

# LOI ET SYSTÈME HOSPITALIER

## AUTOUR DE LA NOTION BUDGÉTAIRE

DOMINIQUE CAPPELLI\*

Une approche de la notion budgétaire au travers du système hospitalier ne doit pas seulement se fonder sur une vision technicienne purement didactique et professionnelle : elle s'inscrit avant tout dans la prise en compte de mécanismes plus généraux qui autorisent une compréhension différente du ressenti hospitalier dans une époque où la maîtrise des dépenses de santé est prégnante, où l'hôpital public est désigné comme l'un des principaux, sinon le principal responsable des dérives financières enregistrées par l'assurance-maladie.

Elle conduit aussi à rechercher une cohérence de l'action à un moment où se mettent en place de nouveaux instruments de régulation, où ce qui hier pouvait paraître chaotique s'intègre aujourd'hui et amende une architecture plus pertinente du système même si cette construction n'apporte pas la satisfaction universelle d'intérêts hospitaliers plus ou moins particuliers. Dans ce cadre, le budget n'est que la résultante d'un processus antérieur plus complet où prédominent l'intérêt général des usagers et l'intérêt collectif du service public hospitalier. A une logique individualiste où le budget permettait "à l'établissement de remplir les missions de service public prévues à l'article 2<sup>1</sup> de la loi.70.1318 modifié du 31 Décembre 1970, compte tenu de ses objectifs médicaux et de ses propositions d'activités"<sup>2</sup> prend place une logique plus collective et planifiée : "acte par

143

---

\* Licenciée en Droit Public. Lauréate de la Faculté de Droit de Dijon DEA d'Economie des ressources humaines. Doctorat de 3<sup>è</sup> Cycle en Economie de la Santé. Diplômée d'Administration Hospitalière. Directeur d'Hôpital.

1 Article 2 - Loi du 31 Décembre 1970 (Chapitre I du Service Public Hospitalier Section I - Dispositions Générales)

Article 2 - Le service public assure les examens de diagnostic, le traitement, notamment les soins d'urgence -des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel .

De plus, le service public hospitalier:

-concourt à l'enseignement universitaire et post-universitaire médical et pharmaceutique et à la formation du personnel paramédical

- concourt aux actions de médecine préventive dont la coordination peut lui être confiée

- participe à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire

2 Article 5 - Décret n° 83-744 du 11 Août 1993 portant réforme du financement et de la gestion des établissements hospitaliers et des établissements sanitaires sous compétence tarifaire de l'Etat

lequel sont prévues et autorisées ses recettes et dépenses annuelles” le budget détermine “les dotations nécessaires à l'établissement pour remplir les missions *qui lui sont imparties*, dans le respect du projet d'établissement et en fonction notamment des objectifs et des prévisions d'activités présentés dans le rapport d'orientation prévu par l'article L 714-6”<sup>3</sup>.

### *Le paradoxe hospitalier*

La situation de l'hospitalisation publique apparaît paradoxale à plusieurs niveaux si l'on se rappelle que depuis le décret N° 83\_744 du 11 Août 1983 les dépenses hospitalières publiques et assimilées ont été encadrées par la mise en œuvre d'un budget global de fonctionnement assorti d'un financement par dotation globale. Les masses financières des établissements hospitaliers publics ont été jugulées dans leur développement par l'existence d'un taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières, taux arbitré au niveau national entre les Ministères du Budget et des Affaires sociales. C'est le fondement d'une maîtrise comptable des dépenses hospitalières. Dès lors une première interrogation s'impose d'elle-

<sup>3</sup> Article R 714-3-7 du Code de la Santé Publique

Il est à noter par ailleurs la différence sensible de rédaction dans la législation actuelle (article L 71 1-3 du Code de la Santé Publique): «le service public hospitalier exerce les missions définies à l'article 711-1 et, de plus, concourt

1) A l'enseignement universitaire et postuniversitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique dans les conditions prévues par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 Décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale;

2) A la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers;

3) A la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique;

4) A la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel médical et à la recherche dans leurs domaines de compétence;

5) Aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination;

6) Conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente.

Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires.

Cette énumération limitative et partagée avec d'autres professionnels constitue la spécificité des missions du service public. Conformément à l'article L 711-2 du Code de la Santé Publique, l'objet des établissements de santé publics ou privés est identique.

Les établissements de santé publics ou privés, ont pour objet de dispenser:

1) avec ou sans hébergement:

a) des soins de courte durée, ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie

b) des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion;

2) des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

même : le taux annuel de progression des dépenses inférieur au taux réel d'inflation constitue-t-il par rapport à la progression des cotisations sociales une différence telle qu'elle induise une part proportionnellement grandissante de l'hospitalisation publique au sein des dépenses de santé<sup>4</sup>.

La consommation des soins hospitaliers dans le secteur public passe de la période 1970-75 à 1990 :

- en valeur : de 20,6 % à 5,4 %
- en prix : de 10,3 % à 3,4 %
- en volume : de 9,4 % à 2 %

Les évolutions de paramètres simples sont très évocatrices :

	1983	1985	1990
Taux directeur	8,6 %	5,2 %	2,8 %
Taux Inflation (INSEE)	9,3 %	4,7 %	3,4 %
Part Hospitalisation publique dans la consommation de soins et biens médicaux	41,3 % (1980)	39,4 %	35,9 %

145

Ces quelques chiffres mettent en évidence que la part hospitalière publique décroît en importance relative dans le total de la consommation sanitaire, les taux d'inflation enregistrés en régression restant néanmoins supérieurs à l'évolution des allocations hospitalières.

Cette approche au niveau français ne doit cependant pas masquer d'importantes disparités interrégionales tout comme des situations très variées en fonction des catégories d'établissements. Il en est ainsi des constats entre établissements à vocation régionale et établissements antérieurement qualifiés de généraux.

La consommation relative de soins hospitaliers pour ces deux types d'établissement passe entre 1980 et 1992 de 27,9 % à 26,2 % pour les CHR, de 29,6 % à 30,2 % pour les autres établissements hospitaliers (hors CHS).

<sup>4</sup> Situation de l'ensemble des régimes de Sécurité Sociale - Evolution 1993-1995. Ressources : +10,62% - Dépenses : +10,56% ; Solde négatif : +9,04%.

	Montants (en millions de francs)		Evolution en pourcentages annuels moyens	
	86	90	86	90
CHR (29 dont AP) 108 200 lits	51 078	61 968	5,3	5,3
CH (931 toutes tailles confondues hors psychiatrie) <sup>5</sup>	58 882	69 263	5,0	5,3

Cette situation particulièrement déséquilibrée met en évidence l'impossibilité d'appréhender de manière monolithique le système hospitalier, de jeter une anathème collectif sur les établissements hospitaliers publics. Tous les discours convergent aujourd'hui pour reconnaître :

– d'une part que l'application aveugle de taux directeurs uniformes à conduit à renforcer les inégalités entre établissements où les bénéficiaires des effets multiplicateurs de crédits dans le système antérieur de prix de journée ont conforté leur position tandis que la plupart des autres établissements dont la base budgétaire était calculée au plus juste se sont appauvris considérablement ;

– d'autre part que l'un des problèmes majeurs des hôpitaux est celui d'une modernisation et d'une rationalisation de leur organisation interne en vue d'une gestion optimale. Dans ce cadre, notamment, devraient être discutés en procédure ascendante les objectifs par service qu'il s'agisse d'activité ou de rationalisation des consommations et des productions d'actes. Cette démocratie en terme de contrats internes d'objectifs est reprise dans une approche externe dans le cadre du Haut Comité de la Réforme hospitalière mis en œuvre en juin 1995.

Enfin la trésorerie des hôpitaux a eu à subir les effets de l'application de la dotation globale, qui, quelles que soient les dénégations à cet égard se traduit par la suppression de deux mois de trésorerie entre 1985 et 1986 (facturation de la journée complémentaire) et l'allongement du paiement du douzième de dotation conformément à l'arrêté du 28 Octobre 1991 repris par l'arrêté du 27 Septembre 1994 (60 % de l'allocation le 25<sup>ème</sup> jour du mois, 15 % le 5<sup>ème</sup> jour du mois suivant et 25 % le 15<sup>ème</sup> jour du mois suivant).

<sup>5</sup> Soit 145 600 lits en Centres Hospitaliers (206 Etablissements), 101 250 lits en hôpitaux (296 Etablissements), 52 550 lits en hôpitaux locaux (336 Etablissements), 16 210 lits en Centres de Moyen et Long Séjour (93 Etablissements) représentant au total : 316 210 lits.

Cet allongement des délais de versement de la dotation, représentant environ 90 % des recettes des établissements, induit une situation difficile face aux échéances obligatoires inhérentes, notamment, aux revalorisations issues de la mise en œuvre des différents protocoles salariaux ayant affecté la fonction publique hospitalière. Les disponibilités représentent environ 16 jours de fonctionnement sur l'échantillon de référence de 124 établissements établi par la Fédération Hospitalière de France, la mise en œuvre avant financement effectif des mesures salariales aboutit non à une gestion de trésorerie à flux tendu mais à une réelle situation de trésorerie négative. Allongement des délais de versements, allongement des délais de réajustement des dotations budgétaires, évolution importante des admissions en non valeur -les créances irrécouvrables représentant pour les hôpitaux 1,1 jour de fonctionnement malgré une généralisation de la couverture sociale- contribuent à renforcer en effet-miroir pour les créanciers ordinaires l'idée que les établissements hospitaliers sont mal gérés.

A partir de ce constat, il peut être rappelé :

- que la philosophie sous-tendant la mise en place du budget global par le décret du 11 Août 1983 a été totalement oblitérée au seul profit des instruments externes de contention budgétaire : la réforme de la gestion n'a pas accompagné, voire mieux, précisé cette novation financière :

- absence d'analyse des écarts budgétaires de réalisation (effets gestion - effets inflation)
- absence d'analyse de la situation des établissements au moment de la mise en œuvre de la réforme du financement

- la disparition quasi-totale de la comptabilité analytique hospitalière face aux difficultés de mise en œuvre des arbres analytiques, fondements de la "matrice organisationnelle" (*J. de Kervasdoué*).

A titre d'exemple, la Circulaire du 14 Septembre 1982 relative à la mise en place d'un fichier de structure commun aux différentes applications informatiques hospitalières préparait explicitement trois grandes réformes :

- Budget global<sup>6</sup> ;
- Départementalisation (organisation interne des établissements par suppression des services) ;
- Comptabilité analytique avec prémices du PMSI.

Cet algorithme n'a pas été suivi : inertie et oppositions ont entravé cette dynamique. Il est nécessaire de souligner que cette accélération réglemen-

<sup>6</sup> A la même époque la Fédération hospitalière de France proposait la notion de budget éclaté comportant financement de l'activité, financement des services logistiques et de l'infrastructure, toutes questions qui se posent aujourd'hui dans une approche financière réelle.

taire des années 1980 en vue de satisfaire l'un des objectifs de la loi du 31 Décembre 1970 portant réforme hospitalière "assurer une meilleure utilisation des moyens financiers et des facteurs de production de ce secteur" a représenté sociologiquement un évènement fondant une dichotomie entre les versants intellectuels représentés par les textes et les versants pratiques d'une gestion au quotidien.

En matière de réforme hospitalière, les effets diachroniques sont en général pénalisants. La loi du 31 Décembre 1970 n'a pas été accompagnée strictement au plan institutionnel d'un véritable cadre de droit, vidant en quelque sorte ce texte d'une partie de son contenu ; en effet le rapport du Conseil d'État sur "la réforme des Établissements publics" remis le 4 Mars 1971 à Monsieur le Président de la République donnait l'ensemble des axes de modernisation nécessaires à la mutation de la gestion de ces structures juridiques, mutation en adéquation avec l'environnement économique de l'époque :

- **pour une plus forte impulsion gouvernementale** par définition par l'État de la politique que devra suivre l'établissement public ;
- **pour une gestion plus libre et plus efficace des établissements publics ;**
- **pour une meilleure appréciation des résultats et une définition plus précise des responsabilités**, notamment par un renforcement des contrôles de résultats.

148

Ces différentes orientations reprises dans le cadre de la loi du 31 Juillet 1991 s'appliquent désormais dans un contexte radicalement différent où la maîtrise des dépenses de santé rend périlleuse la définition précise et opposable d'une politique de santé, en fonction par ailleurs de la labilité des mentalités face aux attentes potentielles portées à ce secteur public.

La mise en œuvre de différentes évolutions comptables a été parallèlement conditionnée par la rénovation du plan comptable général et sa déclinaison au niveau hospitalier. A ce titre, les tenants de l'hôpital-entreprise n'ont pas approfondi leurs thèses en renforçant l'utilisation de la comptabilité bilantielle dans les établissements hospitaliers. Aussi n'est-il pas rare qu'une comptabilité budgétaire saine ou apparemment saine - car incluse dans les contraintes d'évolution nationale - n'aboutisse à une comptabilité de bilan en état limite. En effet un des artifices courants pour maintenir le cadre précontraint des dépenses d'exploitation consiste à allonger la durée des amortissements, voire dans les cas les plus extrêmes à les supprimer ; il en résulte des affectations profondes des rapports actifs-passifs comme des taux de renouvellement (vétusté des immobilisations, intensité capitalistique par malade ou par lit...), qui, alliés à une trésorerie le plus souvent péjorative, ajoutent aux difficultés structurelles des établissements hospitaliers.

Le système tel qu'il est ressenti par nombre d'entités hospitalières ressemble à un énorme cercle vicieux, un **diallèle** où pour tenir au sein des obligations budgétaires, des arbitrages sont réalisés qui conduisent pour beaucoup à une paupérisation progressive et continue. A côté de cette pratique en matière de dotation de renouvellement aux investissements, les artifices le plus courants s'analysent :

- en des reports de charges sur l'exercice suivant, des reports dont le rythme et le volume ne peuvent que s'amplifier au regard des modes actuels d'accès à l'hospitalisation et de l'évolution des pathologies traitées ;

- en des transferts de comptes où les crédits d'entretien ne couvrent que les indispensables contrats biomédicaux au détriment des effets inexorables du temps sur les structures ;

- en l'utilisation des crédits inhérents à la prime de service du personnel (ne pouvant représenter qu'une ponction unique et isolée menant à une anticipation de consommation de crédits...);

- en la neutralisation de certains postes de l'effectif théorique du personnel au détriment de la qualité des soins.

Ces techniques relevant de l'expédient aboutissent certes à donner l'impression que les crédits budgétaires ne sont pas dépassés mais à quel coût institutionnel pour les structures concernées ?

Ce constat peut apparaître extrême, relevant d'une vision catastrophiste ; il n'en reste pas moins qu'il constitue la réalité au quotidien de nombreux établissements hospitaliers, "sous réserve des disparités régionales, des composantes historiques des institutions ainsi que de leur statut juridique".

149

A l'inverse, certains établissements ont pu bénéficier par effet masse, d'un enrichissement continu, remarquable par la dotation à différents comptes de provisions. Toutefois, l'origine de ces fonds doit être soigneusement vérifiée car ils peuvent en partie provenir de la dévolution tardive de crédits jusque, et y compris, sur l'exercice suivant au mépris du respect des règles d'annualité budgétaire. Enfin, certains hôpitaux bénéficient d'un émargement sur un fonds pour Etablissements hospitaliers gravement déficitaires, cette situation itérative pour certains les met à la marge de toute maîtrise budgétaire.

Les taux volontairement structurants tels que présentés par les circulaires budgétaires n'ont que partiellement atteint leurs objectifs en terme de conversion et de fermeture de lits ou de coopération interhospitalière. Plus les établissements se sentent menacés, plus ils tentent de conforter leur situation ou de faire accroire à leur vitalité. Plus les établissements sont validés, plus les structures sont en équivalence économique, plus les possibilités de collaboration et d'aménagement se dessinent volontairement. Le syndrome de névrose obsessionnelle existe réellement et il serait utopique de le négliger. Ce syndrome ne peut être qu'aggravé au vu du

coût social qu'engendre la multiplication des structures tant alternatives au sanitaire que médico-sociales. Depuis l'étude R.C.B. 1974 (Rationalisation des Choix Budgétaires) en psychiatrie, il est clair que les alternatives de secteur psychiatrique sont d'un coût égal ou supérieur à l'hospitalisation traditionnelle. Au niveau du sanitaire, il est remarquable de considérer que les services de soins à domicile, par dynamique et volonté de validation, se rapprochent plus de l'hospitalisation à domicile que du soin. Cette dérive a deux effets majeurs :

- en premier lieu, elle empêche l'émergence de structures juridiques correspondant au degré de prise en charge ;
- en second lieu, elle ne minore en rien le coût social final.

Tout choix de société doit situer son niveau de raisonnement : coût direct pour le sanitaire ou coût social final.

Par ailleurs, la maîtrise comptable appliquée au seul hôpital public a renforcé, jusqu'à la mise en œuvre des objectifs quantifiés nationaux et régionaux applicables aux établissements privés d'hospitalisation, des compensations en terme de consommation de soins hospitaliers entre les deux secteurs. Sous l'appellation de théorème d'AUSTRUÏ, il a été démontré que plus la contrainte budgétaire pesait sur l'hôpital public, plus la consommation évoluait en proportion au niveau du secteur privé non contingenté.

Ces évolutions de la consommation hospitalière sont particulièrement significatives tant en valeur qu'en volume.

150

Taux annuel moyen de croissance	1987	1988	1989	1990
<i>Evolution en valeur</i>				
Etablissements publics	5,1%	4,8%	8,4%	5,6%
Etablissement privés	5,1%	6,2%	7,1%	9,9%
<i>Evolution en volume</i>				
Etablissements publics	2,5%	1,7%	1,6%	2,1%
Etablissement privés	2,4%	2,6%	4,2%	6,3%

Source : CNAMTS

### *L'hôpital dans le système de santé*

La réforme hospitalière du 31 Juillet 1991 a bouleversé les termes de la loi du 31 Décembre 1970 : l'échec de la coopération interhospitalière volontariste autour de l'hôpital -pivot du système sanitaire a conduit à doubler l'instrument juridique qu'est la Carte sanitaire d'un instrument économique de distribution hospitalière qu'est le Schéma Régional d'Or-



ganisation Sanitaire : l'égalité des citoyens par l'accessibilité à un traitement de qualité doit permettre une réorganisation du système hospitalier en assurant une cohérence dans la distribution des soins sachant qu'à masse financière égale, par une meilleure définition des rôles il peut être mis fin à la poussière d'établissement hospitaliers déjà dénoncée par Henri THOILLIER (1947)<sup>7</sup>.

L'objectif de rationalisation externe doit tendre à un repositionnement des structures et des fonctions, à une meilleure utilisation des financements sociaux ; parfait par une rationalisation interne, par une organisation moins cloisonnée centrant son action autour du patient et non de la maladie<sup>8</sup> l'hôpital public devrait réussir une mutation attendue car il n'est pas anodin de rappeler en parallèle aux problèmes rencontrés par le système éducatif, à la suite de HIRSCH MANN, que le système hospitalier est un système qui à un moment déçoit alors que n'est pas démenti l'attachement à l'institution hospitalière elle-même.

Dans cette perspective, l'article L 710-5 du Code de la Santé Publique rappelle : *"Les établissements de santé publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité. Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en œuvre des système d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins"*.

151

Cette approche médicalisée est communément présentée comme la mesure de la production hospitalière : il faut cependant souligner que la médicalisation du système d'information autorise seulement la connaissance du THROUGH-PUT et non de L'OUT-PUT : l'état de santé des patients à la sortie de la structure hospitalière ne constitue pas le déterminant de la mesure. Le **PMSI** (Programme de Médicalisation du Système d'Information) offre la possibilité de connaître des **GHM**, (Groupes Homogènes de Malades) où le diagnostic implique une valorisation d'un

7 L'Hôpital Français - "Ainsi à côté d'établissements importants développés dans des villes dont la plupart ont de lointains origines congréganistes ou laïques, il a poussé dans notre pays au hasard des libertés, des vanités locales, des préoccupations électorales, un grand nombre de petits établissements, poussière d'hôpitaux répartis sur le territoire national"

8 L'évolution du concept du patient est très significative au travers des trois lois s'étant fixé comme objectif l'organisation du système hospitalier.

- en 1941, il est question de catégorie d'hospitalisés en fonction de l'émergence des assurances sociales (à côté des indigents existent des régimes payants à plusieurs degrés)

- en 1970, il est question de modes d'accès à l'hôpital, Centre du système de santé, c'est le début du statut du malade hospitalisé et en pratique le règne de la prise en charge désincarnée des pathologies.

- en 1991, c'est un retour à l'Homme-citoyen pris en charge dans sa globalité (versants psychologiques inclus) s'insérant dans une logique de réseau.

contenu normalisé de prise en charge, une valorisation d'échelle permettant la détermination d'une situation d'activité médicalisée à partir d'indices synthétiques d'activité. Ce désir quasi mythique de connaissance médicalisée répond aux vœux de nombreux économistes de la santé qui en appellent à une meilleure transparence de l'activité hospitalière : toutefois cette connaissance ne peut être parfaite en fonction même de la méthodologie retenue où les pathologies réelles sont appréciées à partir de modes de production externes, les contraintes de structure restant massives ne serait-ce qu'au niveau des incidences architecturales : à tout le moins ce système permet d'approcher ce que l'on fait mais pas encore comment on le fait. La recherche d'une exhaustivité de cette information médicalisée est souvent mal entendue par les praticiens, qui, formés à une approche individuelle de type libéral, disposent d'instruments de référence différents, adaptés à leur propre activité. De plus, l'évolution vers un instrument de tarification ne faisait pas partie de la démarche de généralisation du PMSI auprès du Corps Médical hospitalier. La qualité des recueils médicalisés -non véritablement contrôlée en termes d'informations collectées tant au niveau interne qu'externe-, même si la technique est qualifiée de robuste, doit être considérée avec prudence ; ce, d'autant que les praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital comme les praticiens exerçant à temps partiel ou les attachés hospitaliers connaissent parallèlement un autre mode de maîtrise médicalisée des dépenses par le biais de RMO (Références Médicales Opposables)<sup>9</sup>.

152

Par ailleurs la loi n° 93-8 du 4 Janvier 1993 (Articles L 161-29) a généralisé le codage des actes remboursables en ambulatoire aux assurés sociaux. Cette disposition, confirmée par décret n° 95-564 du 6 Mai 1995, s'attache au codage des actes ainsi qu'aux pathologies diagnostiquées (première évolution prévue au niveau des actes par nature de laboratoire) conformément à l'article L 161-29 du Code de la Santé Publique<sup>10</sup>. Ces dispositions s'appliquent de plein droit aux établissements hospitaliers publics en ce qui concerne leur activité externe (consultations et actes ambulatoires) soumis depuis le décret n° 82-634 du 8 juillet 1982 au régime de droit commun de tarification réglementaire nationale des actes médicaux inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (Arti-

<sup>9</sup> Annexe à l'arrêté du 22 Mars 1994 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins.

<sup>10</sup> -Art. L. 161-29. - En vue de permettre le remboursement aux assurés sociaux des prestations et dans l'intérêt de la santé publique, les professionnels et les organismes ou établissements facturant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie dispensés à des assurés sociaux ou leurs ayants droit communiquent aux organismes d'assurance maladie concernés le numéro de code des actes effectués, des prestations servies à ces assurés sociaux ou à leurs ayants droit et des pathologies diagnostiquées.

cle 9). De fait, trois systèmes d'informations sur des fondements différents vont pouvoir coexister à l'hôpital, ce qui ne manque pas de multiplier les inquiétudes en matière de gestion :

- PMSI pour le coût des pathologies prises en charge en milieu hospitalier ;
- RMO pour les informations relatives aux actes dérogoatoires au protocole-type par prise en charge (Contrats d'objectifs ?) ;
- Codage des actes pour les activités hospitalières externes.

Tout système pouvant être biaisé en lui-même, il est évident que le PMSI est porteur de ses propres limites. Toutefois, il représente à titre législatif un objectif prévalent de la loi hospitalière et conformément à l'arrêté du 20 septembre 1994 va contribuer, notamment, à l'analyse médico-économique de l'activité de soins des établissements de santé.

Dans cette logique, la lettre en date du 23 Décembre 1994 du Directeur des Hôpitaux était sans ambiguïté : le PMSI est en mesure d'apporter une réponse aux dysfonctionnements de la dotation globale uniforme :

*«Si les établissements publics et privés participant au SPH ont fourni depuis plusieurs années des efforts importants de maîtrise de leurs dépenses, les résultats obtenus ne sont pas suffisants pour assurer une évolution des dépenses compatibles avec celle des ressources de l'assurance-maladie.*

*Parallèlement, les établissements hospitaliers les plus dynamiques supportent de plus en plus mal l'application d'un taux directeur trop uniforme, qu'ils perçoivent comme un frein à leur développement.*

*Il apparaît donc clairement que la poursuite de l'effort de rigueur ne sera possible que s'il est différencié et accompagné d'une politique ferme de réduction des inégalités entre les établissements. La mise en cohérence des budgets avec le volume et la nature de l'activité médicale des établissements constitue, dans cette perspective une priorité.*

*C'est pourquoi les efforts accomplis depuis 10 ans par les hôpitaux pour se doter, avec le PMSI d'un outil de description de leur activité, doivent maintenant se concrétiser par une utilisation effective de cet outil à des fins d'allocations budgétaires. Il permet un effet d'arrêter une partie du budget en fonction de l'activité médicale. Le gouvernement a donc décidé de reformer sur ces bases les modalités de l'allocation budgétaire aux hôpitaux et aux établissements privés participant au service public hospitalier».*

Cette évolution -même si d'aucuns l'estiment précipitée- s'insère dans le cadre du décret N° 94-1046 du 6 décembre 1994 relatif aux missions et attributions des Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales où la répartition des compétences entre autorités départementales et régionales est précisée :

- le Préfet de Région voit ses compétences accrues, en étant investi, après avis de la Conférence Administrative Régionale d'une mission de pilotage stratégique en matière de détermination et d'allocation des ressources. C'est à ce niveau que doit se mettre en œuvre la fongibilité des ressources entre départements ;

- le Préfet de Département conserve ses compétences en matière de fixation des budgets entre établissements, ainsi que d'une manière générale son pouvoir de contrôle et de tutelle : les textes relatifs à la tarification et à l'approbation des budgets demeurent inchangés. Dans la limite de l'enveloppe qui lui est impartie par la région, le Préfet de département conserve toute latitude dans l'affectation des moyens aux établissements, à la condition expresse que soient respectées les priorités arrêtées par le Préfet de région.

Il en résulte que dans ce cadre nouveau d'allocations budgétaires, il appartient à l'échelon régional d'allouer les ressources disponibles en fonction de 2 séries de critères :

- d'une part en se fondant sur la programmation pluri-annuelle de l'offre de soins conduite à l'échelon de la région (notamment SROS-Schéma Régional d'Organisation sanitaire) ;

- d'autre part en s'appuyant sur une analyse de l'activité et des coûts des établissements menée en étroite concertation avec les autorités départementales.

Cette évolution poursuit deux objectifs :

- le renforcement de la politique de redéploiement des ressources en réduisant les disparités de moyens entre établissements, au-delà des limites départementales ;

- l'accroissement de la fongibilité entre les différents secteurs sanitaires et médico-sociaux (poursuite des alternatives à l'hospitalisation, politique à l'égard des personnes âgées).

Le chaînon manquant à une architecture financière compatible avec la réorganisation économique-administrative semble enfin comblé : une politique nationale, une stratégie régionale, une analyse départementale, une application locale.

La Circulaire DH/AF/94 n° 43 du 12er Décembre 1994 relative au taux d'évolution des budgets des établissements sanitaires sous compétence tarifaire de l'Etat s'inscrit totalement dans cette synthèse juridique : " *Le taux régional moyen de 2 % permet de distinguer l'allocation budgétaire entre les établissements en prenant en compte les missions qui leur sont dévolues, notamment dans le cadre des Schéma d'Organisation Sanitaire et Sociale récemment approuvés, leur niveau d'activité et l'obligation d'amélioration de la gestion qui s'impose à tous les établissements. Le taux régional moyen ne saurait être un droit pour tout établissement qui*

*connait une réduction de ses missions ou une sous-activité de ses services”.*

Saurait-on critiquer cette accélération de la mise en œuvre des réformes en vue d'une convergence des principes législatifs et des réalités économiques : sans méconnaître à un niveau général les difficultés sociologiques en résultant, le praxis juridique semble au rendez-vous de la loi de 1991 alors que son décalage de plus d'une décennie dans le cadre de la législation antérieure avait conduit à des fractures difficilement réductibles.

La réflexion du Gouvernement de Monsieur JUPPÉ s'inscrit dans une logique plus consensuelle à partir de contrats d'objectifs négociés avec les structures hospitalières (ou les services hospitaliers) dans le cadre d'une gestion régionale associant décideurs, planificateurs et financeurs. La maîtrise comptable est rejetée au profit de la maîtrise médicalisée à partir d'une base contractuelle : le PMSI apparaît comme un outil important mais ne doit pas constituer l'élément unique d'appréciation (segmentation d'activité).

S'il est vrai que cet outil peut effectivement apporter des corrections aux inégalités les plus flagrantes entre régions ou entre établissements, il ne peut cependant être exclusif d'autres items luttant contre l'hospitalo-centrisme au titre desquels :

- le développement de l'activité ambulatoire ;
- la mise en œuvre d'outils opérationnels pour gérer la filière soins.

Il faut souligner qu'en l'état, le système de santé ne dispose pas d'outils spécifiques : à tous les niveaux, PMSI inclus, il utilise des outils statistiques identiques. Seule la qualité effective de l'information devient déterminante.

La prise en compte des spécificités de chaque établissement doit par ailleurs conduire à une observation attentive **des facteurs de production** (cause par exemple, du non recrutement de praticiens) et **des conditions de la production** (architecture, vétusté des matériels par historique budgétaire...). Ce travail nécessite beaucoup de finesse, de vision qualitative dans l'approche de la réalité hospitalière locale à confronter à un positionnement réaliste de la structure concernée (réalisme incluant des projections à la fois d'évolution d'activité par normalisation des facteurs et conditions de production sanitaire et de missions dans une optique de minoration des frais futurs). L'application abrupte des seuls critères quantitatifs a abouti à de nombreuses aberrations bloquant à long terme l'effet restructurant des cartes sanitaires et développant un système non économique de distribution des filières hospitalières. A un objectif direct et immédiat, il est préférable de prendre en compte un objectif social qui à terme maintiendra l'accessibilité à l'hospitalisation, **en temps op-**

**portun**, de nombreux patients en restrictions de consommation au premier rang desquelles figure la prise en charge sanitaire (niveau de revenu et aménagement du territoire).

De même, l'opération de clarification des pouvoirs déconcentrés (région-département) de l'administration autorise une approche cohérente de la politique de santé : les lois de décentralisation ont réservé le bloc de compétence «santé» au niveau de la puissance publique. Cette approche confirme (comme en matière d'éducation nationale en ce qui concerne programmes et diplômes) la notion de service public, le rôle de l'Etat dans la prise en compte des activités relevant d'une mission de service public. L'identité entre financeur et décideur - principe de la décentralisation - ou son rapprochement, selon un mode plus particulier en raison de la participation des organismes d'assurance-maladie (eux-même en relation avec la tutelle régionale et sous son contrôle) sont assurés dans cette opération de déconcentration mettant en évidence une modernisation de l'action de l'Etat. Parallèlement, établissement public spécifique à assise territoriale, l'hôpital public a bénéficié en retour de la décentralisation de la mise en œuvre d'un contrôle de légalité sur nombre de ses actes administratifs, la tutelle s'exerçant sur les matières budgétaires et prospectives (projet d'établissement). Plus qu'une libéralisation de la gestion des établissements hospitaliers, il convient de voir dans ces évolutions une adaptation à une vision différente du système hospitalier :

156

- au niveau macro-économique une gestion planificatrice s'exerçant au travers d'instruments administratifs et budgétaires ;

- au niveau micro-économique, une démarche d'adaptation conforme à la notion de mutabilité du service public où la problématique propre de l'établissement en fonction de sa structure, de son histoire, de son quotidien, se situe en adéquation avec des objectifs supérieurs, sanctionnés en fonction de l'activité et de sa nature par des dotations budgétaires différentielles.

Ainsi la comptabilité des établissements publics de santé, telle que définie à l'article R 714-3-4 du Code de la Santé Publique (décret n° 92-776 du 31 juillet 1992) pourra-t-elle répondre à l'ensemble des missions qui sont les siennes en mettant fin aux situations pour le moins spacieuses rencontrées jusqu'à présent :

*"la comptabilité des établissements publics de santé a pour objet la description et le contrôle des opérations ainsi que l'information des autorités chargées de la gestion ou du contrôle de ces établissements :*

*Elle est organisée en vue de permettre :*

- a) *la connaissance et le contrôle des opérations budgétaires et des opérations de trésorerie*

- b) *l'appréciation de la situation du patrimoine*

*c) la connaissance des opérations faites avec les tiers*

*d) la détermination des résultats*

*e) le calcul des coûts des services rendus, notamment en fonction des pathologies et du mode de prise en charge des patients*

*f) l'intégration des opérations dans la comptabilité économique, nationale et dans les comptes et statistiques élaborés pour les besoins de l'Etat".*

Ces objectifs varient sensiblement de ceux prévus par le décret du 11 Août 1983 sus-rappelé et marquent nettement une évolution par rapport aux références précédentes.<sup>11</sup>

#### *De la programmation individuelle à la gestion intégrée*

Dans cet environnement, l'acte budgétaire reste un acte important, fondamental mais il n'est plus en aptitude de déterminer à lui seul la politique d'un établissement hospitalier.

Il s'attache certes à la déclinaison annuelle d'une politique mais celle-ci est insérée dans une démarche plus vaste, plus prospective et plus normative : le budget apparaît comme l'un des versants d'une comptabilité à visée économique plus vaste où la notion d'établissement public ne doit pas rimer avec structure économique claudiquante. Le recentrage des fonctions hospitalières sur la gestion interne oblige à prendre en compte l'ensemble des composantes comptables, dans une approche similaire à celle de toute structure entrepreneuriale. Par les effets d'intégration du droit communautaire comme par ceux du droit interne, l'hôpital public se doit de changer son approche de gestion en se rapprochant d'une réflexion conforme à la micro-économie de structure.

157

L'acte budgétaire, ainsi envisagé, il devient cohérent de considérer que les résultats de l'exploitation, s'ils sont excédentaires restent au bénéfice de l'établissement qui en choisit l'affectation (exploitation ou investissement) et que dans le cas contraire, ceux-ci n'étant pas juridiquement opposables aux organismes financeurs, ils s'imputeront sur la masse des crédits accordés par l'autorité de contrôle. Il en résulte une responsabilisation effective des établissements à maîtriser l'utilisation des crédits dévolus, pour autant que l'environnement externe soit complet dans son organisation et que les bases budgétaires soient correctement allouées par une révision conforme à l'activité et à ses conditions de réalisation. La maîtrise des activités subsidiaires par l'établissement correspondant à diverses prestations effectuées le plus souvent hors champ strictement hospitalier constitue une avancée, **si et seulement si**, le

---

<sup>11</sup> Cette insertion du rôle de la comptabilité hospitalière n'apparaissait qu'à l'article 21 du texte de 1983 alors que le décret de 1992 le positionne au niveau initial du texte.

financement de l'activité de soins est effectivement couverte par les organismes financeurs : tel n'est pas le cas actuellement où de nombreuses recettes auxiliaires assurent le financement de mesures permanentes inhérentes à la vocation du service public, cette remarque supposant les mêmes réserves quant à la disparité entre les régions et l'hétérogénéité entre les structures hospitalières.

Au niveau des procédures, les novations concernent :

- le rapport d'orientation du directeur présenté avant le 30 Juin de l'exercice en cours au Conseil d'Administration pour l'exercice suivant ;
- le vote par le Conseil d'Administration avant le 15 Octobre du budget par groupes fonctionnels regroupant les prévisions de dépenses et de recettes. La mise au point définitive du budget intervient après approbation par le représentant de l'Etat : le Conseil d'administration est amené alors à voter la ventilation des dépenses entre les comptes des différents groupes fonctionnels dans le respect des montants autorisés.

Dans le même esprit de responsabilité pour les titulaires de la gestion interne, le débat budgétaire porte dans sa phase institutionnelle sur les orientations, leur développement et les masses nécessaires à la réalisation des objectifs. La procédure de négociation externe est allégée tout en maintenant le principe du contradictoire et l'avis des organismes financeurs.

158

Cet allègement formel ne conduit pas au niveau interne à un allègement des procédures respectant quant à elles l'association à la gestion dans le cadre des centres de responsabilité (procédure budgétaire ascendante) et désormais des Conseil de service pour lesquels les arbitrages entre différentes options conditionnent la mise en œuvre des projet de service, parties intégrantes du projet d'établissement. L'approche effective du budget en terme de prévisions suppose que soit réalisé a priori un travail affiné si démonstration doit être faite de la nécessité des crédits sollicités. La reconduction mathématique apportait une impression de facilité dans la détermination budgétaire, qui en tout état de cause, pouvait être sanctionnée par le Conseil Supérieur de l'Aide Sociale et depuis 1990 les différentes Commissions Interrégionales de la tarification sanitaire et sociale.

Si la loi du 31 Juillet 1991 et les textes subséquents ont donné une base juridique au taux directeur d'évolution des dépenses, il n'en reste pas moins aux yeux du juge du tarif que les éléments relatifs à la matérialité des besoins budgétaires s'apprécient en fonction de l'ensemble des paramètres rappelés par l'article L 714-7 du Code de la Santé : les montants globaux des dépenses et leur répartition entre groupes fonctionnels peuvent être modifiés par le représentant de l'Etat s'il estime **ces prévisions injustifiées ou excessives compte tenu des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, de l'activité de l'établissement et**



**enfin d'un taux d'évolution des dépenses hospitalières qui est fixé avant le 30 Septembre, à partir des hypothèses économiques générales et par référence à la politique sanitaire et sociale de l'Etat**" : Si ce texte apporte des éléments d'appréciation permettant de reformer les propositions des établissements, il n'en reste pas moins que le représentant de l'Etat doit motiver ses décisions et rapporter la preuve que les demandes sont injustifiées ou excessives. Dès lors, sauf émergence d'une jurisprudence contraire, le vote par groupes fonctionnels n'exclut à aucun moment l'analyse du contenu des demandes ligne par ligne ; il est constant, devant cette instance, qu'aucun abatement ne peut être global et non motivé. Les critères d'approche de l'autorité administrative bien qu'étant enrichis de restrictions au profit de la politique sanitaire de l'Etat ne peuvent s'abstraire d'une analyse au fond, d'une étude qualitative et quantitative des propositions budgétaires, ce d'autant plus que persistent des éléments à clarifier :

- opposabilité partielle des SROS ;
- finesse des études d'activité et évaluation de la solidité des critères retenus (contrôles internes et externes du PMSI par exemple) ;
- date de fixation du taux d'évolution des dépenses (le 30 Septembre terme prévu législativement relève encore du souhaitable) et niveau juridique du texte qui normalement dans un état de droit fixe ou décline la politique sanitaire de l'Etat<sup>12</sup>.

159

Toutefois la loi n° 94-637 du 25 Juillet 1994 relative à la Sécurité Sociale devrait apporter les éclaircissements nécessaires et l'intégration de cette donnée dans une architecture juridique stable : l'article L 111-3 du Code de la Sécurité Sociale souligne :

*"Le Gouvernement présente chaque année au Parlement, lors de la première session ordinaire, un rapport relatif aux principes fondamentaux qui déterminent l'évolution des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés par le présent code et par le livre VII du code rural.*

*Compte tenu notamment des prévisions de croissance économique, des conséquences financières des principes fondamentaux qui déterminent la politique sanitaire et sociale et des accords prévus au chapitre II du titre VI du livre 1er du présent code, présente, pour l'année suivante, une prévision d'évolution des dépenses prises en charge par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale".*

<sup>12</sup> Une circulaire ne peut être réglementaire sous peine d'annulation (CE 1954, Notre-Dame du Kreisker) ; par ailleurs, il peut être dérogé aux directives d'ordre économique (CE 1970, Crédit Foncier de France). De même une circulaire non publiée peut désormais être attaquant. La transparence dans la publication des textes administratifs en application de l'article 9 de la loi du 17.7.1978 commence à peine à s'appliquer.

Les exemples de contentieux concernant le milieu hospitalier sont plus rares que ceux intéressant les institutions medico-sociales soumises à une référence réglementaire différente : de fait, la bivalence des Directeurs d'Établissements hospitaliers, fonctionnaires nommés par le Ministre de la Santé et représentants de l'Établissement dans lequel ils sont affectés, n'est pas étrangère à cette minoration des recours.

Toutefois planent dans ce contexte les recours en responsabilité de plus en plus fréquents devant les juridictions; pénales ou administratives, ces dernières tendent à une approche plus juridictionnelle fondée sur les circonstances de l'espèce et moins jurisprudentielle, situation qui ménageait une relative sérénité des établissements hospitaliers au regard de la notion de fonctionnement défectueux du service public hospitalier. Le taux directeur d'évolution des dépenses ne peut en l'état, à aucun moment, être un instrument de défense des structures hospitalières face à un incident ou un accident entraînant mise en cause de leur responsabilité civile : le juge civil ou administratif s'attache à l'état des techniques médicales opérantes au moment des faits et à leur utilisation par les établissements, quels que soient les budgets dévolus. La notion d'aléa thérapeutique ne changera rien à la situation dans la mesure où l'aléa n'existe que lorsque la faute est exclue : les bases de la responsabilité peuvent changer, les critères d'appréciation de l'action hospitalière au travers de la structure et de ses acteurs resteront inchangés.

160

Les délais d'approbation des budgets sont avec constance non respectés : qu'il s'agisse de la parution du taux directeur par télex extériorisé par une circulaire budgétaire généralement datée de Décembre, qu'il s'agisse du délai de 45 jours courant à partir de la réception des propositions budgétaires par le représentant de l'Etat à l'issue duquel les délibérations sont réputées approuvées (Article L 714-7 Alinéa 2), aucun délai n'est actuellement tenu car vraisemblablement impossible à souscrire dans un contexte de mutation de l'administration sanitaire. Néanmoins, en dépit de ces aléas de procédure, rares sont les actions contentieuses à ce titre, actions qui inévitablement conduiraient les établissements à obtenir gain de cause. La stabilisation de cette situation reste toutefois souhaitée par tous, car au gré des répartitions des différentes enveloppes spécifiques, un établissement peut à la clôture d'un exercice ne pas disposer de l'intégralité de sa masse budgétaire de fonctionnement. Comment dès lors gérer sainement au quotidien, respecter les intangibles principes d'annualité budgétaire et surtout en administration interne être crédible vis-à-vis des différents partenaires hospitaliers ?

Il est certain que la tâche de modernisation économique, budgétaire et financière est imposante : elle doit prendre en compte les gestions intermédiaires du système, gestion notamment à tous niveaux des forces

d'inertie, le plus souvent involontaires, de structures hospitalières nécessitant un temps de rétroaction variable selon la culture propre à chaque établissement.

Ce n'est plus l'hôpital seul qui dans une démarche volontariste doit changer : c'est le système dans son ensemble qui se met en mouvement impliquant le changement de chaque structure en s'appuyant sur trois déterminations concomitantes : juridique, économique et financière. Toutes les propositions formulées à ces différents titres ne sont pas systématiquement acceptables en l'état : à titre d'exemple, le mythe de la complémentarité le plus souvent appuyé sur une segmentation des activités hospitalières peut induire à terme une majoration du coût social final en donnant l'impression d'une maîtrise des coûts directs et immédiats - l'environnement indispensable de sécurité, les cahiers de charge, les contraintes exogènes... s'inscrivent dans une entité hospitalière qui ne se résout pas à la simple addition de services et de moyens : **au-delà des unités, existent les entités qui ont un mode d'action propre, une capacité de réaction spécifique, qui constituent un corps social animé de ses propres mentalités collectives.** La question hospitalière n'est pas un simple jeu de construction ou de reconstruction, d'assemblages et de répartitions. C'est pourquoi l'instauration d'une coopération inter-structurelles véritable, plus intégrante et structurante que la complémentarité abrupte, apparaît préférable dans un nombre de situations.

161

De l'orientation politique à la praxis hospitalière, la réforme budgétaire constitue un élément important mais non unique de la refonte du système hospitalier. Cette action au premier degré doit être accompagnée d'une réflexion véritable au fond qui puisse répondre à la situation effective du système de santé :

- la nature de l'effet volume (et de sa déflation) dans l'évolution des dépenses de santé et la cause de la non-élasticité des dépenses par rapport au PIB ;

- la modification des modes de réflexion médicale.

Comme l'écrivait en 1973 Jean-Jacques DUPEYROUX *"Le jour donc où la plupart des praticiens estimeront plus important d'exercer leur art dans les meilleures conditions techniques que de bénéficier d'une parfaite indépendance dans cet exercice, l'harmonisation des intérêts jusqu'alors contradictoires sera en vue"*<sup>13</sup>.

Des études juridiques récentes montrent que la normalisation de la décision médicale ne peut en l'état être décrétée : une véritable réflexion doit s'instaurer qui mette en cohérence les fins poursuivies et les moyens employés en posant publiquement et démocratiquement la question du

13 *Droit de la Sécurité Sociale - Dalloz.*

degré de liberté qui convient pour la décision médicale dans une société telle que la nôtre<sup>14</sup>.

Ceci passe vraisemblablement par une modification du système de référence enseigné à l'université (mode libéral) et par une évolution des structures hospitalo-universitaires, condition pré-requise à toute évolution du système hospitalier.

En guise de conclusion dans cette approche budgétaire de la problématique hospitalière, il est évident que la maîtrise comptable comme la maîtrise médicalisée des dépenses hospitalières se heurtent à des problèmes de mentalité à un double niveau :

- la moindre médicalisation d'un certain nombre de questionnements individuels et sociétaux ;
- le développement de raisonnements médicaux et soignants orientés vers une reconnaissance des conditions effectives de l'environnement ;
- quel que soit le devenir de ces réflexions, même si doit persister un mode de pensée libérale, dont l'analyse a pu montrer les ambivalences à l'hôpital public au niveau financier<sup>15</sup>, ce libéralisme doit s'inscrire dans les principes généraux du droit des obligations.

A ce titre l'analyse de l'article 1135 du Code Civil est particulièrement intéressante :

162

*"Les obligations obligent non seulement à ce qui y est exprimé, mais encore à toutes les suites que l'équité, l'usage ou la loi donnent à l'obligation selon sa nature"*

Sont consécutives à cet article trois séries d'effets juridiques<sup>16</sup> :

- l'obligation de renseignement ;
- l'obligation de ne pas imposer à son co-contractant de frais inutiles
- le devoir de coopération de la part du créancier pour faciliter l'exécution du contrat.

Rapportées au domaine sanitaire, ces conséquences s'expriment ainsi :

- un patient correctement informé de sa pathologie et de la prise en charge en découlant ;
- une participation responsable au traitement d'un patient-citoyen, acteur de sa propre santé ;
- l'absence de coûts non justifiés pour le financeur de cette prise en charge.

Vision normative ou libérale de l'approche, le résultat apparaît identique si la démarche médicale ou la décision médicale se révèle responsable des conséquences générées. C'est à ce niveau que la question du budget hospitalier rejoint celle d'une référence sociétale avérée.

14 -La décision médicale et le droit., Didier Truchet in AJDA, n° 9, 1995.

15 H. Hatzfeld -Du paupérisme à la Sécurité Sociale.

16 Bons Starck : «Les Obligations», Traité de Droit Civil, Editions Techniques.

Le système hospitalier, partie du système sanitaire, dépend avant tout de l'état de la société civile et de ses possibilités. Sous l'emprise du régime de 1941, nul n'était choqué du rôle du Directeur Régional de la Santé qui, en planification, déterminait au regard de la population, desservie les services à installer au niveau sectoriel ou intersectoriel. La solution ne se trouve peut-être pas à ce niveau, toute solution ne pouvant qu'être multifactorielle. La question budgétaire hospitalière peut trouver solution avec beaucoup de bon sens, encore plus de rigueur, un maximum de pédagogie et surtout la reconnaissance véritable de partenaires institutionnels valides au sein des structures hospitalières publiques.

"Ainsi d'autres réflexions, pragmatiques, même si formulées par des membres de la mission CLINTON, s'orientent vers une utilisation de la totalité du patrimoine hospitalier existant au lieu de segmenter à outrance les activités sanitaires et sociales".

Et si demain, enfin, avec bon sens, le système sanitaire se souvenait de la Société Civile ? Et si la société définissait enfin son concept sanitaire où l'hôpital producteur de richesses dans les années 1970 ne serait plus inéluctablement seul consommateur de richesses à l'aube du XXIème siècle.

LA REPRÉSENTATION DE L'HÔPITAL PUBLIC APRÈS LA LOI DU 31/07/91  
ET LES CONSÉQUENCES FINANCIÈRES ET TARIFAIRES

