes réelles ou supposées, et contre l'opacité des choix imposés sans alternative.

L'apparence d'une absence de choix politique peut entraîner, chez les acteurs de soins, un refus de participation. Le soignant considérerait la réflexion sur la décision ou même les thèmes du débat de santé, comme « hors du champ » de sa compétence ou de sa responsabilité.

« La santé n'a pas de prix »

La prescription a une incidence sur le coût des dépenses de santé en médicaments. Y a-t-il une fatalité du prix du médicament et alors une futilité à rechercher l'économie par la limitation de la prescription ? Le monde hospitalier a-t-il des arguments pour revendiquer d'être l'un des acteurs de la fixation du prix des médicaments ?

Le prix des médicaments utilisés au cours des maladies « sensibles » (sida, Alzheimer, cancers, hépatites, etc.) est élevé. Une limite au coût d'un traitement est-elle acceptable ? L'absence de limite de prix d'un médicament est-elle supportable ? Le rapport pour la santé bénéfice/coût peut-il être réévalué périodiquement ?

Le principe selon lequel « la santé n'a pas de prix », est parfois affirmé comme le garant de la qualité des soins. Le médicament lui a un prix, qui est régulé par la loi du marché.

Ce phénomène est particulièrement perceptible lorsqu'une enveloppe budgétaire par pathologie existe. L'enveloppe peut permettre, par la volonté qu'elle affirme, d'apporter un meilleur soin à une pathologie émergente coûteuse. À l'inverse, elle peut étrangler toute innovation, si une décision extérieure « contingente », impose dans un cadre pré-contraint des redistributions non concertées.

La fixation du prix d'un nouveau médicament suit différentes étapes. La Commission d'autorisation de mise sur le marché (AMM) évalue l'efficacité du produit et l'importance de ses effets secondaires indésirables. La Commission de transparence a un rôle d'appréciation du service médical rendu (ASMR), c'est-à-dire qu'elle positionne ce nouveau médicament dans la pharmacopée, entre « bénéfique thérapeutique majeur » et « amélioration de la qualité de vie assez médiocre ». Cet avis sur « l'appréciation du service médical rendu » aura une incidence importante sur la détermination du prix.

Les conditions de mise sur le marché

Les questions posées à la Commission d'AMM et à la Commission de transparence sont différentes. Pour la première, on veut la certitude d'une efficacité au prix d'une

toxicité acceptable. Pour la seconde, il faut positionner la nouvelle molécule, par rapport aux traitements existants dans la même maladie.

Cependant paradoxalement, les études à partir desquelles sera apprécié le service médical rendu, sont souvent les mêmes que celles qui ont permis l'obtention de l'AMM. Ceci à la fois pour des raisons de décisions chronologiques rapprochées et parce que les essais comparatifs, entre molécules de même classe ou d'indications équivalentes, sont difficiles.

Le prix des médicaments, est fixé à la suite de discussions dans le cadre du Comité économique, entre l'administration, à un haut niveau de l'État, et l'industriel. À ce stade, les données économiques peuvent prévaloir sur la réflexion médicale et scientifique à long terme.

Les enjeux politiques

Les firmes ont de plus en plus une dimension internationale. Les enjeux politiques sont à la fois locaux (emplois dans une région, dans un pays), mais aussi de plus en plus souvent multinationaux (enregistrement européen, appréciation du volume de marché par continent). Le partenaire soignant – administration ou médecin – a un rôle très restreint, dans ces discussions.

L'impact médiatique

Les différents groupes intéressés exacerbent alors leurs pressions à travers des débats médiatiques. Les agences de presse diffusent souvent des résultats, avant les communications scientifiques. Les associations de patients inquiètes, peuvent se transformer en associations de consommateurs et en lobbies. La diffusion d'une information émotive tronquée ou biaisée, du risque de pénurie de certains médicaments, ou du risque de « rationnement des soins », entraîne une réaction émotive. L'enregistrement sur la seule présomption d'efficacité peut empêcher la démonstration d'une preuve d'efficacité. L'information et la formation des patients à la connaissance de la réalité de l'efficacité des thérapeutiques, doit enrichir ce débat.

L'impression « d'état d'urgence » est souvent avancée comme une contrainte éthique évidente. L'accès précoce aux médicaments – dit accès compassionnel –, doit être conditionné à la décision d'une autorisation ultérieure, en fonction de l'efficacité prouvée et du bénéfice avéré. Il s'agirait d'une admission conditionnée à des essais comparatifs, dans des indications précises avec preuve d'efficacité et dans des volumes donnés. De même la hauteur du prix accordé, doit être en rapport avec les bénéfices réels avérés et non en proportion des espoirs soulevés.

Les conditions d'enregistrement d'une molécule nouvelle destinée à un nombre large de patients, sont lourdes et par là longues et coûteuses. Les patients, les exé-

cutifs politiques condamnent cette lourdeur. Les exigences de l'enregistrement sont cependant le meilleur garant de la sécurité du produit. La survenue d'effets secondaires inattendus, consécutifs à une mise sur le marché trop précoce, serait à juste titre condamnée par le pouvoir législatif.

La présomption d'efficacité

Il y a un antagonisme entre le temps nécessaire et le temps acceptable. Un essai trop précocement conclu peut aboutir à une incertitude durable sur l'efficacité, situation réellement inacceptable. La négociation précipitée d'un prix, sur une présomption d'efficacité dans un groupe de patients mal défini, avec des volumes de médicaments imprécis, ne va pas dans le sens d'un meilleur soin.

Ce constat schématique, peut paraître intolérable aux prescripteurs ou aux payeurs : l'administration hospitalière et l'assuré social. Doit-on admettre que les enjeux nous dépassent ? Qu'ils sont « hors du champ » de notre pouvoir de choix et même de réflexion ?

Peut-on au contraire envisager à notre niveau d'influer sur les choix et de transformer les contraintes en enjeux ?

La place des essais thérapeutiques

Le prix initial donné aux médicaments reste fixe dans la plupart des cas. Une évolution de ce prix pourrait être envisagée lors de réévaluations régulières, après l'obtention de l'AMM. Ces réévaluations de prix se justifient pour plusieurs raisons. L'appréciation réelle du service médical rendu, devient plus précise au fur et à mesure du recul de la durée d'utilisation – cette évaluation correspondrait alors à une ASMR à long terme.

Des essais thérapeutiques peuvent par exemple, montrer une différence significative de mortalité à six mois, qui ne se confirmera pas à deux ans, et même s'inversera, et cela après l'obtention de l'AMM. Pour ce même produit, de nouvelles indications, dans de nouveaux groupes de patients, peuvent apparaître et faire l'objet d'extensions d'AMM. Il s'en suit un élargissement important du nombre de patients traités et du volume de prescription.

Les essais thérapeutiques comparatifs, entre médicaments d'indication équivalente, sont en nombre très limité au stade de l'obtention d'AMM. La réalisation d'essais comparatifs en cours de phase IV est rare et difficile à organiser par les firmes.

Les partenaires

Les structures hospitalières ont la possibilité d'initier et de faire aboutir de tels essais.

Elles sont prescripteurs et payeurs de volumes de médicaments importants et représentent le lieu des essais précoces de médicaments avant leur obtention d'AMM. Les pharmacies centrales de ces hôpitaux n'ont pas vocation à être de simples centrales d'achats.

Le choix de la collaboration

Ces initiatives et ces actions hospitalières doivent être menées en collaboration avec les organismes comme l'Agence française du médicament et les Caisses d'assurance maladie. Le partenariat avec les firmes est indispensable. Des cultures et des enjeux peuvent sembler spécifiques à ces différentes institutions. La cohérence des objectifs doit permettre des partenariats équilibrés.

Les firmes pharmaceutiques sont à l'origine de la découverte des molécules, elles supportent les développements pré-cliniques et cliniques très coûteux. La vente du médicament doit couvrir le coût de production, l'effort d'investissement, dégager une marge bénéficiaire et permettre d'entreprendre les recherches pharmaceutiques sur d'autres molécules. Le plus grand danger serait que soient stérilisées ses possibilités de recherche, dans des secteurs où la découverte de médicaments nouveaux, « innovants », est fondamentale.

Le maintien de cette potentialité passe par l'acceptation réciproque de la définition d'un « juste prix ».

La formation à la prescription

Les comités locaux ou centraux des médicaments, les comités des antibiotiques et antiviraux constituent sûrement des éléments de formation des prescripteurs, d'encadrement à la prescription, susceptibles d'améliorer la qualité des soins. Dans ce domaine, la réflexion sur l'évaluation de nos pratiques doit permettre d'éviter un encadrement comptable de la prescription qui serait difficilement acceptable et sûrement délétère à la qualité des soins.

La formation à la prescription dépend actuellement de l'université et du monde hospitalier. Quel rôle souhaitons nous accorder à la visite médicale ?

La transcription exclusive de cette contrainte économique en terme budgétaire est perçue, pour les acteurs de santé, comme une perte du sens de leur action en matière de soins, et de leur rôle dans la société. Transformer cette contrainte en enjeu devient une nécessité.

Conclusion

Maîtrisée, la dimension économique devient un enjeu. À un niveau général, elle conduit une société à déterminer quelles ressources elle est disposée à consacrer au financement social des soins.

Au niveau du système de santé, la dimension économique constitue un outil pour éclairer nos décisions internes de partage de ressources, à l'AP-HP entre ses hôpitaux, dans un hôpital entre les différents services.

Les Ordonnances d'avril 1996 ne résoudront pas tout, mais elles donnent l'opportunité de réfléchir et d'agir autrement

Nous devons repenser notre système d'organisation pour négocier prix et budget, mais surtout pour décider. Agir autrement, c'est donc :

- 1 – discuter des arbitrages afin de mieux décider ;
- 2 – utiliser les outils à notre disposition : les textes et leurs fondements. Élaborés en grande partie en concertation avec les professionnels, les textes nous proposent des pistes : participation, évaluation, recherche de la qualité et de la sécurité, planification, etc.

En dehors de toute polémique, il y a là de toute évidence, matière à dégager des marges de manœuvre encore insuffisamment exploitées.

Au travers de ces pistes, l'exigence demeure toujours la même : accepter le changement et penser autrement, sortir de son service, de son établissement, de l'AP-HP, voire du système hospitalier *stricto sensu* afin d'améliorer la qualité et la pertinence de son activité et en même temps, de revendiquer le droit à l'expérimentation que prévoient ces textes ;

- 3 – associer chacun pour favoriser une bonne délibération et des interactions ;
- 4 – décider : il faut quelqu'un pour s'engager (l'homme prudent ?) ;
- 5 – faire « vivre » ses décisions et celles prises précédemment par d'autres.

À perdre la mémoire des projets longs, on ne peut plus restituer le sens des décisions à ses auteurs, ni même permettre une relecture de ce sens pour le reprendre si ceci devient nécessaire.

Le changement demeurant l'enjeu principal pour l'hôpital, la seule issue possible pour s'adapter et garantir la qualité de l'activité, doit insister sur :

- la réflexion menée en commun afin de conserver ou de valoriser la motivation, la confiance en soi et envers les autres ;
- un délai important de maturation ou du moins le temps nécessaire à respecter pour améliorer la qualité de ce processus de décision ;
- l'évolution de l'AP-HP pour que chacun se sente partie-prenante d'un véritable projet de soin cohérent et reconnu, que chacun retrouve le sens de son action, sa place et son rôle dans la société.