THÈSE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

En Droit privé et sciences criminelles

École doctorale Droit et Science politique

Unité de recherche UR-UM 206 École de Droit de la santé

Enjeux et logiques de la recherche de performance attendue des établissements de santé

Présentée par Mickaël KRKAC
Le 9 décembre 2022

Sous la direction du Professeur François VIALLA

Devant le jury composé de

Georges FAURÉ, Professeur, Université de Picardie Jules Verne	Président
Marion GIRER, Maître de conférence HDR, Université Jean Moulin Lyon III	Rapporteure
Guillaume ROUSSET, Maître de conférence HDR, Université Jean Moulin Lyon III	Rapporteur
Pascal VIELFAURE, Professeur, Université de Montpellier	Examinateur
François VIALLA, Professeur, Université de Montpellier	Directeur de thèse

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

« *L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.* »

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent tout naturellement au Professeur François VIALLA pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse et pour son aide précieuse. Votre confiance m'a permis de découvrir quelle personne je suis vraiment. Les aventures que nous avons vécues, dans les bons moments, nombreux, comme dans les difficultés, toujours affrontées avec bonne humeur, ont rendu ces années particulièrement joyeuses. Davantage que ma reconnaissance ou mon respect, je vous transmets, Monsieur, mon amitié la plus sincère.

Je remercie également l'ensemble des membres du Jury d'avoir accepté d'évaluer mes travaux et de me transmettre leurs observations.

Merci également à ma famille, pour son amour, sa bienveillance, et pour m'avoir donné le goût du travail.

Un grand philosophe a dit un jour que s'il devait résumer sa vie, il parlerait d'abord des rencontres, des gens qui lui ont tendu la main à un moment où il ne pouvait pas, où il était seul chez lui. En m'appropriant ses propos, je tiens à remercier chaleureusement mes amis avec, bien sûr, des mentions particulières. Notamment pour mon binôme de thèse, mes relecteurs, notre petite bande du labo, mes copains nîmois ainsi que mes collègues avignonnais et parisiens qui ont contribué à rendre cette expérience agréable.

Il est de coutume de garder le meilleur pour la fin, je ne dérogerai donc pas à la règle. J'adresse un grand merci aux deux femmes de ma vie. Lulu, cet ouvrage n'aurait pas été suffisant pour lister l'ensemble des raisons pour lesquelles je devrais t'exprimer ma reconnaissance pour tout ce que tu m'as apporté, et pour te dire à quel point tu as embelli ma vie. L'exercice m'oblige à faire court, aussi je te remercie pour ton indéfectible soutien ainsi que pour la patience et l'amour que tu m'accordes. Je ne saurais dire si tu as aimé mes mots durant cette double relecture, mais sache que cette fois c'est toi que mes mots aiment. Mila enfin, ta venue au monde m'a montré ce qui est important, et ton sourire me remplit chaque jour de bonheur.

A Ludivine

Dans notre histoire rien n'est écrit, mais tout sonne comme une évidence.

A Mila

Ma plus grande fierté.

Introduction.....*1*

PARTIE 1 : LES FRUITS DE LA RECHERCHE DE PERFORMANCE ATTENDUE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE.....**61**

TITRE 1 : L'ACCOMPAGNEMENT NORMATIF DE L'EVOLUTION DE LA METHODOLOGIE DE PRISE EN CHARGE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE 63

Chapitre 1 : La technicisation de l'accueil au sein des établissements de santé.....*65*

Chapitre 2 : La standardisation de la prise en charge des établissements de santé.....*118*

TITRE 2 : L'ENCADREMENT NORMATIF DE LA PRODUCTION EN SANTE 172

Chapitre 1 : La démarche qualité, quintessence de la standardisation en santé.....*174*

Chapitre 2 : L'efficience économique en établissement de santé.....*223*

PARTIE 2 : LES INSUFFISANCES GENEREES PAR LA RECHERCHE DE PERFORMANCE ATTENDUE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE..... **275**

TITRE 1 : LA QUETE DE PERFORMANCE, SOURCE D'IMPERFECTIONS METHODOLOGIQUES EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE.....277

Chapitre 1 : La surtechnicisation du rôle d'accueil des établissements de santé.....*278*

Chapitre 2 : La standardisation comme possible limitation de l'exercice médical au sein des établissements de santé.....*333*

TITRE 2 : LA QUETE DE PRODUCTIVITE, SOURCE D'INCOMPATIBILITE AVEC LES OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE.....384

Chapitre 1 : La démarche qualité, symbole des limites de la standardisation en santé.....*385*

Chapitre 2 : La contrainte économique imposée aux établissements de santé.....*443*

CONCLUSION GENERALE.....509

Table des abréviations

AC	Aides à la contractualisation
AFNOR	Association française de normalisation
AJDA	Actualité juridique de droit administratif
al.	Alinéa
ANAES	Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé
Anc.	Ancien
ANDEM	Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
ANFH	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
art.	Article
Ass.	Assemblée
Ass. Plén.	Assemblée plénière
ATU	Forfait accueil et traitement des urgences
c/	Contre
C.	Cour
CA	Cour d'appel
CAA	Cour administrative d'appel
CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins
CASF	Code de l'action sociale et des familles
Cass.	Cour de cassation
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CDU	Commission des usagers
CE	Conseil d'état
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire

CISS	Collectif interassociatif sur la santé
Civ.	Civil
CJCE	Cour de justice de la communauté européenne
CJUE	Cour de justice de l'Union européenne
CLAN	Comité de liaison en alimentation et nutrition
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD	Comité de lutte contre la douleur
CME	Commission médicale d'établissement
CNAM	Caisse nationale d'Assurance Maladie
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNS	Conférence nationale de santé
COFRAC	Comité français d'accréditation
Coll.	Collection
Concl.	Conclusion(s)
Cons.	Considérant
Cons. const.	Conseil constitutionnel
CORAP	Commission des relations avec les associations de patients et d'usagers
COS	Cadre d'orientation stratégique
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
CVS	Conseil de la vie sociale
DAF	Dotation annuelle de fonctionnement
DG	Dotation globale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
Dir.	Ouvrage dirigé par
Disc.	Disciplinaire
DPC	Développement professionnel continu

DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
éd.	Édition
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	Événement indésirable
EIG	Événement indésirable grave
EIGS	Événement indésirable grave associé aux soins
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
ES	Établissement de santé
ESMS	Établissements sanitaires et médico-sociaux
EXB	Tarif « extrême bas »
EXH	Tarif « extrême haut »
FAQ	Foire aux questions
FFKMR	Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FIR	Fonds d'intervention régional
FPU	Forfait patient urgences
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCFiPS	Haut conseil pour le financement de la protection sociale
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HPST	Hôpital patient santé territoire
HQSE	Qualité, hygiène, sécurité et environnement
HS	Hors-série
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'État
Ibid.	Ibidem (au même endroit)

IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État
ICS	Infirmier clinicien spécialisé
IDS	Institut de droit de la santé
IFAQ	Incitation financière à l'amélioration de la qualité des soins
IFEP	Institut français de l'expérience patient
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IP	Infirmier praticien
IPA	Infirmier en pratique avancée
IPAQSS	Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
IQSS	Indicateur de qualité et de sécurité des soins
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ISO	Organisation internationale de normalisation
JCP G	Juris-classeur (Semaine juridique) édition générale
JDSAM	Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie
JO	Journal officiel
JORF	Journal officiel de la République française
LACSS	Loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale
LEH	Les Études Hospitalières
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LGDJ	Librairie générale de droit et de jurisprudence
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIG	Mission d'intérêt général
MIGAC	Mission d'intérêt général
MOAÏ	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
N°	Numéro
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONEM	Office national de l'emploi
ONI	Ordre national infirmier
Op. cit.	Opere citato (dans l'ouvrage précité)

OQN	Objectif quantifié national
PACTE	Programme d'amélioration continue en équipe
PCC	Patient-Centered Care
PIB	Produit intérieur brut
PLACSS	Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNL	Privé non lucratif
PPLO	Proposition de loi organique
Pr.	Professeur
PRAPS	Prévention et aux soins des personnes les plus démunies
préf.	Préface
PREMs	*Patient-Reported Experience Measures*
PROMs	*Patient-Reported Outcome Measures*
PRS	Projet régional de santé
PUF	Presses universitaires de France
QHSE	Qualité, hygiène, sécurité et environnement
QPC	Question prioritaire de constitutionnalité
QVT	Qualité de vie au travail
RAQ	Responsable assurance qualité
RBP	Recommandation de bonnes pratiques
RDS	Revue Droit & Santé
RDSS	Revue de droit sanitaire et social
Req.	Requête
Rev.	Revue
RGDM	Revue générale de droit médicale
RH30	Réhospitalisation à 30 jours
RMO	Référence médicale opposable
ROSP	Rémunération sur objectif de santé publique
RTD	Revue trimestrielle de droit
s.	Suivant

SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAS	Service d'accès aux soins
Sect.	Section
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SRS	Schéma régional de santé
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SSR	Soin de suite et de réadaptation
SU	Service d'urgences
T2A	Tarification à l'activité
TA	Tribunal administratif
TGI	Tribunal de grande instance
TLFi	Trésor de la langue française informatisée
Trad.	Traduit
UE	Union européenne
Vol.	Volume

Introduction

Le doute est le début de la connaissance[1]

1. **Performance : notion centrale**. En matière de santé, il est toujours de bon goût de critiquer la notion de performance. En effet, la dimension humaine de la première pousse à ne pas accepter l'adoption ou le déploiement du langage concurrentiel[2]. Pour autant, son étude est indispensable. Ainsi, elle semble désormais centrale dans le domaine sanitaire. En outre, le fonctionnement de ce dernier dépasse de très loin la seule relation de soins, mais nécessite l'étude et le développement de thématiques extrêmement variées. Lorsque l'on parle d'hospitalisation, on pense rapidement aux nombreux droits des patients. Mais plus encore, on s'intéresse aussi à la définition des choix collectifs ou encore des outils permettant de répartir équitablement l'accès aux soins. Par suite, le rôle des pouvoirs publics est souvent mis en avant. Enfin, le sort des professionnels de santé est très largement évoqué, en matière de responsabilité, ou plus simplement par respect, la réaction durant la crise Covid en témoigne.

2. Ces différents éléments permettent de montrer à quel point la performance est désormais partout. En effet, le renforcement des droits des patients passe forcément par

---

[1] Traduit du latin « *Dubium sapientiae initium* » par Renzo TOSI et Rebecca LENOIR. Attribuée à la méthode philosophique de DESCARTES, la formule est parfaitement adaptée à l'exercice médical. En effet, affublés d'une mission incertaine par essence, les établissements de santé font l'objet d'une attente de performance visant à réduire la place accordée au doute, au profit d'une quête de sécurité et d'efficacité. Cela génère immanquablement des injonctions paradoxales auxquelles les politiques publiques doivent répondre, en orientant notamment vers un questionnement constant sur les valeurs du soin. **R. TOSI**, Dictionnaire des sentences latines et grecques, traduit de l'italien par Rebecca LENOIR, Jérôme MILLON, 2010, p. 1441.

[2] Les propos en ce sens sont nombreux. Pour un exemple, « *on a parfois le sentiment qu'à mesure que le système de santé gagne en performance au point de vue économique, financier et gestionnaire, il perd en performance en termes d'humanité et il génère des inégalités d'accès aux soins et à la santé et potentiellement des contradictions avec les valeurs des professionnels* ». Avis du Comité éthique de la FHF, « *Est-il possible de concilier éthique et performance en santé ?* », 31 octobre 2019, p. 6.

une amélioration constante du fonctionnement des établissements de santé. La juste définition de l'offre de soins implique mécaniquement un raisonnement concurrentiel visant aussi à maximiser les prestations proposées. Les pouvoirs publics eux-mêmes, face aux défis précédents, se doivent d'être particulièrement inventifs pour se positionner avec cohérence. Puis, s'agissant de l'action des professionnels de santé, son encadrement nécessite d'atteindre le développement de spécialisation adaptée à la demande sociétale, tout en ayant à cœur de faire de la pertinence la visée constante de toute intervention. Ainsi, il semble que la recherche de performance est centrale dans l'ensemble de ces questions.

3. Performance : notion décriée. Pour autant, il est évident que cette recherche de performance fait l'objet d'un net rejet qui, d'évidence, se justifie à bien des égards. En outre, elle témoigne de nombreuses contradictions pouvant la remettre en question. À force de ne prêter attention qu'à ce qui peut être évalué ou mesuré, ou encore de n'encourager qu'à la spécialisation et la maximisation dans un contexte de rationalisation, il en ressort un vif décalage entre le vécu professionnel et le prescrit. Mais également entre les attendus classiquement associés à la santé et les axes véritablement privilégiés. Ainsi, la notion de performance est aussi décriée qu'incontournable. Et précisément pour ces deux raisons, il convient de l'étudier avec attention.

4. Présentation des thématiques d'introduction. En conséquence, plusieurs thématiques introductives doivent être envisagées pour circonscrire correctement l'étude. En premier lieu, la notion de performance doit être présentée, car elle est au cœur du sujet. Plus encore, son domaine d'exercice, à savoir les établissements de santé, sera étudié, afin de mieux délimiter ce champ d'application. Par suite, les enjeux et logiques de cette recherche de performance seront précisés. Enfin, le cadre de cette recherche montrera une importance considérable détenue par la régulation.

5. Performance : présentation. Tout d'abord, la notion de performance nécessite d'être explicitée. Une analyse historique de cette dernière s'impose, tout comme ses origines et son déploiement au champ de la santé. En matière d'entreprise, il semble que celle-ci concernait essentiellement les domaines industriels et économiques. Elle vise la maximisation de toute production, avec un perfectionnement plus récent, à savoir

l'efficience, qui ne rejette pas l'idée précédente, mais impose en supplément de la réaliser avec le minimum d'investissement possible. Ces affirmations ont fini par s'imposer au sein des établissements, augmentant manifestement le domaine des possibles, mais en générant également de très nombreuses contradictions.

6. Établissement de santé : cadrage. S'agissant des établissements, il semble que la recherche de performance soit multifactorielle. Historiquement, les conséquences des progrès techniques, scientifiques et médicaux ont permis aux structures de devenir de véritables entreprises de soins, aux compétences et à l'offre toujours plus précises. Les outils classiques de la performance s'y sont imposés, tant dans leur fonctionnement que dans leur dimension stratégique.

7. À l'origine essentiellement charitables[3], ils sont désormais d'authentiques acteurs gestionnaires où les questions économiques sont aujourd'hui quotidiennes et centrales. Par suite, leur développement passe également par leur diversification et la multiplication catégorielle des structures de soins constitue un authentique témoin des fruits de la recherche de performance. Finalement, l'ensemble de ces éléments a, en quelques sortes, autorisé les usagers à se sentir bénéficiaires d'un véritable droit à la santé[4], et l'exigence de guérison est dorénavant constante.

8. Cadre de la recherche : régulation. En définitive, il apparait que le rôle de la régulation est prépondérant dans la recherche de la performance. La croissance quasi-frénétique des réglementations en matière sanitaire fait de cette discipline l'une des plus encadrée. Tout ceci justifie l'intitulé du sujet. Car il est certain que la recherche de performance est clairement exigée, dans toutes les composantes du fonctionnement des structures, y compris dans leur développement. Cette idée justifie également le rejet dont elle fait l'objet, car il semble qu'elle soit imposée, en dépit des principes fondateurs de la

[3] Voir notamment : **J. IMBERT**, Histoire des hôpitaux en France, Toulouse, Privat, 1983 ; **A. LECA, A. LUNEL, S. SANCHEZ**, Histoire du droit de la santé, LEH Édition, Intempora, Bordeaux, 2016.

[4] Voir notamment : **P. LIGNEAU**, « *Le droit à la santé à l'épreuve du Droit* », in : Mélanges en l'honneur de Jean-Henri Soutoul, LEH Édition, Collection Mélanges, 2013, pp. 147-164.

relation de soins, mais aussi au regard de différentes obligations déontologiques[5], telle que l'indépendance professionnelle, qui ont le mérite d'exister, mais qui paraissent constamment remises en cause par des considérations strictement gestionnaires.

9. **Annonce de plan : introduction.** En conséquence, il est nécessaire de procéder à une analyse de la notion de performance (Section 1), avant d'envisager la situation des établissements de santé dans le cadre de cette étude (Section 2), puis de présenter les enjeux et logiques de la recherche de performance (Section 3).

Section 1 : Notion de performance

A. Analyse historique de la performance

10. Plus qu'une analyse historique de la performance, il s'agira davantage de procéder à une analyse de la définition de cette dernière, et surtout de sa réception au sein des établissements de santé. En effet, le terme viendrait de l'anglais « *performance* », tiré par ailleurs de l'ancien français « *parformer* », signifiant réaliser, accomplir[6]. Celle-ci venait également du latin « *performare* », à savoir « *former entièrement* »[7]. La définition a évolué au fil du temps de façon spectaculaire. Autrefois, on disait qu'une performance était la « *manière dont s'est comporté un cheval dans une course (…) il se dit, par extension, en parlant des Athlètes, coureurs à pied, cyclistes, etc., qui ont pris part à une épreuve sportive et de ceux qui ont accompli un exploit sportif isolé* »[8]. Cette approche est à souligner car elle montre l'acception classique de la notion, renvoyant à un accomplissement dont le caractère exceptionnel devait être souligné. On

[5] **A. JAUNAIT,** *Comment pense l'institution médicale ? Une analyse des codes français de déontologie médicale*, Dalloz, Nouvelle bibliothèque de thèses, 2005.

[6] **J-P. DOMIN** et **M. NIEDDU**, « *La pluralité des approches en termes de performance* », Économie et institutions [En ligne], 18-19 | 2012, mis en ligne le 15 octobre 2012, consulté le 06 mai 2020. URL : http://journals.openedition.org/ei/483

[7] Dictionnaire de l'Académie française, 9ème éd., Paris, Tome 3 de Maquereau à Quotité, Imprimerie nationale/Fayard, 2011

[8] Dictionnaire de l'Académie française, 8ème éd., Paris, 1932-1935.

retenait la performance comme quelque chose de rare et désignant une particulière réussite. La définition moderne reste d'ailleurs sur cette idée en parlant du « *résultat obtenu par un cheval de course et, par ext., par un sportif, par une équipe* », ou encore d'un « *exploit* » ou d'une « *prouesse* »[9]. Une nouveauté permet néanmoins de s'approcher de la définition actuelle[10], puisqu'on parle également désormais des performances comme étant l'« *ensemble des caractéristiques techniques d'un véhicule, d'une machine, d'un dispositif, correspondant à ses capacités maximales* »[11].

11. Performance : maximisation. Désormais le caractère exceptionnel semble laissé de côté pour une notion tendant davantage vers la maximisation des facultés. L'Académie Nationale de Médecine définit le terme comme le « *résultat qu'obtient un individu dans une épreuve (ex. performance sportive, performance cardiaque)* »[12]. Il est également possible de voir la performance qualifiée comme le « *rendement, fiabilité très élevé ou exceptionnel d'une machine, d'un objet, d'un matériau* »[13], créant un lien incontestable vers le secteur industriel. Le mot rentabilité semble être davantage adapté au présent champ d'étude, à la condition toutefois de ne pas en laisser un autre de côté, à savoir la performance. A ce titre, Jean-Paul DOMIN et Martino NIEDDU n'hésitent pas à dire, à propos du monde marchand que « *la performance des institutions peut être dès lors étudiée comme leur efficacité coordinatrice : la théorie du marché comme celle de la firme traite de leur efficience dans l'allocation des ressources, et les économistes transmettent aux gestionnaires leurs règles d'efficience, ceux-ci étant chargés de définir les modalités pratiques de leur application dans les organisations. La maximisation du profit est alors consacrée* »[14]. La performance ici ne traite plus seulement le fait d'accomplir, quand bien même la chose serait rare, mais

---

[9] *Ibid.*

[10] En mettant volontairement de côté les éléments renvoyant à l'art contemporain et désignant d'après l'Académie française un « *évènement artistique associant diverses formes d'expression et dont le déroulement en présence d'un public constitue l'œuvre elle-même* ». *Ibid.*

[11] *Ibid.*

[12] Définition du terme « *performance* » au sein du dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine, Url : http://dictionnaire.academie-medecine.fr/search/results?titre=performance.

[13] Trésors de la langue française informatisés (TLFi), dernière version 1994.

[14] **J-P. DOMIN** et **M. NIEDDU**, « *La pluralité des approches en termes de performance* », *op. cit.*

plutôt d'y parvenir par le compromis ou l'équilibre. En renvoyant aux secteurs économiques et industriels, l'objectif est désormais d'atteindre cette maximisation, à savoir réaliser autant que possible en régulant les moyens mis à disposition.

12. Performance : dimension économique. Cette recherche de maximisation est particulièrement perceptible au cours de l'histoire économique. En effet, l'apparition des logiques modernes de gestion peut être située au XIXème lors de la révolution industrielle[15]. L'augmentation des capacités de production a largement complexifié les possibilités de contrôler une activité, si bien que des mécanismes ont dû être mis en place, à l'image du désormais bien connu contrôle de gestion. Cette pratique peut être définie comme étant une manière de piloter la production, ou encore plus généralement la performance, en veillant à un équilibre entre les ressources utilisées et les résultats obtenus. Il y a une véritable recherche d'optimisation de l'activité, et à proprement parler, d'efficience. Plus encore, cette nécessité de contrôler a trouvé sa justification par la variété des productions réalisées. Ainsi, comme l'expliquent Alain BURLAUD et Claude J. SIMON, « *l'organisation doit être finalisée, c'est à dire avoir des objectifs et une stratégie articulée sur ces objectifs et déclinée à différents niveaux* »[16]. Plus encore, ils ajoutent qu'« *il est compréhensible que les entreprises aient évolué sur ce point, sous la pression des faits. En effet, dans le cas d'une production standardisée avec un très faible niveau de variétés, le degré d'implication requis des différents salariés est très faible et la recherche opérationnelle fournit aisément le one best way*[17] *(…). Aujourd'hui, la variété extrême de la production*[18] *(…) et la segmentation très fine du marché conduisent à abandonner par nécessité la « planification centralisée » et à déléguer, ce qui ne peut aller sans finalités partagées* »[19]. Le secteur de la santé n'est pas en reste, et il peut être aisément compris que le développement des structures et des activités proposées

[15] Pour une illustration cinématographique du phénomène : **C. CHAPLIN**, *Les Temps modernes*, Chaplin – United Artists, 1936.

[16] **A. BURLAUD**, **C.J. SIMON**, Le contrôle de gestion, La Découverte, « Repères », 2013, p. 13.

[17] A ce sujet, les auteurs prennent notamment l'exemple du secteur automobile avec les usines Ford qui produisaient en 1908 un modèle unique de véhicule (Ford T) ou Peugeot qui entre 1945 et 1965 ne produisaient cette fois qu'un modèle de véhicule à la fois (Peugeot 203, 403 puis 404).

[18] Toujours sur l'exemple automobile, Citroën proposait au début des années 1990 près de 200.000 combinaisons de toutes les couleurs et options possibles de l'AX Citroën.

[19] **A. BURLAUD**, **C.J. SIMON**, Le contrôle de gestion, *op. cit.*, pp. 13-14.

par ces dernières justifie la nécessité de mettre en place une logique de gestion, là où les hospitalisations d'antan proposaient un schéma et surtout un objectif nettement plus simpliste, à savoir l'accompagnement de la charité et de la pauvreté[20].

13. Cet objectif de contrôle de gestion sur le plan économique s'associe parfaitement au développement de la logique de qualité. La notion est issue du secteur industriel. Elle détient à l'origine deux missions. Dans un premier temps, assurer la conformité des produits, avant de veiller à la satisfaction des usagers. La qualité était avant tout un contrôle de la conformité des produits aux spécifications préétablies. C'est finalement dans un second temps qu'elle est devenue une démarche a posteriori mesurant les paramètres prédéfinis de production[21]. En additionnant les exigences de gestion et qualité, la planification semble mise en valeur[22]. Des instruments nouveaux vont voir le jour et aider dans la nécessité d'organiser l'action sur le plan industriel. La roue de DEMING[23] est un exemple particulièrement évocateur[24].

---

[20] Il ne faut pour autant pas penser que la performance était complètement ignorée. En effet, comme le retenait Jean DOMAT, « *la police temporelle a aussi son utilité dans les établissements d'hôpitaux, en ce qu'on tire ceux qu'on y reçoit de la nécessité de vaguer mendiant leur pain, & de la fainéantise qui multiplie les larcins, les vols et les meurtres. Et les hôpitaux, sur tout ceux qu'on appelle hôpitaux généraux, ont encore cette utilité pour la religion & la police, que les aumônes sont plus utilement employées, que les pauvres sont mieux secourus, qu'ils ne sauraient l'être dans les autres lieux où leur pauvreté pourrait leur permettre de se retirer ; & qu'ainsi cessant de vaguer, ils sont beaucoup moins à charge au public* ». **J. DOMAT (Dir.)**, Les Loix civiles dans leur ordre naturel, Le Droit Public, et legum delectus, nouvelle éd. Par **HERICOURT**, **de BOUCHEVRET**, **GANEAU**, Titre XVIII Des Hôpitaux, 1745, pp. 501-519.

[21] ANAES, Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, avril 2002, p.10.

[22] A ce titre, l'ANAES expliquait d'ailleurs très bien que « *la poursuite du développement des démarches qualité a consisté à intégrer cette dynamique d'amélioration comme une dimension centrale du management des entreprises* (…) *historiquement les démarches qualité ont débuté, comme nous l'avons vu précédemment, dans les entreprises industrielles. Elles ont ensuite accompagné la transformation de l'économie en diffusant vers le secteur des services. Plus récemment ces démarches ont commencé à gagner les organisations non marchandes (enseignement, santé, secteur social, etc.) sous l'influence du constat de variations inexpliquées des pratiques et des résultats. La pression des usagers, plus avertis et donc plus exigeants, a également joué en ce sens* ».

[23] **W. E. DEMING**, Qualité, la révolution du management, Economica, 1988, p. 116.

[24] Cette méthodologie de management de la qualité s'articule en 4 temps. « *Plan* », à savoir planifier l'action à mener ou à réaliser. Puis « *Do* », c'est à dire réaliser. Ensuite « *Check* », donc contrôler l'action en cours. Enfin « *Act* », ajuster. Certains éléments peuvent différer. Ainsi, la seconde étape peut constituer le processus de réalisation, et donc de mise en place, ou une période d'expérimentation, reportant la mise en place lors du 4ème temps. Ce processus pour être opérationnel implique très clairement une organisation en amont, et un contrôle régulier afin de veiller que la façon de faire employée reste en adéquation avec les objectifs

14. Performance et efficience. Cette recherche de pertinence est à joindre avec l'idée d'efficience, et l'action s'insère également dans une logique plus gestionnaire où l'on va s'interroger sur celle-ci dans un contexte plus global. A ce sujet, Patrick GIBERT propose un triangle permettant de résumer certaines perspectives du contrôle de gestion dans les organisations publiques autour de trois axes, à savoir les objectifs, les moyens et les résultats[25]. Ici, les différents axes proposés par le triangle permettent d'identifier différentes mesures de pilotage de la performance[26]. Ainsi, l'efficacité découlera d'un résultat en adéquation avec les objectifs fixés. Ce résultat sera jugé efficient s'il est obtenu avec une utilisation mesurée ou limitée des moyens disponibles. Enfin, la mise en place de ces derniers devra être pertinente pour que les objectifs puissent être atteints.

15. Produire plus ou mieux ? Ces divers éléments mettent en lumière l'évolution de la notion de performance, et notamment le changement de perception qui lui est accordée. Désignant à l'origine quelque chose de rare, voire d'exceptionnel, elle semble désormais consister en une balance entre les moyens mis en place et les résultats obtenus. Plus encore, elle ne renvoie plus à un objectif de produire toujours plus, mais dans un premier temps de produire autant que possible. Le contrôle de gestion étant ici un outil aidant cette optimisation. Elle s'est finalement de nouveau complexifiée, puisque non contente d'exiger le plus possible, elle semble désormais demander le mieux possible, avec un contrôle de la qualité particulièrement pressant et un contrôle de gestion qui s'est affiné pour prendre en compte les moyens humains. Cette évolution est admise dans le secteur économique, elle semble l'être également s'agissant des établissements de santé au regard de la mutation de leur cadre juridique et statutaire.

---

poursuivis. Insérer dans un cadre mondialisé, grandissant et varié, l'action d'entreprendre ou de manager fait désormais parti d'un cadre contraint ou la pertinence doit être surveillée de manière permanente.

[25] **P. GIBERT**, Le contrôle de gestion dans les organisations publiques, Paris, Éditions d'Organisation, 1980. Avec possiblement des connexions entre ces différents axes : les objectifs et les moyens par la pertinence ; les moyens et les résultats par l'efficience ; les objectifs et les résultats par l'efficacité.

[26] Sur ces questions : **P. GRANDJEAN**, « *Outils et modèles de pilotage de la performance* », in **B. FERMON**, **P. GRANDJEAN (Dir.)**, Performance et innovation dans les établissements de santé, DUNOD, 2015, pp. 31-66.

B. Déploiement de la performance au sein des établissements de santé

16. La définition de la performance a donc évolué, ou s'est adaptée aux exigences et fonctionnements des entreprises, en passant d'un modèle d'extrême compétitivité, à un autre d'équilibre compétitif. Cette notion propre à l'origine au secteur industriel n'avait pas nécessairement vocation à le dépasser, et encore moins à atteindre les établissements de santé. La nature charitable et la typologie du public accueilli les éloignaient en principe d'une logique gestionnaire[27]. Pour autant, elle finira par s'y imposer du fait de la complexification de ces organisations. Ainsi, Alain COULOMB explique notamment que la démarche qualité n'était « *initialement pas admise dans le secteur de la santé, l'idée d'évaluer la performance d'un acteur sanitaire a dû être imposée comme une démarche structurante du système de soins* »[28]. Les pouvoirs publics sont venus adapter des méthodes propres au secteur industriel dans le cadre de la qualité, donnant ainsi plus de corps à la notion « *d'entreprise de soins de l'an 2000* » que le professeur Jean-Marie CLEMENT utilise très fréquemment pour définir l'évolution de l'hôpital[29].

17. Transposition des outils classiques de la performance à la santé. Les méthodologies liées à la performance précédemment définies illustrent assez bien l'organisation du système de santé. L'exemple de la roue de DEMING est un excellent reflet de la qualité en établissement de santé. L'étape « Plan » est préparée grâce à la planification de l'offre de soins. Ainsi, pour simplifier, il existait autrefois le schéma régional

---

[27] Même si le raisonnement économique reste, depuis toujours, central. Ainsi, dans la première lettre de saint Jean de Dieu à don Gutierre Lasso de la Vega, on relate les propos suivants : « *Et, pour tout cela, il n'y a pas de revenus, mais Jésus-Christ pourvoit à tout. Point de jour où il ne faille quatre ducats et demi et quelquefois cinq, pour approvisionner la maison en pain, viande, volaille et bois, sans compter les frais spéciaux de médicaments et d'habits. Quand les aumônes ne suffissent pas à pourvoir à tous ces besoins, je prends à crédit ; et parfois, il nous arrive aussi de jeûner. Voilà comme je me trouve, ici, endetté et captif pour Jésus-Christ seul. Je dois plus de deux cents ducats pour chemises, manteaux, souliers, draps de lit, couvertures et bien d'autres choses nécessaires en cette maison de Dieu, et aussi pour la nourriture des petits enfants qu'on y abandonne* ». Première lettre de saint Jean de Dieu à don Gutierre Lasso de la Vega, Grenade, 8 janvier 1550.

[28] **A. COULOMB**, Un regard différent sur le management hospitalier, d'après une étude réalisée pour la CAHPP, janvier 2009 Éditions CAHPP, p. 85.

[29] **J-M. CLEMENT**, 1900-2000 la mutation de l'hôpital, LEH janvier 2001. 4ème de couverture.

d'organisation sanitaire (SROS), mis en place en 1991[30], remplaçant la carte sanitaire en vigueur depuis 1970[31], et depuis remplacé par le schéma régional d'organisation des soins[32]. Désormais, l'organisation sanitaire s'articule autour du Projet régional de santé (PRS) composé d'un schéma régional de santé (SRS) fusionnant les dispositifs prévus pour les secteurs sanitaire (SROS) et médico-social (SROMS), d'un cadre d'orientation stratégique (COS) et d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)[33]. Sans expliquer les forces et faiblesses du dispositif, il faut noter que celui-ci expose le fait que le système de santé français repose sur un système d'organisation de l'offre de soins, en parfaite adéquation avec l'exemple de la roue de Deming. La seconde étape, « Do », ne pose pas de difficultés particulières de compréhension avec la simple mise en place, sous réserve d'un système complexe d'autorisation, de cette planification au niveau des professionnels. L'ensemble de la qualité vient au moment de l'étape « Check », qui impose un contrôle permanent, par le biais de la multiplication des procédures, audits, sur les pratiques des structures. Ce contrôle se concluant par l'évaluation. Enfin, l'étape finale « Act » comprend toujours une majeure partie de qualité, avec la prise en compte des éléments des contrôles, le but étant d'améliorer la performance des soins au quotidien.

18. Concernant le triangle proposé par Patrick GIBERT, celui-ci permet non seulement de comprendre le raisonnement associé au fonctionnement des établissements de santé, mais également de mettre en valeur les différents points de friction justifiant l'étude d'un tel sujet sur le plan juridique. En effet, triangle oblige, il est possible de raisonner en trois axes. A propos du lien entre les objectifs et les résultats, et notamment sur l'efficacité, la performance entre véritablement en jeu, avec une idée de productivité soignante difficilement critiquable. En outre, un véritable arsenal juridique existe tant au niveau de

[30] Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

[31] Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

[32] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

[33] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

l'organisation (la planification), des compétences (la formation encadrée[34]) et de l'égalité entre les patients[35]. Cet aspect de la performance n'est pas ou peu critiqué, la compétence des professionnels n'étant pas sérieusement remise en cause par les usagers du système de santé[36]. En revanche, le questionnement de la pertinence de l'allocation des moyens en rapport avec la définition des objectifs, constitue un enjeu permanent en santé. En outre, l'utilisation des moyens financiers reste un sujet discuté, celle des moyens humains l'est davantage. En effet, il est relativement commun d'entendre des critiques relatives au manque de personnel, et les différents textes juridiques existants ne font que mettre en valeur ces critiques[37]. Toujours est-il que les réflexions quant à la bonne distribution des moyens restent particulièrement nombreuses. Le problème vient principalement de la dimension suivante.

19. Efficience et définition des moyens. Ainsi la recherche du bon équilibre entre la définition des moyens et l'atteinte des résultats constitue une zone de conflit au sein du système de santé justifiant un tel sujet de recherche. En effet, l'efficience demandée ne serait pas nécessairement en adéquation avec ce qui serait attendu des professionnels de santé. Cette volonté de faire toujours plus avec moins entraine une perte de sens particulièrement remarquable, les personnels du secteur ayant le sentiment de répondre à des objectifs davantage économiques que sanitaires. L'exemple de l'évolution de la tarification est ici tout à faire révélateur de ce sentiment. En outre, la transition entre chacune des modalités montre bien cette évolution vers une logique non plus seulement de productivité mais également de rentabilité. Le prix de journée poussait les hôpitaux à garder leurs patients sur de longs séjours, puis la dotation globale les a obligés à faire preuve d'efficacité pour tenir leur budget tout en répondant aux besoins de santé. Enfin, la tarification à l'activité entraîne

[34] Avec pour un exemple intéressant, la qualification de diplôme d'État pour la majeure partie des professions hospitalières, impliquant une régulation des forces en présence par les pouvoirs publics.

[35] La consécration des droits des patients est un des enjeux majeurs de cette thèse, tant elle est l'une des conséquences de cette logique de performance. Elle sera largement définie dans le propos.

[36] Voir notamment : Regard porté sur l'hôpital et focus sur l'expérience-patient, Baromètre 360 à l'occasion de la Paris Healthcare Week 2019 le 21 mai 2019, ODOXA.

[37] Pour un exemple : Décret n° 2002-396 du 22 mars 2002 relatif à la durée du travail dans le secteur de l'hospitalisation privée et le secteur médico-social à caractère commercial.

un changement de logique, en accordant une valeur (pécuniaire) au soin, en encourageant à produire un maximum de soins dans un temps rapide. Et c'est bel et bien cette dimension qui dérange tout particulièrement les professionnels de santé. En effet, ces derniers exercent dans un cadre juridique particulièrement contraint du fait de l'accroissement du droit des patients, tout en étant face à une demande d'efficience entre les soins produits et le coût de ces derniers.

20. Performance source de conflit. La performance indéniablement est une source de conflit au sein des entreprises. Qu'elles relèvent du secteur de la santé ou non. Toutefois, les critiques y sont très largement exacerbées. En effet, on considère que la performance n'a pas forcément sa place dans ce domaine, et bien que cela ne soit pas dit directement, les considérations économiques sont nécessairement à prendre en compte. Face à ces difficultés, le Droit peine à encadrer les différentes exigences des parties prenantes. Pour autant, il ne faut pas croire qu'il n'existe aucune conscience de la nécessité de maitriser les dépenses de santé. Ainsi, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) explique notamment qu'« *en toute éventualité, l'effort consacré à la santé ne pourra être illimité, si bien que se posera de toute façon la question de son utilisation optimale. Or, il y a une profonde dimension éthique dans cette exigence d'une utilisation optimale de l'effort consacré à la santé, puisque seule elle est de nature à garantir le meilleur respect des valeurs de justice et de solidarité. En effet, tout divertissement partiel de cet effort hors des actions où il serait le plus efficace, à court, moyen et long terme, aboutirait à ce que des améliorations possibles en matière de santé ne puissent être apportées* »[38]. Par ailleurs, il ajoute dans un autre avis qu'il « *reconnaît évidemment la légitimité d'un arbitrage dans le respect des contraintes budgétaires de l'État* »[39].

21. Conflit quant à la réception de la performance. Cependant, il semble qu'il existe un conflit autour non pas de la notion de performance en elle-même mais de sa réception. En outre, l'ensemble des acteurs du monde de la santé, professionnels ou non par ailleurs, agit dans l'optique d'être performant. La notion paraît ainsi protéiforme. Le terme suscite

[38] CCNE, Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs, avis n°57, 20 mars 1998, pp. 1-2.

[39] CCNE, Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier, avis n°101, 28 juin 2007, p. 4.

le conflit alors qu'au fond il est assez largement plébiscité. C'est probablement dans l'un de ses aspects qu'il est finalement rejeté en santé. En outre, c'est sur la notion d'efficience qu'il faut s'attarder. Les définitions sèment pourtant le trouble. Le terme renverrait à l'anglais « *efficiency* » qui signifie « *la capacité d'agir en produisant un effet attendu » ou encore le « rendement, effet utile d'une machine, d'un appareil* »[40]. On trouve encore l'« *aptitude (d'une machine, d'une technique, d'une personne, ou d'une entreprise) à fournir le meilleur rendement* »[41]. Au sein de dictionnaires plus courants, le trouble est d'autant plus présent puisque l'on va lire que l'efficience est la « *capacité d'un individu ou d'un système de travail d'obtenir de bonnes performances dans un type de tâche donné ; efficacité* » avant d'ajouter en guise de difficulté que le terme est employé pour parler de la « *capacité de rendement, performance (dans un domaine technique) : l'efficience d'un système, d'une machine, d'une entreprise* »[42]. L'efficience est une notion, composante de la performance, qui dispose elle-même de multiples facettes au regard de ses définitions. Elle renvoie tout d'abord à l'efficacité, puis à une exigence de rendement qui sous-entend une quasi-exigence de rentabilité. A mesure que l'on définit les sous-ensembles de la notion, les frictions apparaissent, frictions face auxquelles le Droit compose mais ne répond jamais parfaitement.

22. Performance et efficacité. L'efficacité tout d'abord est la « *propriété de ce qui est efficace* », mais aussi « *l'aptitude d'une personne à accomplir sa tâche avec succès* »[43]. Le rendement ensuite renvoie à l'industrie, et à la « *production fournie* » ou au « *travail fourni* » en fonction d'une unité de mesure (par machine, par organisation, par travailleur, etc.)[44]. Il peut également signifier le « *rapport entre une production, un travail et la totalité des valeurs des unités qui permettent de l'obtenir* »[45]. Enfin, l'adjectif rentable qualifie l'entreprise « *qui procure un bénéfice,*

---

[40] Dictionnaire de l'Académie française (9ème édition), t.1 (de A à Enzyme), Imprimerie nationale/Fayard, 1992.

[41] Trésors de la langue française informatisés (TLFi), dernière version 1994.

[42] Dictionnaire en ligne Larousse, https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/efficience/27930?q=efficience#27786

[43] Dictionnaire de l'Académie française, *op.cit.*

[44] Trésors de la langue française informatisés (TLFi), *op. cit.*

[45] *Ibid.*

un revenu satisfaisant par rapport au capital investi », ou encore la technique « *dont la mise en place, l'utilisation assure ou augmente la rentabilité du système dans lequel il s'inscrit* »[46]. Ces trois éléments sont loin d'être antinomiques, l'efficacité ou l'idée d'atteindre ses objectifs est finalement le but de toute chose. Mesurer le rendement ne sera qu'une méthodologie encourageant l'efficacité. Enfin, la rentabilité désignera un idéal à atteindre. Bien sûr, l'objectif de rentabilité est une quasi-facette de l'efficience, il serait faux de considérer que toute activité de santé raisonne avec l'objectif d'être rentable. Cela est vrai pour le secteur privé lucratif notamment, vrai dans un sens négatif pour les secteurs non lucratifs, avec sinon l'idée de faire du profit, au moins l'objectif de répondre aux besoins sanitaires en limitant les pertes. Ces secteurs font aujourd'hui l'objet d'une quête d'un gain négatif. Cependant, ces éléments sont malgré tout sources d'ambitions et d'actions contradictoires qui perturbent le système dans son ensemble.

23. Ambiguïtés de la performance. Ce sont ces contradictions qui aujourd'hui cristallisent l'essentiel des critiques. En effet, la notion de performance est loin d'être fermement rejetée. Alain COULOMB explique notamment que « *le caractère discriminant de la qualité, de la sécurité et de la productivité sera probablement revendiqué à terme par les acteurs eux-mêmes, qui ne se satisferont pas d'une mauvaise corrélation entre l'importance des ressources affectées et la qualité obtenue* »[47]. Plus encore, le contrôle financier n'est absolument pas critiqué de manière globale. Pour Didier VINOT, « *la stabilisation de la croissance, les restrictions budgétaires, et le besoin toujours croissant d'équipements de pointe très coûteux, le regroupement des patients en associations, le mouvement mutualiste ou assurantiel toujours plus puissants, ont instauré le contrôle des ressources comme un fait social nécessaire* »[48]. Pour autant, elle reste sinon mal comprise, au moins critiquée dans son application. En outre, et au regard du développement de la logique gestionnaire, « *face à une si belle histoire contant le triomphe du management à l'hôpital, comment dès lors expliquer le malaise*

---

[46] Trésors de la langue française informatisés (TLFi), *op. cit.*

[47] **A. COULOMB**, Un regard différent sur le management hospitalier, d'après une étude réalisée pour la CAHPP, pp. 87.

[48] **D. VINOT**, « *Les « valeurs » du management en santé : quels fondements pour une éthique des comportements organisationnels ?* » in. **E. MARTINENT, M. STANTON-JEAN, M-F. MAMZER** (dir.), Réflexions et recherches en éthique, Mélanges en l'honneur du Professeur Christian Hervé, Dalloz, Thèmes, Commentaires, Études, 2018, p. 170.

des professionnels, le sentiment de tension et manque constant de ressources, alors que les budgets hospitaliers ont régulièrement doublé tous les 15 ans depuis 50 ans ? »[49]. Car si la performance est plébiscitée, elle ne l'est pas dans toutes ses composantes, et ici s'oppose la performance médicale à la performance économique, opposition que le Droit peine à arbitrer.

24. Oppositions professionnelles à la notion. Les professionnels eux-mêmes font part de cette opposition notionnelle. Les exemples ou retours d'expérience pourraient être nombreux. Emmanuelle PEREZ, psychologue exerçant dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et un Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), explique notamment que « *la performance que nous demande la loi aujourd'hui, dans le médico-social, ne devrait pas être du côté du comptable, de l'évaluation, du contrôle, du contrat via des projets dits personnalisés qui n'en sont pas vraiment parfois. Elle devrait être du côté de la création, de la confiance, des espaces et moments « soupape » pour respirer et dire sans craindre d'être jugé* »[50]. L'apport est intéressant car l'auteur ne se contente pas de rejeter la performance économique en bloc, mais propose également son idée de la performance, à savoir une recherche permanente d'optimisation de la relation de soins.

25. Les critiques liées à la performance économique sont nombreuses mais peuvent être synthétisées autour de la Tarification à l'Activité (T2A). Guy DELANDE met ainsi très bien en valeur les différentes remarques adressées à ce mode de financement. Il estime dans un premier temps que « *les pessimistes sont majoritaires et avancent de nombreux arguments pour justifier leurs inquiétudes. Celles-ci portent tout d'abord sur les risques inflationnistes – jadis observés avec le prix de journée – induits par la hausse potentielle du niveau d'activité et un volume de prestations plus élevé dans les segments tarifaires les plus payants que peut encourager ce nouveau mode de rémunération – en ouvrant notamment l'opportunité de lancer de nouvelles activités, immédiatement financées* ». Puis dans un second temps, il ajoute qu'« *il s'agit enfin du rappel des effets pervers potentiels inhérents à une*

---

[49] **D. VINOT**, « *Les « valeurs » du management en santé : quels fondements pour une éthique des comportements organisationnels ?* » in : *op. cit.*, p. 167.

[50] **E. PEREZ**, « *La performance a sans doute besoin du collectif pour exister* », in **C. DEMATEÏS** (coord.), Promouvoir l'humain en institution médico-sociale, Récits, analyses et perspectives de réajustements, Seli Arslan, 2018, p. 109.

tarification à prix fixe, à savoir d'une part la tentation de sélectionner – même de manière indirecte – les patients les moins coûteux, d'autre part le risque d'utiliser le paramètre : « amélioration de la qualité des soins » – actuellement mal observé et non rémunéré – comme variable d'ajustement, même si les études internationales n'apportent pas de confirmation d'une dégradation globale de la qualité des soins hospitaliers en liaison avec le recours au paiement prospectif »[51].

26. Pierre LE COZ ajoute également que « *les missions sociales qui, au-delà du sanitaire stricto sensu, entrent dans le champ de la promotion de la solidarité nationale requièrent des ressources budgétaires qui ne peuvent être traitées en termes de retours sur investissement. C'est pourquoi, sauf à convertir l'hôpital en usine de soin, les concepts de « performance » ou de « rentabilité » ne peuvent être transposés sans dommage dans le champ des décisions en santé* »[52]. Il existerait une spécificité de l'activité de santé qui entraîne un certain nombre de critiques face à cette recherche de performance toujours plus grande. On explique ainsi que « *si dans l'industrie, la performance c'est la qualité du produit, fabriqué en un temps minimum, aucune comparaison ne peut être faite, ni même seulement envisagée, avec notre secteur* »[53]. Cela induirait l'existence d'un risque « *encore plus grand, si cet emballement des logiques de rationalisation et de recommandations – encore largement méconnues des professionnels et qui, pour d'aucuns, s'avèrent être in fine des injonctions liées à l'évaluation-accréditation dans l'accompagnement des différents publics – amène une perte de sens au travail* »[54].

27. **Synthèse**. La notion de performance met ainsi en évidence un certain nombre de conflits à la fois professionnels et éthiques qui deviennent à terme juridiques. Si sa nécessité n'est pas discutée, le type de performance mis en place l'est en revanche davantage. Face à une performance jugée essentiellement comptable ou économique, de nombreuses voix s'élèvent pour le développement d'une performance médicale au sens gestionnaire du

---

[51] **G. DELANDE**, « *Les vicissitudes de la T2A* », LEH Édition, RDS, n° 15, 2007, pp. 127-130.

[52] **P. LE COZ**, « *L'exigence éthique et la tarification à l'activité à l'hôpital* », Revue de philosophie économique, vol. 10, no. 1, 2009, pp. 35-53.

[53] **P. ROUSSEAU** et **D. FABLET**, « *De la passion évaluative … au culte de la performance* », in **V. MEYER**, **(Dir.)**, 2002-2012 : Performance, sens et usure. Dans les pratiques des professionnels en travail social, Bordeaux, LEH Édition, 2012, GEPSo, p. 53.

[54] **V. MEYER**, « *Capitaliser un savoir professionnel : une belle performance* », in **V. MEYER (Dir.)**, 2002-2012 : Performance, sens et usure. Dans les pratiques des professionnels en travail social, Bordeaux, LEH Édition, 2012, GEPSo, p. 15.

terme. A savoir la prise en compte des besoins sanitaires avant la nécessité de maîtriser les dépenses qui y sont rattachées.

Section 2 : Clarification de l'objet d'étude, les établissements de santé

A. Accroissement de la technicité des établissements de santé

28. Présentation et historique. Si le progrès technique a été pour le moins vertigineux, les établissements de santé de leur côté, et la médecine dans son ensemble, ne sont pas en reste. En effet, ces évolutions colossales leur ont finalement permis de porter ce nom, et ainsi passer de l'hôpital essentiellement charitable, à l'établissement de santé. En outre, ces transformations ont entrainé un changement d'approche de la pratique médicale, davantage centrée sur une visée performancielle, à savoir la guérison. Certes, le progrès pouvait être autrefois, sinon nié, au moins refusé pour des raisons tant idéologiques que religieuses ou politiques. A ce titre, la période du Moyen-Âge a vraisemblablement connu un développement ralenti, et rarement la recherche ou la reconnaissance d'avancées, telles qu'elles soient, n'aura été empêchée ou freinée à ce point. Cette remarque valant d'ailleurs pour d'autres domaines que la santé. Les exemples de pratiques interdites ou s'étant construites dans une quasi-clandestinité seraient légions. Entre autres, le cas des barbiers-chirurgiens pourra seulement être évoqué[55], avec un cloisonnement strict pendant plusieurs

[55] A ce propos, **J.-N. FABIANI**, La fabuleuse histoire de l'hôpital du Moyen Âge à nos jours, Pocket, Éditions des Arènes, 2016, pp. 211-214 et plus particulièrement : « *Cette interdiction de la pratique de la chirurgie par les médecins, la plupart à l'époque membres du clergé, laissa le champ libre aux barbiers qui, par la force des choses, tenaient rasoirs et lancettes et possédaient (les seuls à l'époque) des lames coupantes. Il leur revint ainsi le redoutable rôle d'inciser les abcès, de pratiquer les saignées (souvent avec le même instrument !) ou de réduire les luxations. Ces barbiers-chirurgiens, ne dépendant pas l'université (et pour cause !), furent péjorativement considérés comme des manuels ignorants (ce qui était souvent exact) et à ce titre furent ignorés des médecins formés par les facultés de médecine et discourant en latin ! La chirurgie et la dentisterie se trouvèrent ainsi reléguées à un rang inférieur pour de nombreuses années* », pp. 211-212.

siècles entre médecine et chirurgie car « *le sang a toujours effrayé l'Église* », ou encore « *Ecclesia abhorret a sanguine* »[56], à savoir l'Église a horreur du sang[57]…

29. Influence d'abord limitée du progrès. Par la suite, l'influence du progrès fut considérable, bien que limitée dans un premier temps. Ainsi, les bienfaits qui y sont associés se sont longtemps centrés sur la gestion de la douleur[58]. Ainsi, l'hôpital du début du XIXème siècle « *n'est, bien sûr, pas l'hôpital d'aujourd'hui, suréquipé et aseptisé, entièrement consacré aux soins des corps malades, sinon des malades. Les soins médicaux n'y ont évidemment qu'une part limitée, très minoritaire par rapport aux autres services* »[59].

30. Accélération du progrès médical. Le XXème siècle, quant à lui, sera le théâtre de l'entrée du progrès, au sens médical du terme, dans les établissements de santé[60]. A ce titre, Jean IMBERT explique bien que « *jamais, au cours de l'histoire du monde, les progrès de la médecine n'avaient connu un tel essor, essor qui se continuera et s'amplifiera encore après la Deuxième Guerre*

---

[56] **F. QUESNAY**, **P.-F. GUYOT DESFONTAINES**, **A. LOUIS (collab.)**, Recherches critiques et historiques sur l'origine, sur les divers états et sur les progrès de la chirurgie en France / Vol I, Charles Osmont, 1744, p. 35.

[57] On rattache souvent cette interdiction à l'Église et plus particulièrement le Concile de Tours de 1163.

[58] A titre d'exemple, Charles RICHET expliquait ceci : « *le médecin doit se donner la noble tâche de combattre la douleur. C'est là son principal rôle : car bien souvent il est impuissant à arrêter les efforts de la maladie. L'organisme épuisé n'est pas une machine qu'un habile mécanicien peut remettre en état, et toutes les ressources de la thérapeutique sont impuissante à conjurer la mort d'un hydrophobe, d'un phtisique ou d'un cancéreux ; mais au moins, nous ne sommes pas désarmés contre la douleur et l'expérience de plusieurs siècles nous a légué de précieuses indications* ». **C. RICHET**, Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité, 1877, propos cités par **P. GUILLAUME**, Être malade en France du XIXe au XXIe siècle. Entre exclusion et réinsertion, LEH Édition, Ouvrages généraux, Bordeaux, 2015, pp. 11-12.

[59] **O. FAURE**, Genèse de l'hôpital moderne : Les Hospices Civils de Lyon de 1802 à 1845. Presses universitaires de Lyon, 1982 doi :10.4000/books.pul.31053, pp. 93-94. Il ajoute, dans le même ordre d'idée, que « *contrairement à une idée trop répandue, le pouvoir croissant des médecins anticipe largement sur un savoir encore mal affirmé. C'est ce contraste entre une science toujours balbutiante et un pouvoir grandissant sur l'hôpital et les malades qui caractérise la médecine hospitalière lyonnaise du milieu du siècle. Pour soigner à la mode nouvelle il faut d'abord modifier le malade, plus que combattre la maladie contre laquelle les médecins restent souvent désarmés* », p. 215.

[60] En outre, comme l'explique Jean-Noël FABIANI, « *jamais dans l'histoire la médecine ne connut tel bouleversement depuis 1950. Qu'il s'agisse des médicaments, des opérations, des possibilités de l'imagerie médicale, ou des dosages biologiques, un abîme sépare les années 1950 de l'époque contemporaine. Ce fut une grande chance pour un médecin que de vivre cette épopée. Ce fut une grande chance pour les malades de connaître une telle révolution dans les possibilités de guérir* »

mondiale »[61]. Il donne ainsi quelques exemples de progrès d'envergure, et ceci à plusieurs niveaux. Dans l'acte lui-même tout d'abord, avec l'amélioration du diagnostic[62] et de la thérapeutique[63] à une vitesse entrainant l'infraction d'exigences éthiques les plus élémentaires[64]. Par ailleurs, « *l'acte médical est celui qu'un homme qualifié pose en vue de guérir autrui. Depuis que le médecin s'est clairement distingué du thaumaturge et du mage par le caractère scientifique de ses interventions, il faut ajouter que l'acte posé en vue de guérir n'est un acte médical que s'il repose sur l'usage, au moins apparent, de connaissances biologiques unies à une technique appropriée* »[65].

31. Ce développement concerne également le matériel médical et chirurgical[66], tant dans son utilisation que dans sa mise à disposition[67]. Finalement, Jean BERNARD résume particulièrement bien le propos en expliquant que « *le destin des hommes a été profondément modifié. De nombreuses maladies, longtemps fatales, évoluent désormais vers la guérison. La mort des enfants, longtemps cruellement fréquente, est devenue rare. La durée moyenne de la vie est plus longue. Les vieillards sont nombreux, sains ou victimes d'altérations variées de la santé. Ces révolutions ont transformé les fonctions de l'hôpital. L'hôpital du passé était le lieu où venaient mourir les personnes pauvres. On les trouvait assemblées dans de grandes salles comptant cinquante, soixante lits. Des paravents cachant, de loin en loin, celle, celui qui vivait ses dernières heures. L'hôpital moderne admet ses patients dans des chambres*

---

[61] **J. IMBERT**, Histoire des hôpitaux en France, *op. cit.*, p. 388.

[62] Pour un exemple : « *En 1817, à l'hôpital Necker, Laënnec découvre la technique de l'auscultation immédiate, faite par l'oreille appliquée directement sur la poitrine puis celle de l'auscultation médiate, par le stéthoscope* », *Ibid.* p. 388.

[63] « *C'est Terrier, dans son service hospitalier parisien, qui applique cette méthode appelée « aseptie » : on viendra de partout y apprendre sa technique. La stérilisation voyait ainsi le jour, et sera utilisée couramment avec l'antiseptie entre 1890 et la Première Guerre mondiale ; elle ne se généralisera définitivement qu'après cette dernière* », *Ibid.* p. 391.

[64] « *Le développement de la chimiothérapie est tel qu'il n'est plus possible de fabriquer les nouveaux médicaments, très nombreux et très couteux, dans les pharmacies hospitalières. Parfois même, dans les services de pointe, les hospitalisés servent de cobayes pour le lancement de produits pharmaceutiques, malgré l'interdiction du formulaire général de Paris (1836)* ». *Ibid.*. p. 389.

[65] **R. SAVATIER, J. SAVATIER, J.-B. AUBY, H. PÉQUIGNOT**, Traité de droit médical, Librairies techniques, n°252, 1956, p. 11.

[66] « *Ces multiples découvertes conduisent au développement considérable du petit et du gros matériel : les améliorations sont constantes entre 1796 et 1941* ». **J. IMBERT**, Histoire des hôpitaux en France, *op. cit.*, p. 391

[67] « *Le petit matériel, peu coûteux, se répand géographiquement beaucoup plus vite : l'importance de la prise de température dans le diagnostic, démontrée dès 1870, entraîne très vite l'utilisation quotidienne du thermomètre et l'habitude d'établir pour chaque malade le tracé de la courbe de température* ». *Ibid.* p. 392.

d'un lit, de deux lits. Proches des secteurs cliniques sont placés de très forts complexes organismes techniques consacrés à la radiologie, à la chimie, à la biologie »[68]. Ces propos peuvent être interprétés et autorisent l'appréhension de ce changement de missions. En effet, désormais, la fonction d'accueil des anciens hôpitaux n'est plus suffisante. Elle doit s'associer à une dimension technique, avec un objectif de réussite, à savoir la guérison. Certes, la médecine ne permet qu'une obligation de moyens. En revanche, guérir est loin de la quasi-utopie évoquée par les propos précédents. Ainsi, il semblerait que la production au sein de ces structures ait basculé vers une logique industrielle. Jean-Marie CLEMENT en la matière parle « *d'industrialisation de l'hôpital* » et explique notamment qu'il « *est un fait que la production des soins hospitaliers obéit de plus en plus à une spécialisation des tâches qui pose la question de l'efficience des fonctions* »[69]. Il ajoute en outre que « *l'organisation de type industriel développe l'efficience pour offrir au plus grand nombre les meilleurs services* »[70].

32. Conséquence du progrès sur la typologie des structures. L'étude historique est indispensable pour comprendre cette évolution du rôle à jouer des établissements. Elle résulte d'une étatisation de la gestion de la santé déclinée au niveau territorial. Et en définitive, les missions spécifiques à chaque catégorie de structure se sont développées à haut niveau et forment désormais l'ensemble de leurs tâches. Les hôpitaux, ou hospices, avaient pour fonction principale l'accompagnement de la misère et la pauvreté. Ces dernières ne sont plus forcément les leitmotivs des hôpitaux. En revanche, l'idée d'accompagnement, la dimension sociale, elle, reste intacte, et a pu bénéficier de la performance ainsi que du progrès, pour se perfectionner, tant dans son offre[71] qu'aux modalités de prises en charge.

---

[68] **J. BERNARD**, préface de **J.-M. CLÉMENT**, 1900-2000 : La mutation de l'hôpital, LEH Édition, Ouvrages généraux, Bordeaux, 2001, p. 5.

[69] **J.-M. CLÉMENT**, 1900-2000 : La mutation de l'hôpital, *op. cit.*, p. 13. En outre, à ce sujet, il précise l'idée suivante : « *On est dans une chaîne de compétences qui caractérise la production industrielle où chacun des producteurs dépend du précédent et du successeur* », p. 14.

[70] *Ibid.*, p. 14.

[71] On pense notamment aux nouvelles formes d'accueil.

33. Par suite, concernant les cliniques privées, celles-ci répondaient à un besoin. Celui d'offrir à une catégorie de la population particulièrement large, à savoir le peuple qui n'était pas dans cette misère, la possibilité de bénéficier des fruits de ce progrès. A ce sujet, Olivier FAURE explique en outre que « *la réalité des établissements privés nait aussi du fonctionnement des hospices civils. Excluant les malades aisés, ils contribuent à l'émergence des actuelles cliniques commerciales qui reçoivent à prix d'argent ceux dont l'hospitalisation s'impose (…). On comprend dans ces conditions, la croissance précoce de l'hospitalisation privée, croissance d'autant plus impressionnante que l'hôpital public refuse de s'ouvrir à l'ensemble de la société* »[72]. Par ailleurs, le progrès de pointe les concerne également de près, les faisant devenir parfois des structures de taille plus modeste, mais avec une surspécialisation.

34. De ces éléments peut être conclue l'idée d'un établissement de santé ayant pour fonction d'accueillir le malade, dans la dignité et à la hauteur de son humanité, tout en lui offrant une réelle chance de guérison. Finalement, le progrès a permis aux structures de prendre une importance considérable dans la cité. Autrefois point d'accueil de la misère, les établissements de santé constituent désormais le centre névralgique des territoires avec des objectifs propres à notre temps : à savoir mieux vivre, et vivre plus longtemps. Ces considérations, intimement liées à des questions éthiques, ont impliqué une organisation et une structuration de ces entités, tant sur les plans gestionnaires que juridiques.

35. **Relation médecine-technique : présentation.** Les relations entre la médecine et la technique sont pour le moins tumultueuses, *a fortiori* sur le plan éthique. Ainsi, il est admis que réduire la première à la seconde n'est pas opérant, la médecine étant bien davantage que l'acte médical. En ce sens, dans la parabole du « *bon samaritain* », présente dans l'évangile de Luc[73], on trouve l'histoire de l'homme de Samarie qui, croisant la route d'un blessé, et « *ému de compassion lorsqu'il le vit* », « *s'approcha, et banda ses plaies, en y versant de l'huile et du vin ;*

[72] **O. FAURE**, « *Des maisons de santé aux cliniques chirurgicales* », in Les cliniques privées, Deux siècles de succès, Presses Universitaires de Rennes, 2012, p. 17.

[73] Luc 10-34.

puis il le mit sur sa propre monture, le conduisit à une hôtellerie, et prit soin de lui »[74]. A contrario, il apparait aisé de ne voir cette dernière qu'à l'aune de la technique, les progrès de celle-ci laissant parfois entendre que la médecine lui devrait tout ou l'essentiel. En réalité, il semble qu'un équilibre se dégage de cette opposition. S'il est évident que la médecine constitue une approche globale, il n'en reste pas moins que l'essor technique et technologique des deux derniers siècles a contribué à la réalisation des objectifs éthiques qui lui sont inhérents. Ces évolutions permettent de répondre à des exigences classiques. Ainsi, le Serment d'Hippocrate antique imposait déjà une mise en valeur de la pratique médicale[75] et un respect du malade en tant qu'individu tout en préservant l'honneur de la profession[76].

36. Cela étant, la prise en compte des évolutions de la médecine, et de l'émergence du système de santé publique, a autorisé le Conseil National de l'Ordre des médecins à mettre à jour ce Serment, en illustrant d'autres valeurs désormais primordiales et exposant tout particulièrement en quoi le progrès permet désormais de voir plus loin. D'un point de vue strictement technique, le texte, mis à jour en 2014, explique désormais que le « *premier souci* » du médecin « *sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et*

---

[74] Propos cité par : **F. VIALLA**, « *« Salutat vos lucas medicus carissimus ». L'ambivalence des devoirs du médecin* », in : **B. PY, F. VIALLA, J. LEONHARD (coor.)**, Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau. Droit médical et éthique médicale : regards contemporains, Deuxième partie, LEH Édition, Collection Mélanges, Bordeaux, 2015, p. 209. L'auteur ajoute que « *l'ambivalence du soin est ici magistralement révélée* », mais également que « *l'acte ne saurait être circonscrit à cette seule dimension scientifico-technique, il incombe, encore, à l'acteur de santé de « prendre soin »* ».

[75] Serment d'Hippocrate, texte grec ancien, autour du 4ème siècle avant JC : « *Je mettrai mon maître de médecin au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon avoir et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères, et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je ferai part des préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre. Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice* ».

[76] « *Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion ; semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif, je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté. Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille. Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves. Quoi que je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas* ».

mentaux, individuels et sociaux »[77]. Il montre finalement un dépassement du colloque singulier. L'acte médical s'insère dans un système de santé publique mais n'est perçu que comme une composante de celui-ci, là où le Serment antique semblait l'ériger comme une fin. Bien que le texte n'ait pas de valeur juridique contraignante à proprement parler, il n'en reste pas moins une pièce prépondérante de la déontologie, un fil conducteur de l'exercice médical.

37. Dépassement de la dimension technique. Avant d'envisager plus largement ses implications sur l'organisation d'une structure de santé, le progrès technique autorise à dépasser la seule dimension technique du soin, afin de percevoir l'homme comme un être. Ainsi, « *l'homme ne se saisit pas lui-même d'abord comme un organisme biologique, mais comme un être incarné. Le corps est spécifique de l'homme et les animaux n'ont pas de corps. Pour découvrir l'organisme de l'homme, il faut l'abstraire du corps (c'est ce que fait la médecine). Les besoins naturels de l'homme seront donc englobés dans le désir qui leur donnera leur véritable forme. Ceci se vérifie dans les activités les plus humbles : aucun homme ne s'habille uniquement pour se protéger des intempéries (il pourrait fort bien s'habituer ; ou encore se contenter de se couvrir d'une couverture percée de trois trous), mais pour marquer sa différence avec un animal naturel et s'inscrire dans un cadre social* »[78]. Ces propos illustrent efficacement cette idée. En effet, ils permettent de comprendre qu'il convient de penser l'homme au-delà de sa seule enveloppe corporelle. Par extension, l'attention qui lui est prêtée se doit d'aller plus loin que les soins techniques qu'on exerce sur lui, nonobstant l'importance de cet art. Comme le note François VIALLA, « *le corps ne saurait se réduire à un objet, ce corps est vivant ou, plus exactement, il est un corps vécu. Depuis toujours le soignant s'évertue à soigner le corps malade. Il découvre progressivement que ce corps est celui d'une personne, laquelle ne peut être réduite à une pathologie, à un âge ou un handicap, à un matériau de recherche. Le patient n'est pas objet de soins mais sujet de soins* »[79].

---

[77] Serment d'Hippocrate, texte revu par l'Ordre des médecins en 2012.

[78] **D. FOLSCHEID**, **J.-F. MATTEI**, « *Chapitre III : Éthique et anthropologie* » in **D. FOLSCHEID**, **B. FEUILLET-LE MINTIER**, **J.-F. MATTEI**, Philosophie, éthique et droit de la médecine, Thémis Philosophie, PUF, 1ère éd. 1997, p. 41.

[79] **F. VIALLA**, « *3 – Le consentement* », in : **E. MARTINEZ, F. VIALLA (Dir.)**, Les grands avis du Comité Consultatif National d'Éthique, Lextenso éditions, LGDJ, 2013, p. 138. Voir également : **J. RUSS, C. LEGUIL**, La pensée éthique contemporaine, PUF, Que sais-je ?, 4ème éd. 2012, p. 58.

38. L'anthropologie d'Emmanuel KANT, ou son étude de l'humain, met en lumière cette construction. D'après lui, au sein de celle-ci se distingue le point de vue psychologique qui « *tend à l'exploration de ce que la nature a fait de l'homme* », et le point de vue pragmatique, qui est la connaissance « *de ce que l'homme, en tant qu'être de libre activité, fait ou peut et doit faire de lui-même* »[80]. A l'évidence, il en résulte que l'homme, en tant que sujet, doit être envisagé dans l'ensemble de ses composantes, à savoir ce qu'il est, mais également ce qui l'entoure. L'évolution de la médecine, ou tout du moins son appréhension, semble avancer, au moins en partie, en ce sens. En effet, le progrès technique n'a pas seulement perfectionné la relation de soins, bien qu'elle pût en elle-même largement mûrir. Aussi, « *notre siècle se termine avec une révolution scientifique sans précédent. Nos connaissances ont davantage progressé en cinquante ans qu'en cinquante siècles. Il n'est pas d'activité humaine qui n'ait été bouleversée par un nouveau savoir. Les nouvelles connaissances placent l'homme devant de nouvelles situations. Celles-ci exigent de nouveaux choix qui impliquent de nouvelles libertés et donc de nouvelles responsabilités. C'est surtout dans le domaine de la biologie et de la médecine que les questions les plus cruciales s'imposent. Elles touchent à la vie, la mort, la souffrance, les différences et le destin et ne peuvent être ignorées* »[81]. En revanche, ce progrès, au sens large du terme, a permis d'accorder ou d'accroitre le rôle de la médecine au sein de la société. Désormais, celle-ci revêt des fonctions bien plus étoffées, telles que la prévention, la rééducation, le suivi, etc… Finalement, elle constitue une composante de ce système de santé publique, grâce à son évolution.

39. **Apports de la technique à la médecine.** La médecine, comme la santé, a évolué au cours de l'histoire, ainsi que la façon même de la penser[82]. Marion GIRER, sur cette

---

[80] **E. KANT**, Anthropologie du point de vue pragmatique, Paris, Vrin, 1964, préface, p.11, cité par **D. FOLSCHEID**, **J.-F. MATTEI**, « *Chapitre III : Éthique et anthropologie* » in **D. FOLSCHEID**, **B. FEUILLET-LE MINTIER**, **J.-F. MATTEI**, Philosophie, éthique et droit de la médecine, Thémis Philosophie, PUF, 1ère éd. 1997, p. 33.

[81] **J.-F. MATTEI**, « *Préface* », in **L. DUBOUIS (dir.)**, Progrès médical et droit européen, La documentation française, Collection Monde européen et international, Centre d'Études et de Recherches Internationales et Communautaires Université d'Aix-Marseille III, Paris, 1999, p. 3

[82] **M. GIRER**, Contribution à une analyse rénovée de la relation de soins. Essai de remise en cause du contrat médical, LEH Édition, Collection Thèses, Bordeaux, 2008, p. 33. En outre, l'auteur cite le propos suivant (p. 20) : « *à chacun des stades de la pensée, la médecine a un visage différent. Il y a la médecine des mythes, celle du monde archaïque et magique, anthropomorphique et anthropocentrique, celle employée lors de l'adoration de l'ordre divin, celle*

évolution, explique en outre que « *les dernières décennies du siècle précédent ont été l'occasion d'une véritable révolution thérapeutique, qui perdure et s'accentue à l'aube du XXIème siècle. Celle-ci n'a pas eu un impact uniquement technique, mais elle a étendu ses ramifications dans de nombreux domaines de la vie en société. Notamment elle a permis d'accroître de manière exponentielle les pouvoirs des médecins, qui ont désormais à leur disposition un arsenal de techniques et de médicaments nouveaux* »[83]. En ce sens, René SAVATIER parlait notamment de « *l'ère de l'équipe et de l'équipement* »[84]. Par extension, il apparait donc que l'avancée technique a permis ou favorisé l'amélioration de la relation de soins, et sans doute de la vision même du soin. Henri PÉQUIGNOT, expliquait que « *cette rencontre, on l'avoue bien, est celle d'une technique scientifique et d'un corps, mais on aime à souligner que se sont essentiellement deux âmes, ou, si l'on préfère, un langage plus moderne, deux personnes humaines qui réagissent l'une sur l'autre* »[85] D'un point de vue éthique, et sans étudier plus largement l'opposition entre médecine et technique, il faut retenir que la seconde a offert à la première les moyens d'assumer ses ambitions, voire de les dépasser. Désormais loin de se limiter à la seule prise en compte de la souffrance de l'être humain, elle s'autorise dorénavant à tenter de lui offrir une vie meilleure. L'idée n'est plus seulement d'accompagner humainement vers la mort ou de recevoir une certaine misère sociétale.

40. Aujourd'hui la médecine au sein d'un établissement de santé permet d'envisager bien plus que cela. Pensé au sein d'une dimension collective, il devient un lieu où la prise en charge de la précarité se confronte avec une quête de bien-être. Plus encore, son action est tournée vers une pratique collective de la santé. Cette dernière se veut organisée, afin d'offrir au plus grand nombre la perspective d'une prise en charge de qualité. Finalement,

---

du rationalisme récent, triomphant puis déclinant ». **M. TUBIANA**, « *Histoire de la pensée médicale. Les chemins d'Esculape* », Flammarion, Champs, n°384, 1995, p. 31.

[83] **M. GIRER**, Contribution à une analyse rénovée de la relation de soins. Essai de remise en cause du contrat médical, *op. cit.*, p.33. Elle ajoute également à ce propos : « *L'efficacité et la technicité croissantes de la science médicale ont modifié la manière dont la médecine est perçue. Ces modifications sont de deux ordres : d'une part, les médecins ont été dessaisis en partie de leur monopole en raison d'un accès de plus en plus large des patients aux informations d'ordre médical, ce qui a entraîné une « désacralisation » de la profession. D'autre part, l'échec est devenu, dans l'esprit des usagers du système de santé, un aboutissement anormal de la relation de soins, témoignant d'un refus de supporter les risques de l'acte médical* ».

[84] **R. SAVATIER**, Les Métamorphoses économiques et sociales du droit privé d'aujourd'hui, 2ème série l'universalisme renouvelé des disciplines juridiques, Dalloz, 1959, n°205, p. 229.

[85] **H. PÉQUIGNOT**, Médecine et monde moderne, Les éditions de minuit, Paris, 1953, p. 14.

l'éthique individuelle s'est vue peu à peu complétée d'une éthique collective ou organisationnelle. L'humain reste au centre de la relation de soins, mais son humanité est envisagée dans un système de santé publique très poussée.

41. Distinction nécessaire humain-individu. En revanche, un premier paradoxe peut être exposé, car si l'homme est appréhendé dans sa globalité, il est important de ne pas confondre humain et individu. En effet, si le premier est au cœur de la politique de santé publique, au centre des préoccupations de la médecine, l'individu ne bénéficie pas de prérogatives absolues et n'est en rien tout puissant. Aussi, Benjamin PITCHO explique à ce propos qu'il est « *évident que la dignité incarne une valeur souveraine imposée à la personne plutôt qu'une éventuelle liberté individuelle. Il devient certainement plus intéressant de constater que la dignité de l'être humain remplit la fonction d'une valeur d'ordre public. Non seulement elle ne fonde pas le droit au consentement, mais la sauvegarde de la dignité du patient s'accommode parfaitement des internements psychiatriques non désirés* »[86]. L'auteur parle de la dignité « *comme expression d'un consentement social* », en ajoutant que « *la dignité interdit la réalisation d'actes médicaux qui sont supposés faire renoncer au bénéfice de l'humanité à son destinataire* »[87]. Sur le plan éthique, ces éléments n'ont rien d'anodins. L'appréhension de cette hausse des possibilités a permis au Droit de faire naitre un système de santé publique, certes bénéfique pour l'individu, mais pour autant à visée essentiellement, si ce n'est seulement, collective. En ce sens, la prise en compte de l'éthique s'accroit d'un point de vue individuel, mais gagne également en profondeur au niveau organisationnel, et donc collectif.

B. Impact sur le rôle des établissements de santé

42. Réorganisation des structures. Cet accroissement de la dimension technique au sein des structures a nécessairement conduit ces dernières à s'organiser. Et finalement, avec la naissance d'un système de santé publique en fil conducteur, les établissements en sont devenus une composante de première importance, adoptant ainsi un positionnement sensiblement éloigné de celui qui était le leur autrefois. Auparavant acteurs territoriaux

[86] **B. PITCHO**, *Le statut juridique du patient*, LEH Édition, Collection Thèses, Bordeaux, 2004, p. 512

[87] *Ibid.* p. 513

cantonnés à un rôle limité, à défaut de missions réellement définies, ils sont désormais autant d'axes centraux au sein de ces territoires. Ce constat résulte, là-encore, d'un signe manifeste d'une performance accrue, tant l'organisation évoquée était loin d'exister il y a encore moins d'un siècle. Dorénavant, ces structures sont de véritables entreprises, avec un idéal de productivité à atteindre. Ce terme surprend en matière de santé, et à bien des égards il peut revêtir des aspects négatifs en la matière. Cela étant, il s'inscrit dans un objectif d'assurer un accès aux soins à l'ensemble de la population. Ainsi, les établissements de santé constituent des organisations à part entière.

43. Présentation historique. Historiquement, tant à la fin de l'Ancien Régime qu'au cours du XIXème siècle, la situation des hôpitaux n'est guère reluisante[88]. De plus, Jean-Pierre GUTTON ajoute qu'au sein des hôpitaux, « *la promiscuité, qui est trop souvent la règle, est le principal facteur de contagion* »[89], mais aussi que « *la coutume de « doubler » ou de « tripler » les lits est, au demeurant, révélatrice d'une conception hospitalière qui, précisément, n'est pas médicale mais celle d'un accueil aux malheureux* »[90] ou encore que « *le côté hospice des pauvres de l'hôpital demeure très ressenti* »[91] et de conclure finalement que « *nous sommes bien loin de l'actuelle médicalisation de la mort à l'hôpital !* »[92]. Par ailleurs, même après la Révolution, « *l'image dominante, c'est celle du désordre, et les scènes de la vie quotidienne l'apparentent à quelque cour des miracles plus qu'à l'univers*

---

[88] A titre d'exemple « *le savant Tenon, chargé par Louis XVI de visiter les différents hôpitaux de Paris, dresse un constat édifiant : les « enfants, scrophuleux, dartreux, teigneux… » couchent à trois par lit ; il en est de même pour les femmes accouchées « réunies quatre et plus dans un seul lit, à diverses époques de leurs couches… la plupart périssent ou sortent languissantes ». La gale est générale à l'hôtel-Dieu poursuit le rapport : « les chirurgiens, les infirmiers la contractent ou en soignant les malades ou en maniant leurs linges. Les malades guéris qui l'ont contractée la portent dans leur famille et l'hôtel-Dieu est une source inépuisable d'où cette maladie se répand dans Paris »* ». **A. LECA, A. LUNEL, S. SANCHEZ**, *Histoire du droit de la santé*, LEH Édition, Intempora, Bordeaux, 2014, p. 108, citant TENON, Mémoire sur les hôpitaux de Paris, 3è mémoire consacré à l'hôtel-Dieu.

[89] **J.-P. GUTTON**, « *Réformes, projets et réalités : la fin de l'Ancien Régime* », in **J. IMBERT**, Histoire des hôpitaux en France, *op. cit.,* p. 260.

[90] *Ibid.* p. 260.

[91] **J.-P. GUTTON**, « *Réformes, projets et réalités : la fin de l'Ancien Régime* », in **J. IMBERT**, Histoire des hôpitaux en France, *op. cit.*, p. 262.

[92] *Ibid.* p. 263.

policé que décrivent les règlements »[93]. La littérature parle parfois avec sévérité de la pratique médicale. André VACHERON, lors d'un discours auprès de l'Institut de France disait tout d'abord que « *pendant longtemps le médecin a pris ses décisions fort de ses certitudes, véritable apôtre de la vérité et de la morale comme le définissait Georges Cabanis en 1804. Cette assurance des médecins pouvait s'expliquer par leur ignorance. Leur suffisance était liée à leurs insuffisances soulignait Jean Bernard en 1977* »[94], avant de citer LA BRUYERE[95] et VOLTAIRE[96], tous deux assez virulents envers les médecins.

44. Évolution textuelle. Dans les textes, le rôle des établissements a fortement évolué et montre bien les difficultés originelles et persistantes[97]. Ainsi, la première étape législative a été de définir le nouveau cadre laïc de gestion, sans forcément remettre véritablement en cause le fonctionnement interne, laissant donc perdurer les carences précédentes. En premier lieu a été défini la gestion communale des hôpitaux avec le maire comme président du conseil d'administration[98]. Dès la fin de l'Ancien Régime, l'objectif était donc de faire des structures de santé des acteurs locaux. Par la suite, les hôpitaux vont obtenir leur autonomie et acquérir une personnalité juridique quand les établissements privés vont être reconnues[99]. Cela veut dire que les premiers ne seront plus rattachés comme auparavant à leur commune d'implantation, bien que celle-ci conserve un réel pouvoir d'avis par le biais

---

[93] **O. FAURE**, Genèse de l'hôpital moderne : Les Hospices Civils de Lyon de 1802 à 1845. Presses universitaires de Lyon, 1982 doi :10.4000/books.pul.31053, p. 94

[94] **A. VACHERON**, « *Le doute en médecine* », Séance solennelle de rentrée des cinq Académies 2010 sous la présidence de Monsieur Roger Taillibert, président de l'Institut de France, président de l'Académie des beaux-arts, sur le thème : « Le doute », p.16

[95] « *Les médecins sont des hommes payés pour débiter des fariboles au chevet d'un malade, jusqu'à ce que la nature l'ait guéri ou que leurs remèdes l'aient tué* ».

[96] « *Les médecins administrent des médicaments dont ils savent très peu, à des malades dont ils savent moins, pour guérir des maladies dont ils ne savent rien* ».

[97] **A. LECA, A. LUNEL, S. SANCHEZ**, *Histoire du droit de la santé*, LEH Édition, Intempora, Bordeaux, 2016.

[98] Loi du 16 vendémiaire an V.

[99] Loi du 7 août 1851 sur les hôpitaux et les hospices.

de la commission administrative[100]. De plus, elle autorise tous les malades dans le besoin à être hospitalisés sans considération de son lieu de résidence. Cependant, force est de constater que si la consécration de l'implantation locale des structures prend forme, la modification du rôle, elle, n'est pas totalement amorcée. En outre, le propos précédent conserve la dimension charitable[101], et si l'universalité de la santé en France se dessine, elle n'est au XIXème siècle qu'une ébauche.

45. Réduction de la dimension charitable. Plus tard, l'évolution des textes législatifs, sur fond de naissance de l'assurance maladie, exposera plus largement le nouveau positionnement des établissements de santé, désormais ouverts à tous[102]. Ce développement semble être le reflet d'un changement de temps, d'une transition entre une époque où les structures publiques obéissaient aux principes de charité, impliquant inévitablement une liste limitative de personne admissible, et la période actuelle reposant sur un principe d'ouverture. Cette transition semble consommée en 1958 et la mise en place d'un article L. 679 du code de la santé publique expliquant que « *les hôpitaux et hospices publics sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services* »[103]. Il n'est donc plus question de distinguer les malades. Le texte permet de conclure à une validation du positionnement de l'établissement de santé, public du moins, tant au niveau territorial que médical, s'agissant de la santé publique.

---

[100] Sur ces questions : **J.-M. CLÉMENT**, Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours, LEH Édition, Essentiel, Bordeaux, 2007, pp. 14-18.

[101] L'article 1er de la loi du 7 août 1851 sur les hôpitaux et les hospices énonce que « *lorsqu'un individu privé de ressources tombe malade dans une commune, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission dans l'hôpital existant dans la commune* ».

[102] Par exemple, en 1941, dans ce qui constitue selon certains la première grande loi hospitalière, on explique que « *les hôpitaux et hospices reçoivent (…) les malades, les vieillards, infirmes et incurables, les femmes en couches admis au bénéfice des lois d'assistance. Ils reçoivent, en outre, les malades qui doivent être soignés aux frais de l'État ou des collectivités publiques ainsi que les bénéficiaires des lois sur les accidents du travail et sur les assurances sociales. Enfin, ils reçoivent des malades, des vieillards, des infirmes et incurables, des femmes en couches n'appartenant pas aux catégories ci-dessus dans les conditions qui sont fixées par le règlement d'administration publique prévu à l'article 35* ». Art. 2 de la loi du 21 décembre 1941 aux hôpitaux et hospices civils.

[103] Art. L. 679 du code de la santé publique issu de l'Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière.

46. Émergence du service public hospitalier. De surcroit, l'aboutissement, permettant de comprendre le système de santé publique moderne, et le rôle que les établissements de santé ont à y jouer, peut être trouvé en 1970[104], avec la définition d'un service public hospitalier indépendant de la qualité juridique des structures. Celui-ci « *est assuré (…) par les établissements d'hospitalisation publics ; (…) par ceux des établissements d'hospitalisation privés qui répondent aux conditions définies aux articles 40, 41 et 42 de la présente loi* ». Ceux-ci « *sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure d'accueillir les malades, de jour et de nuit ou, en cas d'impossibilité, d'assurer leur admission dans un autre établissement appartenant au service public hospitalier. Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur* ». Enfin, la participation des autres structures était aussi prévue : « *les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui sont mentionnés ci-dessus peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités prévues à l'article 43 de la présente loi* »[105]. Pour comprendre la logique dans son ensemble, il faut se référer à l'article 1 de cette loi qui explique que « *le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de soins est un des principes fondamentaux de notre législation sanitaire, sous réserve des dispositions prévues par les différents régimes de protection sociale, en vigueur à la date de la présente loi. La protection sanitaire du pays est assurée par les membres des professions de santé d'une part et par les établissements de soins, publics ou privés, qu'ils participent ou non au fonctionnement du service public hospitalier institué par la présente loi, d'autre part* »[106].

47. En définitive, la construction du rôle des structures de santé, grâce notamment au progrès et donc à la performance, s'est articulée autour d'une volonté de faire des établissements des entreprises de pointe en matière sanitaire dont les compétences seraient à disposition de l'ensemble de la population. En cela, ils sont désormais des acteurs à part entière d'une politique de santé publique, ce qui permet de comprendre qu'ils sont au

---

[104] Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

[105] Art. 3, Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

[106] Art. 1, *Ibid.*

service de la population, et non du seul individu, distinction importante sur le plan éthique. Si cela n'a pas empêché la mise en place d'un système hospitalo-centré[107], il apparait en revanche que l'ouverture massive du progrès médical au plus grand nombre est effective et efficace. En réalité, cette transition vers l'entreprise de soins enrichit la dimension éthique qu'il est possible d'associer à cette dernière. En effet, dorénavant, l'éthique s'étudie non seulement au niveau individuel, d'un point de vue purement médical, mais également dans le cadre d'une conscience collective, en pensant l'établissement de santé comme une entreprise, mais plus encore, comme une organisation à part entière, au sein d'un système de santé publique.

48. Progrès médical et dépassement de la relation de soins. Finalement, les progrès techniques ont autorisé l'élargissement de la vision de la médecine au-delà de la relation de soins. Ils ont permis de rendre possibles des objectifs souvent évoqués par les auteurs ou gouvernants classiques, mais rarement réalisables en pratique, faute de posséder les moyens nécessaires. Aussi, « *l'introduction récente d'une approche collective des problèmes de santé a fait émerger des questions nouvelles, et a déclenché une réflexion éthique sur ce type d'actions. Dans le même ordre d'idées, l'apparition il y a quelques années d'une efficacité inconnue jusque-là de la pratique médicale avait déjà bouleversé bien des positions, et nous avait fait pencher sur les notions d'éthiques médicale avec un regard nouveau* »[108]. Cela étant dit, la pratique médicale peut s'envisager à différents niveaux d'un point de vue éthique. En outre, elle ne se limite plus au colloque singulier, mais s'inscrit désormais dans un cadre réglementé, dont la seule préoccupation n'est plus l'éthique de l'individu. Aujourd'hui, une éthique organisationnelle[109], plus collective, est mise en valeur par le biais de ce système de santé publique.

---

[107] Voir notamment : **F. VALLETOUX**, « *L'hôpital & le Droit : de l'îlot au territoire* » in : **I. POIROT-MAZÈRES, M. TOUZEIL-DIVINA (Dir.)**, Quarante ans de droit(s) de la santé, L'Épitoge, Droit(s) de la santé, Vol. 1, 2022, pp. 325-331.

[108] **J.-L. SAN MARCO**, « *Chapitre XI : Éthique et santé publique* » in : **D. FOLSCHEID**, **B. FEUILLET-LE MINTIER**, **J.-F. MATTEI**, Philosophie, éthique et droit de la médecine, Thémis Philosophie, PUF, 1ère éd. 1997, p. 497.

[109] Sur l'éthique organisationnelle : **M. DUPUIS**, L'éthique organisationnelle dans le secteur de la santé, Ressources et limites contextuelles des pratiques soignantes, Seli Arslan, 2014.

49. **Progrès médical et rôle des établissements.** Plus précisément, le CCNE illustre bien ce propos dans son avis 57 en expliquant notamment que « *l'amélioration de la santé au XXème siècle a été la conséquence conjointe de trois évolutions : le progrès scientifique et technique, le développement des systèmes d'entraide solidaire et le développement culturel économique avec ses corollaires que sont l'amélioration des conditions de vie individuelles et de l'hygiène. De même, les espoirs de progrès thérapeutiques pour le siècle prochain reposent sur la progression des connaissances et des techniques* »[110]. Plus loin dans cet avis, il plaide « *pour une meilleure analyse du besoin de santé* »[111], en ajoutant qu'à « *l'intérieur du besoin de santé il y a un très large champ qui fonde vraiment l'effort de solidarité et qui a été dessiné de nouvelle manière par le progrès technique, et d'autres tâches qui en réalité ne relèvent de cette solidarité qu'en raison d'habitudes et des intérêts qui y sont liés. Si cela est exact, la solidarité continuerait à couvrir aussi largement qu'aujourd'hui le besoin de santé, mais non pas n'importe quelle demande (…). Cette entreprise de redéfinition du besoin de santé ne doit pas se limiter à un point de vue de pure technique médicale* »[112]. Ainsi, le progrès technique a directement influencé la façon dont la santé est pensée[113], mais également le rôle des établissements. En effet, alors qu'il règne aujourd'hui le sentiment que les possibilités en matière sanitaire n'a pas de limite, il n'en reste pas moins que nonobstant les outils existants désormais pour améliorer les conditions de vie de l'individu, la structure de santé s'inscrit dans une dimension collective, ou la communauté se place indirectement au-dessus du seul particulier.

50. Pour autant, cela ne doit pas être observé d'un regard négatif mais plutôt sous l'angle de l'organisation nécessaire pour encadrer ce progrès exponentiel. Ceci afin de proposer

---

[110] **CCNE**, Avis n°57, Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collective, Avis rendu le 20 mars 1998, p. 3. Le Comité ajoute par ailleurs que « *Parmi les contraintes à accepter pour ne point obérer les perspectives d'amélioration future de la santé figure en bonne place l'exigence d'un juste équilibre entre une gestion sage des crédits de santé... et les investissements nécessaires dans le domaine de la recherche et du développement, dont les retombées ne peuvent être espérées qu'à long terme* ».

[111] **CCNE**, Avis n°57, *op. cit.*, p. 17 et suivantes.

[112] *Ibid.*, pp. 17-18. Par extension : « *il apparaît que le besoin de santé appelle des analyses plus fines dans le cas de populations vulnérables, et des paramètres supplémentaires ou différents doivent jouer si l'on pense aux malades chroniques handicapés, aux personnes âgées de constitution fragile ou aux personnes aux ressources très faibles ; ce qui est vrai d'une organisation des services adaptée à la population générale peut aboutir à les exclure des soins, alors que certains types d'organisation ou de structures, plus particulièrement décrites sous le concept de soins intégrés, répondent mieux à ces situations* ».

[113] Le CCNE dit d'ailleurs de manière très intéressante que « *la demande de soin, dans les pays développés, est virtuellement illimitée : aucun moyen n'est trop bon pour atteindre la guérison ou le soulagement* ». *Ibid*, p. 6.

cette nouvelle offre au plus grand nombre, et avec efficacité. Cela permet de comprendre que ce progrès a enrichi la réflexion éthique, ou tout du moins poussé à penser l'éthique au-delà du seul colloque singulier. Bien entendu, il est particulièrement tentant de réduire cette réflexion aux égards qu'il convient d'accorder au patient. Les établissements de santé, bénéficiant de moyens sans commune mesure avec ce qu'ils ont pu avoir en tout temps et en tous lieux, ont désormais une mission beaucoup plus large, celle de répondre aux besoins d'une population dans son ensemble.

51. Rôle des structures et exemple d'urgence (Covid-19). L'exemple des conséquences de la pandémie de Covid-19 vécu par la France, ou plus justement par le monde entier, illustre et clarifie parfaitement cette idée. En effet, dans ce contexte, les établissements de santé ont bénéficié, au moins au départ, d'un véritable plébiscite. A ce sujet, comment ne pas citer les propos de l'ancien Ministre des solidarités et de la santé, Olivier VERAN qui explique que « *les Français aiment leurs soignants. Chaque soir, pendant deux mois, ils les ont soutenus ; chaque soir, pendant deux mois, des applaudissements ont retenti dans nos villes et dans nos campagnes, pour leur dire la reconnaissance de toute une Nation. Dans les hôpitaux, dans les Ehpad, dans les cabinets et au domicile des malades, des femmes et des hommes ont été en première ligne d'une crise sanitaire qui a très durement frappé la France. Nous leur devons tant* »[114]. Pour autant, et sans que cela ne soit évoqué de manière péjorative, rarement l'individu n'aura été autant mis de côté dans la gestion de cette crise sanitaire.

52. Ainsi, Arnaud LAMI et Vincent VIOUJAS expliquent tout deux que « *les établissements de santé ont fait office à la fois de symboles et de baromètres lors de la crise liée à l'épidémie de Covid-19* »[115]. Par suite, ils ajoutent que « *le maquis normatif produit au cours du printemps 2020 revêt une ampleur proprement stupéfiante. De cette abondance de textes, aux dénominations variées, se dégage ainsi l'idée que les établissements de santé ont surtout été les opérateurs d'une politique définie au niveau national* »[116]. Enfin, en traitant de la question de la multiplicité des recommandations

[114] **O. VÉRAN**, Édito, Ségur de la santé – les conclusions, Dossier de presse, Juillet 2020, p.2

[115] **A. LAMI**, **V. VIOUJAS**, « *Les établissements de santé face au Covid-19 : le droit hospitalier d'exception* », Dalloz, RDSS 2020, p. 963.

[116] *Ibid.*

ou autres textes à la valeur juridique incertaine, ils poursuivent de la sorte : « *de premier ordre pour les juristes, ce sujet ne semble cependant pas avoir suscité de réactions particulières. Relativement symbolique de ce désintérêt, la doctrine n'a accordé que peu de développements au phénomène. Quant aux établissements, devant l'urgence et la gravité de la situation, ils se sont contentés de mettre en œuvre les mesures qui leur ont été transmises. Au regard du nombre d'actes édictés par l'État à leur destination, les contestations et revendications ont été finalement faméliques, pour ne pas dire inexistantes* »[117]. En conséquence, ces propos témoignent du rôle clairement affirmé et assumé de ces structures, à savoir être actrices de la politique de santé publique, avec tout ce que cela peut impliquer en termes de performance et d'adaptabilité. Surtout, des observateurs ont pu témoigner ou constater l'efficacité d'un tel système[118].

53. Pour autant, dans le cadre de cette politique de gestion de crise[119], les établissements de santé ont dû prendre des décisions ou mener des actions laissant nécessairement de côté l'individu. Aussi, « *l'augmentation capacitaire de services et la déprogrammation d'activités font partie des outils de gestion de crise qui sont devenus « des impératifs »* »[120]. En effet, grâce à l'article L 3131-7 du code de la santé publique[121], ils ont eu la possibilité de prendre toutes les mesures nécessaires à la gestion de cette crise, et en conséquence, adopter une réponse adaptée à cette situation. La pandémie de Covid-19 permet de mieux appréhender le rôle des

---

[117] **A. LAMI**, **V. VIOUJAS**, « *Les établissements de santé face au Covid-19 : le droit hospitalier d'exception* », *op. cit.*

[118] En ce sens, Olivier RENAUDIE ajoute qu'il « *faut donc se garder d'un jugement trop hâtif sur le système sanitaire français, dont le caractère centralisé mérite au moins autant de critiques que d'éloges. En dépit des ravages de l'idéologie de l'hôpital-entreprise, celui-ci est à l'origine de multiples exploits, dont la création en quelques jours de services de réanimation là où l'on en manquait ou le transfert de patients atteints du covid-19 d'un bout à l'autre de la France, sont certainement les illustrations les plus emblématiques* ». **O. RENAUDIE**, « *Éloge de la centralisation sanitaire* », Dalloz, AJDA 2020, p. 1313

[119] **F. BOIRON**, « *Face à l'incertitude, piloter un CHU au – long – cours de la crise Covid* », in : **F. VIALLA, P. VIELFAURE (Dir.)**, Les pouvoirs publics face aux épidémies. De l'Antiquité au XXIè siècle, LEH Éditions, A la croisée des regards, Bordeaux, 2022, pp. 213-220.

[120] **V. GUICHARD FRIOT**, **S. RABILLER**, « *Covid-19 et organisation des soins en situation sanitaire exceptionnelle* », LEH Édition, RDS, n° 96, 2020, pp. 718-720.

[121] Article L. 3131-7 du code de la santé publique : « *Chaque établissement de santé est doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale* ».

établissements de santé, ou encore leur changement de nature. Elle met également en lumière certains paradoxes associés au progrès et à ses conséquences. L'accroissement du champ des possibles autorise évidemment une hausse des attentes en matière médicale, et en conséquence, une chute du seuil de tolérance de l'échec lié à la pratique médicale. Ici, le degré d'exigence de la population quant à la gestion de la crise sanitaire en constitue une preuve éloquente[122]. Cela étant, afin d'apporter une réponse adaptée à cette situation, il fut absolument nécessaire de mettre l'individu de côté, au moins dans certaines de ses composantes. En effet, la priorisation de certaines interventions médicales de première nécessité peut aisément se comprendre, cela implique pourtant nécessairement un questionnement éthique.

54. **Synthèse**. Ainsi, il apparait que cette accélération d'ordre technique a justifié la création d'un système de santé publique. Cette performance s'est manifestée par la mise en place d'un cadre protecteur pour le travailleur dans un premier temps, puis pour l'ensemble de la population dans un second temps. Dans cette optique, les enjeux éthiques ont également évolué, pour concerner désormais l'ensemble de la situation dans une approche systémique. Les structures de santé, pleinement impliquées dans cette organisation, ne gèrent plus uniquement l'urgence, mais doivent penser leur action au sein d'une situation globale, avec un objectif performanciel évident. Cette performance est notable sur le plan éthique. Cette dernière se trouve enrichie par ce progrès vertigineux et autorise la santé à être pensée autrement. En effet, la relation de soins reste bien sûr au cœur de l'éthique médicale. Cependant, pour mener une étude appropriée de cette dernière, il serait jugé totalement inacceptable de ne pas évoquer la dimension organisationnelle ou structurelle. Désormais, la santé s'évoque au niveau de la société toute entière, et les établissements de soins s'inscrivent dans cette logique.

---

[122] Les enquêtes d'opinion interrogent et montrent un intérêt profond de la population pour l'ensemble des thématiques liées à cette crise. Le degré de confiance y est rarement élevé. A titre d'exemple, un sondage rendu public en mars 2021 annonce que 73% des sondés estiment que le gouvernement sur la première année face à la pandémie n'a pas pris les bonnes décisions au bon moment. Ce même sondage illustre également un seuil élevé d'exigence envers la population elle-même, 51% des sondés expliquant que les français dans leur ensemble n'ont pas été la hauteur de la situation depuis le début de la crise sanitaire. Sondage ODOXA-BACKBONE CONSULTING pour Le Figaro et Franceinfo, enquête réalisée auprès d'un échantillon de français interrogés par internet les 10 et 11 mars 2021.

55. Seulement, la question du progrès reste loin d'être dissipée. En effet, son développement exponentiel est toujours d'actualité et pousse à répondre à des problématiques liées à des prises en charge complexes. Il s'agit vraisemblablement de la seconde étape de la construction du système de santé publique dans lequel exercent les établissements. En outre, après avoir réparti, autant que faire se peut, les fruits entre toutes les catégories de population, le Droit a dû encadrer le développement de certaines pratiques médicales afin de préserver une dimension éthique. L'impact pour les structures est évident : après avoir organisé l'augmentation de leurs possibilités, le Droit s'est confronté à la définition moderne de leur mode d'exercice. L'éthique médicale, loin d'être happée par ce progrès, s'étudie et s'envisage désormais à un niveau global, incluant la relation soignant-soigné, mais également une amélioration de l'humanité dont l'établissement de santé pourra parfois en constituer le théâtre.

56. Précision du champ d'étude : acteurs concernés. En conséquence, il apparait que pour être pertinente, cette étude ne devra pas s'arrêter aux seuls établissements de santé au sens juridique du terme mais devra mécaniquement pénétrer en leur sein. En effet, il ressort que la notion de performance s'est avérée très largement bénéfique pour ces derniers, tant dans leur construction que dans leur fonctionnement. En revanche, il est évident que les victimes de la performance sont principalement les acteurs qui alimentent ces structures. A savoir les usagers en ce qu'ils fréquentent et sont la raison d'être de l'existence de ces établissements.

57. Mais aussi et surtout des équipes, tant elles mettent en lumière les limites de cette recherche de performance, et semblent même être les portes paroles des vives contestations adressées à cette dernière. Ainsi, elles auront donc une place centrale dans cette étude. Plus encore au sein des professionnels, il semble que les paramédicaux demandent et méritent une attention toute particulière, tant ils sont le cœur du quotidien hospitalier. Si le travail des médecins mérite évidemment qu'on s'y attarde, il n'en demeure pas moins que les premiers nommés sont largement aussi impactés par cette quête. A ce titre, les professions d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes, richement documentées et majoritaires au sein des structures, feront l'objet de développements fournis dans cette thèse.

58. Par suite, lorsque l'on traite des établissements de santé, on raisonne nécessairement autour du secteur sanitaire, en laissant ainsi de côté le secteur médico-social. Ceci justifie donc que la majorité du propos traitera exclusivement du premier domaine nommé. Pour autant, et afin d'être efficace, la plupart des thématiques liées à la recherche de performance concerne les deux mondes. En ce sens, il sera parfois nécessaire de procéder à une comparaison, voire de les lier.

59. Précision du champ d'étude : domaines concernés. Dans un premier temps, le déroulement de l'étude traitera de thématiques prédéfinies mais qui sont centrales au sein de la recherche de performance. En effet, deux axes prioritaires peuvent être envisagés. En premier lieu la question de la méthodologie de la prise en charge, ensuite, celle de la production en santé. Au sein du premier axe, la relation de soins et son déroulement demanderont une étude du rôle d'accueil des structures. Plus encore, la pratique professionnelle sera très nettement développée, à travers les notions de standardisation et d'industrialisation. S'agissant du deuxième axe, il renvoie à des disciplines bien connues d'autres secteurs d'activité, et le déploiement au sein des établissements de santé suscitera l'intérêt. C'est précisément ce qui justifie de porter attention à la qualité et l'économie, notamment à travers l'efficience. Pour autant, alors qu'il est habituel de lier la performance à la tarification, l'objet du propos impliquera de s'attarder sur de nombreuses autres thématiques, tant la recherche évoquée semble protéiforme. L'enjeu est précisément de montrer que si performance peut rimer avec économie, il parait réducteur de s'arrêter à ce seul constat.

Section 3 : Enjeux et logiques de la recherche de performance

60. Logique de la recherche de performance : approche régulatrice. Avant d'envisager les enjeux de la recherche de performance, il convient d'en définir les logiques. Et pour synthétiser cet ensemble, il apparaît que celle-ci repose avant tout sur une forte approche régulatrice, s'articulant autour de diverses constructions, à savoir la planification, l'autorisation et l'encadrement.

A. Logiques de la recherche de performance

1. Planification

61. Contenu (simplifié) du système de santé. Le code de la santé publique explique que ce système est composé de la politique de santé et de l'organisation des soins. S'agissant de la politique de santé, elle est définie par la Nation « *afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun* » et elle « *tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins* »[123]. A propos de l'organisation des soins, celle se compose de deux échelons[124]. Tout d'abord, « *l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades* » qui « *sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité* ». Ils sont composés de « *la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients* », « *la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique* », « *l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social* » et « *l'éducation pour la santé* »[125]. Viennent ensuite, « *les soins de deuxième recours* »[126], sans que le législateur ne s'attarde outre mesure à en définir le contenu[127], tout au plus explique-t-il que, « *non couverts par l'offre de premier recours* », ils « *sont*

[123] Article L. 1411-1 du code de la santé publique.

[124] Sur ces questions : **S. SEGOVIA-KUENY**, « *Soins de premier et de second recours* », Dalloz, RDSS, 2009, p. 35.

[125] Article L. 1411-11 du code de la santé publique, en outre : « *les professionnels de santé, dont les médecins traitants (…), ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux* ».

[126] Article L. 1411-12 du code de la santé publique.

[127] A ce titre précisément : « *En définitive, le législateur s'est uniquement attaché jusqu'à aujourd'hui à définir et organiser un premier niveau de recours, aux contours larges et associé à un principe d'accessibilité. Les autres niveaux de recours ne sont pas réellement définis autrement que par rapport à ce premier niveau, leur contenu est implicite. A cet égard, notons que s'il est confié explicitement à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé la mission de définir et d'évaluer les politiques relatives à l'accès aux soins de premier recours (art. D 1421-2 CSP), ses responsabilités à l'égard du deuxième recours, bien qu'évidentes, restent implicites, le terme n'étant pas utilisé dans l'article définissant ses compétences. Le positionnement de la médecine spécialisée dans cette organisation n'est pas directement abordé par les textes relatifs aux niveaux de recours. Tout au plus retrouve-t-on le médecin traitant (qui peut théoriquement être un spécialiste) comme acteur clairement*

organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11 »[128]. En réalité, la définition de l'offre de soins résulte le plus souvent de son contenu ou de la façon dont il est déterminé. Cela étant, il n'en reste pas moins qu'aujourd'hui l'objectif n'est plus de percevoir la santé comme la gestion de la précarité, mais bien d'anticiper les besoins de la population en la matière, afin de faire preuve d'efficacité.

62. Réflexions éthiques sur ce principe. D'un point de vue éthique, la notion d'offre de soins, ou plus justement le terme d'offre, contribue elle-même à une nouvelle vision de la santé, en faisant indirectement basculer la santé de la reconnaissance à l'exigence[129]. En outre, comme l'explique Guillaume ROUSSET, « *le sentiment qui prédomine semble être la crainte. L'évolution des demandes et leur transformation en exigences aboutissent, pour certains médecins, à l'apparition d'une peur de voir leur responsabilité engagée (…). Une chose est certaine, nombreux sont les médecins qui constatent une évolution de leur pratique, affirmant qu'un glissement consumériste s'est opéré* »[130]. Plus encore, Didier SICARD estime que « *notre société est paradoxale. Elle exige dans tous les domaines un progrès constant (en matière médicale, progrès des soins, des techniques, diagnostics, des traitements et du confort de vie) mais sans aucun risque. L'ascension doit être strictement linéaire. (…) Un médicament doit non seulement constituer une avance décisive sur le plan de l'efficacité, mais aussi*

---

identifié du premier recours. Les définitions des missions des médecins spécialistes et généralistes permettent cependant de considérer que la médecine générale se rattache au premier recours tandis que la médecine spécialisée peut être de premier ou de deuxième recours ». Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), Médecine spécialisée et organisation des soins : les spécialistes dans l'offre de soins, Séance du 23 mars 2017, consulté le 31/10/2021.

[128] Article L. 1411-12 du code de la santé publique.

[129] En ce sens : « *le droit à la santé, qui est une conquête, signifie pour les gens que nous [médecins] sommes comparables aux employés du métro, que nous devrions être interdits de grève ou de panne. Il est « normal » que l'hôpital soit accessible 24 heures sur 24. Il est normal de prendre rendez-vous et de ne pas se présenter. Il est normal d'utiliser les urgences comme un service de jour. Par rapport à mon père, lui-même médecin, et que j'admirais, il me semble que quarante années nous séparent, et pas vingt. Les médecins de sa génération étaient des notables considérés comme respectables et qui se respectaient entre eux. Nous ne sommes plus des notables, nous ne sommes plus respectés et ne nous respectons plus mutuellement* ». **L. AUDOUIN, M. ORLEWSKI**, Du patient au client, l'art de fidéliser la clientèle médicale, MMI éd., coll. Médistratégies, 2000, p. 11.

[130] **G. ROUSSET**, *L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé*, Thèse de doctorat en Droit soutenue à l'université Jean-Moulin Lyon 3 le 25 octobre 2007, LEH Édition, Collection thèse, Vol. 21, Bordeaux, 2011, p. 40.

présenter une garantie absolue de tolérance. Il ne doit plus y avoir d'effet délétère. Ce ne sont plus tellement les balances bénéfice/risque qui importent que l'idée même d'un effet secondaire inattendu »[131]. Ce qui relevait autrefois du savoir, de la maitrise technique constitue désormais une exigence et doit s'organiser afin de permettre au plus grand nombre d'en bénéficier. Finalement, le progrès est le fruit d'une performance dont la santé a bénéficié et s'est nourrie. Mais ce progrès vient désormais créer une attente continue de performance dont le Droit doit, non seulement, prendre acte, mais également encadrer. Pour autant, il apparaît très clairement que la notion d'offre de soins ne peut être rapprochée de celle connue en matière économique, tant leur nature et leurs objectifs sont différents. En effet, dans le domaine de la santé, l'exigence d'égalité et de juste répartition des ressources en santé laisse à observer des fonctionnements qui n'ont finalement que peu de choses de comparables. En outre, il a pu être précisé qu'« *alors qu'en économie de marché l'offre et la demande interviennent fortement l'une et l'autre dans la formation des équilibres, et que les actions mises en œuvre par les politiques économiques tendent à peser sur chacun de ces éléments, dans la régulation des systèmes de santé, il est admis que l'essentiel des actions doit porter sur l'offre. Cette caractéristique particulière de ces systèmes est liée tant aux spécificités du bien santé (notamment l'asymétrie d'information dont bénéficient les prescripteurs à l'égard des patients comme des assureurs payeurs) qu'aux objectifs d'accès aux soins et d'équité sous-tendant l'élaboration des systèmes de santé : on a pu observer, en effet, que les mesures tendant à restreindre la demande pèsent davantage sur les populations plus défavorisées* »[132].

63. Élaboration de l'offre de soins. Finalement, il semble que la notion d'offre repose davantage sur une logique d'objectif, ce qui peut éventuellement créer des ambiguïtés d'ordre notionnel. L'élaboration de l'offre repose sur plusieurs principes de construction. Tout d'abord, est mise en place une logique territoriale[133]. Ainsi, les exigences du système

---

131 **D. SICARD**, « *6. De l'ostentation du principe de précaution comme principe conjuratoire et jamais comme action raisonné*e », in L'alibi éthique, PLON, Septembre 2006, pp. 74-75

132 **B. DERVAUX, J.-C. SAILLY**, « *Rationalisation et offre de soins - problématique générale* », LEH Édition, RGDM, n° 2, 2002, p. 349-355.

133 Sur ces questions : **J.-M. PASTOR**, « *Une nouvelle vision territoriale de la santé* », Dalloz, AJDA, 2008, p. 1985 ; **J. MOREAU**, « *Esquisse d'une théorie juridique de territorialisation* », Dalloz, RDSS, 2009, p. 16 ; **J.-B. AUBY**, « *Santé publique - Territorialisation : le cas de la santé* », Lexis Nexis, Droit Administratif n°1, Janvier 2012, repère 1. **P. VILLENEUVE**, « *Santé / Affaires sociales – Territorialisation de la santé : quelques avancées !* »,

de santé sont déployées par une logique de planification de l'offre de soins, cette dernière étant définie au niveau national, avant une déconcentration au niveau régional. Il s'agit ici de clarifier les besoins de la nation, avant d'adapter ces lignes directrices à l'échelon inférieur. Pour cela, un rôle important est conféré à diverses instances telles que la Conférence nationale de santé[134] par exemple s'agissant de la participation citoyenne. Surtout, il reviendra aux Agences Régionales de Santé (ARS)[135], dont le rôle[136] et à la nature[137] peuvent être éclaircis, de décliner mais aussi d'adapter les objectifs retenus en fonction des territoires.

64. Principe de planification. La planification est une mécanique bien connue du droit administratif, ou plus justement du droit rattaché aux pouvoirs publics[138], qui repose sur une exigence de performance à deux niveaux. Dans un premier temps une performance

---

Lexis Nexis, La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales n° 4, 29 janvier 2018, act. 97.

[134] Article L. 1411-3 du code de la santé publique, *op. cit.*

[135] Article L1431-1 du code de la santé publique et suivants. Pour une étude synthétique de sa genèse et sa naissance : **F. CHAUVIN**, « D*e l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé* », Dalloz, RDSS, 2009, p. 65.

[136] Sur les missions des ARS de manière générale, article L1431-2 du code de la santé publique. Pour un bref point d'actualité sur l'évolution de leurs missions : **Q. BLUCHE**, « *Simplification, territorialisation, du ménage dans les missions des ARS* », LEH Édition, RDS, n° 99, 2021, p. 89-91.

[137] Sur la nature des ARS, article L1432-1 al.1er du code de la santé publique. Sans s'attarder véritablement sur ce point, Clément CHAUVIN explique en outre que « *l'ARS est en réalité un établissement public, dont les statuts permettent de la qualifier d'agence, au sein de laquelle la quasi-totalité des attributions est confiée au directeur général, qui est une autorité déconcentrée de l'État. Il s'agit là d'une poupée russe institutionnelle : l'État se dissimule dans l'établissement public. Voilà qui contredit largement les velléités d'autonomie et l'on peut alors estimer que la rationalisation attendue de la création des ARS ne s'est pas accompagnée d'une véritable simplification du schéma institutionnel* ». **C. CHAUVIN**, « *La nature juridique de l'Agence régionale de santé* », Dalloz, RDSS, 2016, p. 405. Par ailleurs, Benoît APOLLIS ajoute que « *c'est ainsi que se dégage, après examen des textes régissant les ARS (CSP, art. L. 1432-1 et s. et art. D. 1432-1 et s.), une impression d'architecture baroque, laquelle a de quoi interroger (les ARS sont-elles ou non l'État ? Et comment concilier une réponse qu'on perçoit comme affirmative avec leur nature juridique d'établissement public)* ». **B. APOLLIS**, « *La dualité fonctionnelle du directeur général de l'ARS* », LEH Édition, RDS, n° 53, 2013, p. 377-381. Voir également, **C. CASTAING**, « *Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ?* », Dalloz, AJDA, 2009, p. 2212.

[138] Sur ces questions : **A.-S. MESCHERIAKOFF**, « *La planification française entre centralisation et décentralisation* », Dalloz, RFDA, 1995, p. 999 ; **P. COMBEAU**, « *Les nouveaux visages territoriaux de la déconcentration* », Dalloz, RFDA, 2010, p. 1011.

juridique évidente, l'objectif étant d'offrir un accès aux soins aussi large que possible, tout en conservant une certaine unité sur l'ensemble du territoire. Dans un second temps, une logique économique incontestable. Le but premier étant d'anticiper ou d'évaluer le coût de cette offre de soins, en cohérence avec l'exigence de maitrise des dépenses publics. Ce principe est indispensable, le système de santé reposant sur un régime de sécurité sociale[139].

65. Par suite, sans qu'il soit nécessaire de s'étendre de manière précise sur l'ensemble des outils de planification, quelques points historiques doivent être apportés afin de mettre en lumière la logique en présence. A ce titre, est mise en place en 1970[140] une « *carte sanitaire* »[141], définie par le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale, et qui détermine « *les limites des régions et des secteurs sanitaires ainsi que celles des secteurs psychiatriques* », « *pour chaque région sanitaire, pour chaque secteur sanitaire et pour chaque secteur psychiatrique, la nature, l'importance et l'implantation des installations comportant ou non des possibilités d'hospitalisation, nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population* », « *la nature, l'importance et l'implantation des installations sanitaires d'intérêt national ou appelées à desservir plusieurs régions sanitaires* ». Par ailleurs, « *pour chaque installation, la carte précise les équipements immobiliers et les équipements matériels*

---

139 Ainsi, « *la planification en santé veut concilier un équilibre entre les besoins de santé de la population sur un territoire donné et un continuum homogène d'offres et d'actions relevant de la sécurité sanitaire, de la prévention, des soins ambulatoires et hospitaliers, du médico-social et du social, ayant des effets sur les déterminants de la santé. Ces offres et ces actions seront organisées au sein d'un réseau de services de santé et de services sociaux porteur de parcours de soins et de parcours de santé, par priorité de santé et par territoire, voire par population. La planification de la santé est un instrument de gestion permettant aux autorités publiques de prendre des décisions sur une base plus rationnelle* ». **P.-H. BRÉCHAT, A. LOPEZ**, « *La planification en santé : un essai à transformer* », Les Tribunes de la santé, Vol. 50, n°1, 2016, pp. 93-111. Par ailleurs, « *elle permet de prévoir les services requis et les ressources nécessaires pour atteindre des objectifs déterminés selon un ordre de priorité établi, permettant ainsi le choix d'une solution préférable parmi plusieurs alternatives. Ce choix prend en considération le contexte socio-économique et territorial, les contraintes internes et externes connues ou prévisibles, et doit se faire en concertation avec les professionnels de santé, les acteurs de santé et les populations concernées* ».

140 Bien que certains éléments prévus à des dates antérieures auraient pu être étudiés. Ainsi, l'article 1er de la loi du 30 juin 1838 prévoyait que « *chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département* ». En outre, l'article L. 734-3 du code de la santé publique issu de l'ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière qui prévoyait notamment que « *la création ou l'extension de tout établissement sanitaire privé comportant hospitalisation doit faire l'objet d'une déclaration préalable au ministre de la santé publique et de la population* ».

141 Art. 5, Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

lourds à réaliser »[142]. L'outil revêtait une importance manifeste puisqu'elle servait « *de base aux travaux de planification et de programmation des équipements relevant des établissements qui assurent le service hospitalier* »[143], enfin, seules pouvaient « *être approuvées les réalisations correspondant à des équipements prévus sur la carte sanitaire* »[144]. Cette carte sanitaire « *permet de définir des indices de besoins en santé - qui ne sont autres qu'un rapport entre la quantité d'équipements et la densité de la population - afin de les appliquer à un espace géographique donné dans le but, pour l'administration, de prendre une décision d'octroi ou de refus d'autorisation* »[145]. Cela étant, comme l'explique François BOURDILLON, « *la planification hospitalière reposait alors sur des indices de besoins rapportés à la population, véritables normes sanitaires d'équipement ou de lits. Ce système était considéré comme complexe et peu lisible* »[146]. Aussi, le dispositif, essentiellement technique, a suscité un certain nombre de critiques[147], si bien que des évolutions ont dû mécaniquement être mise en œuvre.

66. La politique de santé publique ainsi définie fixe donc l'évaluation de son action à l'échelon régional. Le principe de cette carte sanitaire était de rationaliser le nombre d'équipements, particulièrement couteux, afin d'assurer un certain équilibre. Ici le Droit ne prend pas acte du progrès mais l'encadre, et conscient des difficultés qu'il peut engendrer, veille dans sa fonction régulatrice à en faire bénéficier le plus grand nombre. Par suite, le législateur a cherché à répondre à ces critiques liées à une approche essentiellement

---

142 Art. 44, Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

143 Art. 47, *Ibid.*

144 Art. 48, *Ibid.*

145 **B. APOLLIS, E. TERRIER**, « *La réforme de la planification hospitalière* », Dalloz, AJDA, 2006, p. 422.

146 **F. BOURDILLON**, « *Les territoires de santé : un outil de planification en santé* », Dalloz, RDSS, 2009, p. 28.

147 A titre d'exemple, on a notamment pu pointer du doigt le fait que cette carte, bien que sanitaire, concernait essentiellement l'hospitalisation publique : « *la carte sanitaire intéresse au premier chef les établissements hospitaliers, et ce n'est que très subsidiairement que des structures sanitaires d'un autre type y sont visées* ». Par ailleurs, se fondant sur une jurisprudence du Conseil d'état (CE, 18 janvier 1980, Ministre de la Santé et Sécurité sociale c/ SA. Clinique du Pont de Chaume, Lebon p. 32), on a pu expliquer que « *sans doute l'appréciation chiffrée des besoins recèle-t-elle toujours une part d'arbitraire ; mais l'imprécision volontaire qui résulte du procédé des fourchettes d'indices est assez choquante car elle ne respecte pas l'esprit de la loi de 1970 : face à deux projets strictement identiques, l'Administration peut rejeter le premier déposé en s'appuyant sur la branche basse de la fourchette et accepter le second en invoquant la fourchette haute. La planification devient indicative et le procédé équivaut à libérer l'Administration d'une grande partie du caractère contraignant de la carte sanitaire* ». **J.-M. DE FORGES**, « *L'hospitalisation privée face à la planification hospitalière* », Dalloz, RDSS, 1990, p. 493.

matérielle ou quantitative pour s'intéresser davantage à des aspects plus sanitaires, avec la création en 1991[148] du schéma d'organisation sanitaire (SOS) et du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Cet outil devait compléter la carte sanitaire en fixant la répartition géographique des activités, installations ou encore l'attribution des équipements lourds. Cette dernière sera supprimée en 2003[149], laissant le SROS (désormais schéma régional d'organisation des soins[150]) comme outil principal de planification hospitalière. Finalement, depuis 2016[151], un Projet Régional de Santé (PRS) est mis en place[152], comprenant « *un cadre d'orientation stratégique* », « *un schéma régional de santé* » et « *un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies* »[153]. Celui-ci a véritablement vocation à décliner la stratégie nationale de santé à l'échelon régional, dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale. L'idée est autant d'établir les orientations stratégiques en matière sanitaire que de s'assurer de la cohérence de ces dernières avec l'ensemble des politiques publiques.

67. S'agissant plus précisément du schéma régional de santé, celui-ci prend particulièrement en compte les besoins et situations des territoires. Il a pour fonction d'organiser une offre adaptée aux besoins de la population. Certains points sont d'ailleurs particulièrement précis, il comporte notamment « *un volet consacré à la mise en œuvre d'actions de sensibilisation de la population et de formation des professionnels de santé visant à limiter d'éventuelles*

---

148 L'article L. 712-1 du code de la santé publique issu de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière prévoit notamment son association avec la carte sanitaire dans le but de « *satisfaire de manière optimale la demande en santé* ». Par ailleurs, l'article L. 712-3 énonce plus précisément que le schéma d'organisation sanitaire détermine la répartition géographique des installations et des activités de soins définies à l'article L.712-2 qui permettrait d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population.

149 Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

150 Art. 118, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

151 Art. 158, Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

152 Art. L. 1434-1 du code de la santé publique.

153 Art. L. 1434-2 du code de la santé publique.

contaminations par des maladies vectorielles »[154] ou encore « *un volet consacré aux besoins de santé spécifiques des populations des zones de montagne, notamment en termes d'accès aux soins urgents et d'évacuation des blessés, et tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de ces territoires* »[155]. Il est établi pour cinq ans et vise à mettre en place les éléments du PRS et à en déduire tant des objectifs opérationnels que des prévisions d'évolution[156]. Nouveauté de la loi du 26 janvier 2016, le SRS est commun à l'ensemble de l'offre de soins, incluant les établissements de santé au même titre que les activités de prévention ou de promotion. Ce processus illustre parfaitement le niveau de performance atteint par ce système. En effet, la notion d'anticipation est pleinement mise en valeur. Les degrés d'exigence ne sont plus seulement sanitaires mais sont également économiques, géographiques et même juridiques.

68. Toujours dans cette logique, le directeur général de l'agence régionale de santé doit déterminer, « *après concertations avec les représentants des professionnels de santé (…) les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins (…) [et] les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, s'agissant des professions de santé pour lesquelles les conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ont prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement* »[157]. Dans ces zones « *sont mises en œuvre les mesures destinées à réduire les inégalités en matière de santé et à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé* »[158].

---

[154] Art. L. 1434-3 du code de la santé publique.

[155] *Ibid*. Récemment, un « *volet consacré à la mise en œuvre des accords internationaux de coopération sanitaire applicables dans les territoires et collectivités mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 1434-2, qui porte notamment sur l'organisation de la continuité des soins, l'accès aux soins urgents ainsi que sur la coordination en cas de crise sanitaire, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent et du directeur général de l'agence régionale de santé* » a été ajouté. Voir : Art. 182, loi n°2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

[156] En outre, l'article L1434-2 du code de la santé publique explique que le schéma régional de santé est « *établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et (…) détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels* ».

[157] Art. L. 1434-4 du code de la santé publique.

[158] Art. L. 1434-4 du code de la santé publique.

69. Élaboration régionale de l'offre de soins. Après avoir fixé les grandes lignes au niveau national, la planification va surtout s'exprimer au niveau des territoires, et le choix s'est porté sur l'échelon régional depuis les années 1990[159]. A ce titre, le cadre d'application de cette planification a lui-même fait l'objet de nombreux débats ou d'évolutions techniques. Se sont succédés des notions telles que les régions et secteurs sanitaires[160], de zones sanitaires[161] ou territoire de santé[162]. Depuis 2016, la dernière notion est abandonnée, le directeur général de l'ARS définissant désormais les zones où doivent être garanties le

---

[159] Les études et critiques sont nombreuses en la matière. En ce sens, Didier TABUTEAU a notamment pu expliquer en 2002 que « *la régionalisation du système de santé est à l'ordre du jour. Elle a tenu une place de choix dans le volet « santé » des programmes politiques présentés à l'occasion des récentes échéances électorales. Rapprocher la politique de santé des citoyens, mieux prendre en compte les besoins de la population, favoriser une médecine de qualité et de proximité, autant de motifs légitimement avancés pour faire de la région le socle des politiques de santé. Pourtant, cette ambition apparemment consensuelle dans ses principes, ne s'est guère accompagnée de propositions concrètes à l'exception peut-être de la création d'agences régionales de santé. Si la cause paraît politiquement entendue, il n'est pas inutile de s'interroger sur ses conséquences juridiques ou techniques. Car derrière le mot de régionalisation se dissimulent des desseins divergents, pour ne pas dire contradictoires* ». **D. TABUTEAU**, « *La régionalisation du système de santé en question* », Dalloz, Droit Social, 2002, p. 745. Sur ces questions : **P.-L. BRAS**, « *Notre système de soins est-il gouverné ?* », Dalloz, Droit social, 2003, p. 1005 ; **N. MARTIN-PAPINEAU**, « *Entre confirmation et réorientation : la régionalisation de la santé en France* », Dalloz, RDSS, 2005, p. 253 ; **P. COMBEAU**, « *Les nouveaux visages territoriaux de la déconcentration* », Dalloz, RFDA, 2010, p. 1011 ; **C. CASTAING (dir.)**, « *La territorialisation des politiques de santé* », LEH Édition, Actes et séminaires, Bordeaux, 2012 ; **B. APOLLIS**, « *Territorialisation des politiques de santé et structuration des parcours de santé* », LEH Édition, RDS, hors-série, n°2, 2016, p. 65-72. Très récemment, la mesure 33 des conclusions du Ségur de la santé propose une évolution des ARS vers un renforcement du « *niveau départemental* », l'idée étant de « *renforcer le dialogue territorial avec les élus en développant la présence des ARS à l'échelon départemental et en créant un conseil d'administration des ARS avec davantage de place destinées aux élus* », ce qui constituerait une sorte de retour en arrière dans la mesure où, comme l'énonce de nouveau Didier TABUTEAU, « *si l'action locale est, jusqu'au début des années 80, l'apanage des départements – les lois de 1983 sur la décentralisation se traduisent par l'attribution d'un bloc de compétences en matière d'action sanitaire et sociale au département – la plupart des avancées législatives ont, depuis la fin des années 80, pour pivot la circonscription régionale* ». **D. TABUTEAU**, *Ibid.*

[160] Art. 5 loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, *op. cit.*

[161] Art. 4 loi n°91-748 du 31 juillet 1991, *op. cit.*

[162] L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation est venue remplacer les secteurs sanitaires par les territoires de santé. L'objectif était, d'après la circulaire DHOS/O n° 2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, de « *permettre d'identifier des territoires pertinents pour l'organisation des soins dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives (départements ou régions)* ».

contenu de l'offre de soins[163]. Ensuite, la définition précise de celle-ci repose sur des outils pris en concertation entre les ARS et différents acteurs.

70. Une déclinaison particulièrement exigeante au sein des structures. Il semble manifeste que la santé est désormais pensée par les pouvoirs publics dans une logique territoriale, avec un double objectif de juste attribution des ressources : d'un point de vue géographique, mais également cohérente sur le plan économique. Ainsi, les implications « performancielles » sont évidentes, et consistent à faire plus avec des moyens rationnalisés, sans doute faire mieux, idée pouvant largement être débattue. Au niveau structurel cette fois-ci, l'emprise des pouvoirs publics et l'idée d'une répartition territoriale et régulée des prestations sanitaires apparaissent encore plus clairement établies. Si la présentation globale du mécanisme de construction de l'offre de soins sanitaire nécessiterait de plus amples développements, ce dernier peut se résumer en trois niveaux d'intervention : autorisation, contractualisation et contrôle.

2. Autorisation

71. Définition de l'offre de soins sanitaire. L'offre de soins sanitaire ne doit pas être perçue comme un simple sous-ensemble de l'offre de soins globale, tant la logique de construction qui lui est associée constitue un système à part entière. En outre, elle est particulièrement intéressante à envisager en tant que secteur économique. La quête de performance est inhérente au secteur marchand, au point vraisemblablement d'en

[163] En outre, l'article 158 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé propose une rédaction de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique qui énonce notamment que : « *le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés : 1° Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ; 2° Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, s'agissant des professions de santé pour lesquelles les conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ont prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement. Elles sont arrêtées dans le respect de la méthodologie déterminée dans ces conventions* ». La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 dans son article 11 viendra modifier le premier point de l'article en ajoutant la mention « *pour les professions de santé et pour les spécialités ou groupes de spécialités médicales pour lesquels des dispositions d'aide sont prévus* ». Par ailleurs, elle précisera également que « *lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas déterminé les zones prévues au 1° du présent article pour une spécialité médicale, celles arrêtées pour la profession de médecin s'appliquent* ».

constituer sa raison d'être. A défaut d'ériger une soif illimitée de profit, il n'en reste pas moins que toute activité à visée lucrative cherchera *a minima* à se maintenir à flots. Cette logique existe également dans le domaine de la santé ou des établissements plus précisément, il n'y a qu'à étudier le secteur privé à but lucratif pour s'en convaincre.

72. Pour autant, la notion de performance reste bien plus exigeante dans ce domaine, et la définition de l'offre de soins hospitalière en est un parfait exemple. Ainsi, là où la performance n'est qu'un but ou une exigence personnelle au sein d'une entreprise, elle représente ici une obligation éthique et, surtout juridique. Ceci se comprenant parfaitement au regard de l'activité en cause ici. La santé doit être accessible au plus grand nombre et ne peut, au moins pour une majeure partie de ses composantes, relever exclusivement des lois de l'offre et de la demande[164]. Sa construction reposera donc sur un régime particulièrement élaboré alliant contractualisation, autorisation et contrôle.

73. Régime d'autorisation. Le rôle principal des établissements de santé dans l'élaboration de l'offre de soins se situe au sein d'un régime de demande d'autorisation[165].

---

[164] Justement sur la faculté des pouvoirs publics à limiter l'accès à une activité économique, un parallèle peut être fait avec le traitement accordé au principe de la liberté du commerce et de l'industrie. En ce sens, Moncef KDHIR explique notamment que « *la loi peut restreindre la liberté d'entreprise, notamment lorsqu'elle soumet une activité à autorisation, elle permet également à l'administration de prendre des mesures restrictives dans le but du maintien de l'ordre public* » mais également que « *la puissance publique n'a jamais renoncé à son action économique. Les guerres, les crises, les pénuries, les abus de monopoles et de concentrations et enfin l'inaptitude du marché à trouver par lui-même les ajustements nécessaires à la satisfaction des besoins de l'intérêt général ont amené l'État à intervenir pour assurer « la police » de l'économie tantôt par voie d'injonctions et d'impératifs, tantôt par voie de négociations, d'orientations, d'incitations, de concertations et d'accords. Il en résulte que le système économique français est un système mixte, dualiste, où coexistent : entreprises privées et entreprises publiques, initiative privée et action publique, liberté et interventionnisme* ». Il conclut également en retenant qu'il « *s'agit de la recherche permanente d'un équilibre, d'un compris, d'une proportion entre liberté du commerce et de l'industrie et interventionnisme. Ce n'est pas le moindre paradoxe que de faire coexister mythe et réalité dans le même principe. C'est peut-être le propre de la plupart des principes juridiques que d'avoir des contenus nuancés voire contradictoires* ». **M. KDHIR**, « *Le principe de la liberté du commerce et de l'industrie : mythe ou réalité ?* », Dalloz, Recueil Dalloz, 1994, p. 30.

[165] Pour une étude détaillée et illustrant parfaitement la notion : **B. APOLLIS**, *Autorisations sanitaires et hospitalisation privée. Contribution à l'étude des autorisations administratives dans leurs rapports avec les personnes privées*, LEH Édition, Collection Thèse, Bordeaux, 2008.

Condition *sine qua non* de l'exercice médical au sein des structures[166], elle constitue l'une des caractéristiques d'un marché économique particulièrement encadré[167]. Le régime est particulièrement élaboré et présente des différences notables entre les secteurs sanitaire et médico-social. Le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles prévoient assez largement les conditions d'obtention, mais également de perte d'une autorisation[168]. Cela étant, l'esprit est similaire, à savoir la nécessaire concordance entre la demande d'autorisation et les nécessités posées par le PRS ou le SRS.

74. Ainsi, s'agissant du schéma classique en matière sanitaire, « *sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds* »[169]. De plus, « *l'autorisation est accordée (…) lorsque le projet : 1° Répond aux besoins de santé de la population identifiés par le schéma mentionné à l'article L. 1434-2 ou au 2° de l'article L. 1434-6 ; 2° Est compatible avec les objectifs fixés par ce schéma ; 3° Satisfait à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement* »[170]. Surtout, elle est délivrée sous réserve de respecter différents engagements, « *relatifs, d'une part, aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume*

---

[166] **J.-M. LEMOYNE DE FORGES**, « *50 ans d'autorisations sanitaires* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 423 : à ce sujet, l'auteur estime que les autorisations sanitaires sont les « *instruments de l'extension continue du contrôle des autorités publiques sur le système hospitalier* ».

[167] **B. APOLLIS**, « *Autorisations, coopération et concurrence dans le secteur hospitalier* », Dalloz, RDSS 2020, p. 433 : en complément, l'auteur explique que si « l*es trois catégories d'établissements (publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif) sont naturellement placées en situation de concurrence sur leur territoire d'implantation* », il n'en reste pas moins que la concurrence entre ces derniers « *s'avère d'autant plus accrue (…) que dans le secteur hospitalier les prix, en tout cas les prix des soins et d'un grand nombre d'autres prestations, sont strictement réglementés. Dès lors, ce n'est pas tant sur les prix que porte l'essentiel de la concurrence, mais plutôt sur le développement des structures comme des services de prise en charge des patients* », et qu'en conséquence « *les autorisations sanitaires apparaissent mécaniquement comme un enjeu, comme un objet de la concurrence dans le secteur hospitalier* ». Voir également : **B. APOLLIS**, *Autorisations sanitaires et hospitalisation privée. Contribution à l'étude des autorisations administratives dans leurs rapports avec les personnes privées*, LEH Édition, Collection thèse, Bordeaux, 2008.

[168] Sur les autorisations sanitaires, articles L6122-1 et suivants du code de la santé publique. Sur les autorisations médico-sociales, articles L313-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

[169] Art. L. 6122-1 du code de la santé publique.

[170] Art. L. 6122-2 du code de la santé publique.

d'activité et, d'autre part, à la réalisation d'une évaluation »[171]. La demande peut être faite par « *un ou plusieurs médecins* », « *un établissement de santé* » ou « *une personne morale dont l'objet porte, notamment, sur l'exploitation d'un établissement de santé, d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd (…) ou la pratique des activités propres aux laboratoires de biologie médicale* »[172]. Le lien avec le schéma régional de santé est particulièrement important dans la mesure où les autorisations existantes et qui seraient incompatibles avec celui-ci devront être révisées par le directeur général de l'ARS[173]. Enfin, l'autorisation est accordée par l'ARS, et notamment son directeur général[174], « *après avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire* »[175].

75. Par suite, s'agissant du modèle classique dans le secteur médico-social, « *sont soumis à autorisation des autorités compétentes en application de l'article L. 313-3 les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1, les projets de lieux de vie et d'accueil ainsi que les projets de transformation d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique en établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du présent code* »[176]. Dans une logique similaire au secteur sanitaire, l'autorisation est délivrée sous réserve que le projet réponde à un certain nombre d'objectifs ou d'exigences, notamment de conformité avec les besoins fixés[177]. Sans s'étendre particulièrement sur les

---

171 Art. L. 6122-5 du code de la santé publique. Par ailleurs, la connexion récente de la démarche qualité avec le régime d'autorisation sera développée ultérieurement.

172 Art. L. 6122-3 du code de la santé publique.

173 Art. L. 6122-2 et L. 6122-12 du code de la santé publique.

174 Art. R. 6122-27 du code de la santé publique.

175 Art. L. 6122-9 du code de la santé publique. L'éventuel refus doit être motivé.

176 Art. L. 313-1-1 I. du code de l'action sociale et des familles.

177 Art. L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles, notamment : « *L'autorisation est accordée si le projet : 1° Est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma régional de santé ou par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève et (…) aux besoins et débouchés recensés en matière de formation professionnelle ; 2° Satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le présent code et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L. 312-8 et L. 312-9 ; 3° Répond au cahier des charges établi (…) ; 4° Est compatible, lorsqu'il en relève, avec le programme interdépartemental mentionné à l'article L. 312-5-1 ou le plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées mentionné à l'article*

particularités de chacun d'eux, les autorités délivrant les autorisations sont prévues à l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles, à savoir « *le président du conseil départemental* »[178], « *le directeur général de l'agence régionale de santé* »[179], « *l'autorité compétente de l'État* »[180], « *conjointement le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé* »[181], « *conjointement par l'autorité compétente de l'État et le président du conseil départemental* »[182], et enfin « *conjointement par l'autorité compétente de l'état et le directeur général de l'agence régionale de santé* »[183].

76. Réflexions éthiques. Un tel régime d'autorisation peut susciter un certain nombre de critiques sur le plan éthique. En premier lieu, l'idée de limiter l'offre de soins potentielle a de quoi surprendre. Surtout, elle mène à un questionnement particulièrement épineux. En effet, il peut paraitre difficile de procéder à certains arbitrages, de savoir comment répartir

---

L. 312-5-3, et présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L. 312-5-2, L. 313-8, L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4, au titre de l'exercice au cours duquel prend effet cette autorisation. (…) L'autorisation, ou son renouvellement, peuvent être assortis de conditions particulières imposées dans l'intérêt des personnes accueillies. Pour les projets ne relevant pas de financements publics, l'autorisation est accordée si le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues au présent code, et prévoit les démarches d'évaluation ».

[178] « *Pour les établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11°, 12° et 17° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article L. 312-1, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département* », ainsi que « *pour les services mentionnés au 16° du I de l'article L. 312-1* ».

[179] *« Pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 5°, 6°, 7°, 9°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie ».*

[180] *« Pour les établissements et les services mentionnés aux 4°, 8°, 10°, 11°, 12° et 13° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article L. 312-1, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'État, ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I dudit article L. 312-1 ».*

[181] *« Pour les établissements, les services et les lieux de vie et d'accueil dont l'autorisation relève simultanément des a et b du présent article, ainsi que pour ceux dont l'autorisation relève du 3° du I de l'article L. 312-1 ».*

[182] *« Pour les établissements, les services et les lieux de vie et d'accueil dont l'autorisation relève simultanément des a et c du présent article, ainsi que pour ceux dont l'autorisation relève du 4° du I de l'article L. 312-1 ».*

[183] *« Pour les établissements, les services et les lieux de vie et d'accueil dont l'autorisation relève simultanément des b et c du présent article ».*

efficacement telle ou telle prestation sur le territoire[184]. Il témoigne pourtant d'une réelle construction éthique. Tout d'abord afin d'assurer un niveau respectueux du principe d'égal accès aux soins.

77. Mais plus encore, ce fonctionnement relève d'une certaine éthique économique[185]. Ainsi, le secteur de la santé laisse penser une réelle liberté d'action aux établissements, ces derniers ayant l'initiative, *a fortiori* dans le secteur privé, de se proposer pour exercer certaines activités. Ceci étant, l'initiative s'inscrit dans une logique de maitrise de ce que sera l'offre de soins. Cela confirme que la santé est un secteur trop important pour être laissé entre les mains du seul domaine marchand[186]. Plus encore, dans une société où le rôle de l'État a peut-être perdu de son influence, la santé se trouve préservée et, nonobstant les critiques adressées à ce sujet, reste régulée afin de conserver son caractère régalien[187]. C'est d'ailleurs cette dimension qui va justifier un certain contrôle et une exigence permanente

---

[184] Justement, « *le double souci du législateur était celui d'une planification rationnelle des équipements et celui d'une maîtrise des dépenses de santé, allié à la volonté d'éviter une concurrence des deux secteurs public et privé et de les rendre complémentaires. Ces objectifs plus que jamais sous-tendent le régime actuel de l'autorisation dont le but principal est de contrôler étroitement « l'adéquation de l'offre de soins aux besoins sanitaires » (J.M. de Forges, La réforme hospitalière de 1991 : RD sanit. soc. 1991, p. 527 s.)* », **J. BARTHELEMY**, Fasc. 229-3 : ETABLISSEMENTS DE SANTE. – Autorisation de fonctionner. Lexis Nexis, JurisClasseur Administratif, 1er septembre 1993.

[185] « *Cette tension (la santé a un coût, et ce coût impose des contraintes) peut mettre en péril les principes mêmes de la protection sociale. Ne pas tenir compte du caractère fini des ressources disponibles entraînerait forcément une restriction de l'accès aux soins qui serait aléatoire ou discriminatoire pour certaines populations de patients, avec des conséquences éthiques majeures* ». CCNE, Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier, avis n°101, 28 juin 2007, p. 4.

[186] Plus globalement, le CCNE retient que « *le concept de rentabilité ne peut s'appliquer à l'hôpital de la même manière qu'à une activité commerciale ordinaire* ». *Ibid.*, p. 25.

[187] Plus largement, sur la légitimité de l'intervention publique, « *le droit à la santé n'est pas finalement une formule creuse et sonore. Il correspond à un besoin exprimé de plus en plus nettement par les hommes modernes. Seul l'État paraît capable de satisfaire pleinement ce besoin, d'éradiquer les maladies traditionnelles (on sait, hélas, qu'il en apparaît sans cesse de nouvelles), de lutter contre les infirmités, les handicaps et toutes les menaces qui pèsent sur l'homme dans sa corporalité. Seul l'État paraît capable non seulement d'assumer cette tâche, mais encore de le faire dans le cadre d'une protection égale que suppose le droit à la santé. L'opinion publique, par exemple, réagit vigoureusement lorsqu'on évoque la « médecine à deux vitesses »* ». **J.-M. AUBY**, « *La légitimité de l'intervention publique dans le domaine de la santé* », Dalloz, AJDA, 1995, p. 588.

de performance à l'attention des acteurs du secteur, tout en autorisant des atteintes à la liberté d'entreprendre de manière générale[188].

3. Contractualisation

78. Principe de contractualisation. Au-delà de ce régime d'autorisation, les pouvoirs publics ont mis en place un régime de contractualisation avec les acteurs du système de santé.[189] Il s'agit d'un mécanisme particulier qui peut surprendre. En premier lieu, le recours à ce procédé frise l'hystérie[190]. En effet, les établissements de santé ont souvent l'obligation de contracter avec l'administration, ce qui a pu rendre discutable la nature consensuelle de l'acte, et encourager à rechercher des justifications dans le champ contractuel de manière

[188] Les exemples ou justifications sont nombreux, en outre, sur le principe même d'affiliation obligatoire à la Sécurité sociale, la Cour de cassation a déjà pu expliquer que les articles L. 111-1, L. 111-2-1 et L. 111-2-2 du code de la sécurité sociale avaient « *pour objet une mutualisation des risques dans le cadre d'un régime de sécurité sociale fondé sur le principe de solidarité nationale* » et répondaient « *aux exigences de valeur constitutionnelle qui résultent du onzième alinéa du préambule de la Constitution de 1946* », et qu'en conséquence « *il ne saurait être sérieusement soutenu qu'elles portent atteinte à la liberté contractuelle, à la liberté d'entreprendre et à la liberté personnelle, telles qu'elles découlent de l'article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789* », Cass. Civ. 2ème, 22 octobre 2015, n°15-16.312, sur ces questions : **T. TAURAN**, « *Sécurité sociale – La sécurité sociale et les limitations apportées à la liberté d'entreprendre* », Lexis Nexis, La Semaine Juridique Social n°29, 25 juillet 2017, 1240.

[189] Sur ces questions : **M. CORMIER**, « *Le phénomène contractuel en droit de la santé* », LEH Édition, RGDM, n° 10, 2007, pp. 9-32 ; **E. FIESCHI-BAZIN**, Contractualisation en matière d'offre de soins et médico-sociale. Outils juridiques et stratégies de régulation, LEH Édition, Décideur Santé, Bordeaux, 2017 ; Dans le secteur social et médico-social : **J. PAGES, F. VIALLA**, « *Les établissements sociaux et médico-sociaux face à la contractualisation : une volonté et un défi pour l'avenir* », LEH Édition, RDS, n° 31, 2009, pp. 446-452 ; **S. MOULAY-LEROUX**, « *Le contractualisme dans le secteur social et médico-social : du mythe du contrat à la réalité de la contractualisation* », LEH Édition, RGDM, n° 32, 2009, pp. 73-90 ; **C. PASCAL, L. VERAN**, « *Vers une « sanitarisation » de la gestion des ESSMS ?* », Dalloz, JA 2017, n°562, p. 15.

[190] Ainsi, comme l'explique Didier TRUCHET dans son étude liée à la loi HPST, « *le contrat dans la loi HPST ? Il est partout ! Et c'est bien le problème… (…). Un problème qui n'est pas nouveau. Il y a longtemps que l'on parle en France d'administration contractuelle (…). La loi HPST n'innove donc pas sur ce point. Mais elle donne au contrat une extension nouvelle et presque systématique. Un décompte approximatif aboutit à une trentaine de types de contrats, conventions, accords… nouveaux ou rénovés, s'ajoutant à ceux qui existaient déjà dans le Code de la santé publique (…). Mieux vaut parvenir au résultat recherché par la négociation plutôt que par le commandement, par l'adhésion plutôt que par la contrainte, par la convergence des intérêts plutôt que par l'affrontement. Ce n'est pas à dire que la puissance publique avait disparu ! Elle reste très présente, (…). Mais le contrat devient un habillage de la manifestation unilatérale de la puissance publique* ». **D. TRUCHET**, « *Le contrat dans la loi HPST* », LEH Édition, RGDM, n°15, 2011, pp. 137-156.

générale[191]. Cela étant, la jurisprudence constitutionnelle affirme que les pouvoirs de l'ARS ne portent pas atteinte à la liberté de contracter des structures[192]. En réalité, il s'agit d'un outil de déclinaison du PRS à l'échelle de l'établissement, afin de l'adapter. Le contrat actuel, après avoir subi plusieurs modifications depuis sa naissance en 1996[193], est le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)[194]. Signé entre l'ARS et l'établissement, il s'agit, de l'aveu même de la première nommée, d'un outil majeur de régulation de l'offre de soins. Il est obligatoire en vertu du code de la santé publique. L'objectif est d'avoir une

---

[191] Bien que les points communs entre les deux thématiques paraissent assez minces, relever le propos du Doyen CARBONNIER paraît ici tout à fait intéressant. En effet, en matière économique, il explique que « *le contrat n'est pas toujours un équilibre. C'est un bien commun de la sociologie des contrats que de distinguer – là où le droit dogmatique n'apercevait que des indiscernables – entre l'économique fort, le potentior, et l'économiquement faible, à protéger. Des notions telles que contrat d'adhésion, abus de puissance économique, exploitation d'un contractant par l'autre, sont ainsi entrées dans le droit que nous pratiquons* ». Il précisera ensuite ce qui peut justifier cette idée en ajoutant que « *le contrat d'adhésion paraîtra moins anormal qu'il n'avait paru à la génération précédente, parce que celle-ci s'était trop attachée à l'analyse du contrat comme volonté. Or, la volonté n'est pas tout : il y a le sentiment, il y a la passion. Le contrat est, peut-être, assez naturellement, une adhésion, un acte de foi, un acte de confiance, donc un acte global, contrairement à notre analyse tatillonne qui essaye de le découper et de retrouver sous chacune de ses clauses une coïncidence des volontés* ». Sans s'étendre démesurément sur les éventuelles similitudes de la sphère économique et du contrat résultant d'une fonction de régulation, il n'en reste pas moins que les hypothèses où le contrat repose sur des situations de départ de ses membres profondément inégalitaires trouvent des discussions et des justifications sur le plan juridique ou plus justement sans doute, sur le plan sociologique. **J. CARBONNIER**, Flexible droit, pour une sociologie du droit sans rigueur, LGDJ, 1997, 8ème édition, pp. 310-312.

[192] Cons. const. N°2009-584 DC du 16 juillet 2009, Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Les Sages estiment en effet que « *les pouvoirs de l'agence régionale de santé ne portent, par eux-mêmes, aucune atteinte à la liberté de contracter de ces établissements* ».

[193] Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Sur le CPOM : **L. COCQUEBERT**, « *Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ?* », Dalloz, RDSS, 2012, p. 34. **E. ALFANDARI**, « *Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements et services sociaux et médico-sociaux* », Dalloz, RDSS, 2009, p. 586. **M.-E. BANQ**, « *Les nouveaux contrats d'objectifs et de moyens* », LEH Édition, RDS, n° 15, 2007, p. 115-117. **V. VIOUJAS**, « *Les nouveaux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé : une offre que l'on ne peut pas refuser* », *op. cit.*

[194] Articles L. 6114-1 à L. 6114-5 du code de la santé publique. Ainsi, l'ARS conclut avec chaque établissement de santé un CPOM d'une durée de 5 ans (Art. L. 6114-1 CSP). Ce contrat détermine les objectifs stratégiques *des établissements de santé sur la base du projet régional de santé (…), notamment du schéma régional de santé (…) ou du schéma interrégional (…). Ces objectifs stratégiques concernent le positionnement territorial de l'établissement et le pilotage interne de l'établissement. Le contrat peut également déterminer d'autres objectifs stratégiques en lien avec les missions des établissements de santé définies aux articles L 6111-1 à L 6111-7. Chaque objectif est assorti d'un indicateur unique. Les contrats précisent les engagements des établissements, notamment de retour à l'équilibre financier, qui peuvent donner lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L 162-22-14 du code de la sécurité sociale* » (Art. L. 6114-2 CSP).

vision pluriannuelle de l'action de la structure, ceci afin d'assurer une cohérence avec le PRS. Ainsi, il précise les autorisations détenues par l'établissement, les éventuelles activités spécifiques qu'il détient et les financements qui lui sont octroyés. Plus globalement, il témoigne à la fois d'une négociation et d'un dialogue constant entre la structure et son autorité de tutelle. En effet, celle-ci détient un pouvoir de contrôle mais également de sanction diversifiée[195].

79. Emprise des ARS dans la délimitation de l'offre. Dans cette élaboration, les établissements de santé vont bien sûr avoir un rôle à jouer, sans être prépondérant pour autant. En effet, les ARS sont les acteurs principaux et ont la charge de définir les contours de cette offre. Ainsi, dans le cadre du SRS, il leur revient de fixer les objectifs chiffrés qui incombent aux structures. Le contenu se veut être particulièrement détaillé dans la mesure où il va concerner aussi bien les besoins en prestation que les besoins en installations[196]. Dans cette construction, l'influence des structures est réduite, pour ne pas dire marginale. En définitive, l'offre de soins n'est pas véritablement une offre, mais s'apparente davantage à un cahier des charges à l'attention des acteurs de santé. La ressemblance est par ailleurs trompeuse dans la mesure où le travail de construction résulte d'une sorte de listing d'objectifs, auxquels les prestataires peuvent tenter de répondre[197].

---

[195] Articles L. 6114-1 alinéas 11 et 12 du code de la santé publique : « *Le contrat peut être résilié par l'agence régionale de santé en cas de manquement grave de l'établissement de santé à ses obligations contractuelles. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, les contrats déterminent les pénalités applicables aux établissements de santé au titre de l'article L. 6114-2 en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues. Ces pénalités financières sont proportionnées à la gravité du manquement constaté et ne peuvent excéder, au cours d'une même année, 5 % des produits reçus, par l'établissement de santé, des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos* ».

[196] Notamment Articles L. 1434-2 et L. 1434-3 du code de la santé publique.

[197] L'article L. 6122-2 du code de la santé publique illustre parfaitement cette idée. En retenant une approche synthétique, sinon simpliste, un parallèle pourrait être fait avec la procédure d'appel d'offre : les pouvoirs publics définissent le contenu global de leur appel d'offre via le projet régional de santé, décliné dans un cahier des charges, qui serait ici le schéma régional de santé, et chaque structure ou professionnel candidaterait par le biais d'une demande d'autorisation lors d'une période clairement définie (Art. L. 6122-9 du code de la santé publique).

80. **Exigence constante de performance.** Ce système, motivée par différents objectifs de santé publique, cause une exigence constante de performance à l'attention des établissements de santé. En effet, ces derniers doivent s'inscrire dans l'offre mise en place par les pouvoirs publics. Pour cela, on attend d'eux qu'ils soient en mesure d'établir un dossier dans le but d'obtenir une autorisation. De manière générale, la contractualisation avec l'autorité de tutelle assure une sorte de contrôle continu[198] de la bonne tenue des activités des établissements. Il s'agit, à n'en pas douter, d'un permis d'exercer dans ce système de santé publique. L'exercice au sein de ce secteur économique est conditionné au respect d'un certain nombre d'exigence, le but étant d'offrir à la population une activité de qualité, adaptée à ses besoins.

81. L'activité doit bien être adaptée, c'est-à-dire cohérente à tous les niveaux. Cohérente au niveau des besoins de la population, mais aussi, et peut-être surtout, au regard du coût qu'elle engendre, avec toujours en filigrane un but de maitrise des dépenses de santé. Les développements juridiques récents vont d'ailleurs en ce sens. En témoigne notamment le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES)[199], contrat tripartite ARS-Assurance Maladie-Établissement de santé. Il vise à définir un certain nombre d'objectifs à ces derniers, avec un positionnement intéressant, permettant l'obtention d'un

---

[198] Cette idée de contrôle continu est d'autant plus opportune que depuis l'ordonnance n°2018-21 du 17 janvier 2018 de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, et notamment son article 1er, l'article L. 6122-2 du code de la santé publique stipule que « *l'autorisation est accordée en tenant compte des éléments des rapports de certification émis par la Haute Autorité de santé qui concernent le projet pour lequel elle est sollicitée et qui sont pertinents à la date de la décision* ». Sur ces questions, **V. GUICHARD FRIOT, S. RABILLER**, « *La modernisation du régime des autorisations s'inscrire-t-elle dans une démarche d'innovation ?* », LEH Édition, RDS, n° 86, 2018, pp. 856-867.

[199] Article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale : « *Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de tout établissement de santé relevant de leur ressort géographique et identifié par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues au deuxième alinéa. Les commissions et conférences médicales d'établissement donnent leur avis préalablement à la conclusion du contrat. Celui-ci a pour objet d'améliorer la pertinence et l'efficience des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.* ».

intéressement en cas de réussite[200], ou encore la mise en place de sanctions financières en cas d'échec[201]. Situé parmi les derniers nés en matière contractuelle, il constitue l'un des points d'orgues de cette exigence constante et croissante dont font l'objet les établissements de santé. Désormais, il ne s'agit plus seulement d'anticiper les besoins en santé, mais également de s'assurer que l'action mise en place est adaptée à la politique de santé publique prédéfinie et ayant engendré l'offre de soins.

B. Enjeux de la recherche de performance

82. Enjeux de la recherche de performance : performance économique. S'agissant des enjeux de la recherche de performance, la première idée qui vient à l'esprit est la dimension économique. En effet, le déploiement de bon nombre de politiques publiques, pour ne pas dire la majorité, semble guidé par des impératifs financiers, sans que cela ne soit dénué d'éthique. Ainsi, la maitrise des dépenses de santé et la rationalisation en la matière se justifient à plus d'un titre, avec l'objectif d'assurer une juste répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.

83. A ce titre, il apparaît que les outils économiques ont pris une place prépondérante au sein des établissements de santé, au point d'être désormais incontournables. Ce qui suscite de lourdes tensions et difficultés dans le fonctionnement des structures et génère un sentiment de perte de sens. En outre, il est souvent retenu que la dimension soignante est reléguée au second plan. Pour autant, les attendus ont aujourd'hui évolué. Les transformations des typologies de prise en charge, associées aux ambitions induites par l'exercice médical poussent indéniablement les outils économiques à s'adapter, et ainsi adopter une forme particulière au sein des établissements. En conséquence, la quête de

[200] Voir notamment pour plus de précisions : Art. 9 de l'arrêté du 24 septembre 2021 modifiant l'arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale.

[201] Art. L. 162-30-2 al. 4 du code de la sécurité sociale.

performance est partagée, entre un monde soignant devant intégrer la logique de gestion[202], et l'aspect économique qui doit réinventer ses procédés pour s'adapter au monde précédent.

84. Enjeux de la recherche de performance : performance médicale. L'autre enjeu primordial de la recherche de performance se situe bien évidemment au niveau médical. En outre, la hausse du progrès médical a induit une hausse du champ des possibles et donc une hausse des attentes. En conséquence, l'encadrement de la pratique médicale est devenu un véritable défi juridique à plusieurs titres. Tout d'abord au regard du travail quotidien, et notamment s'agissant de la formation professionnelle et de la définition des actes ou missions à réaliser. D'un point de vue déontologique aussi, en tentant de concilier les objectifs de santé publique, y compris au niveau économique, et les principes élémentaires propres à tout professionnel de santé. Et enfin en matière de responsabilité[203], ou plutôt la définition des conséquences du franchissement des limites du cadre d'exercice. Là-encore, il apparaît que la recherche de performance est multifactorielle.

85. Enjeux de la recherche de performance : performance « sociétale » ? Par suite, les enjeux de cette recherche concernent les attentes précédemment évoquées. En effet, la croissance des possibilités a eu pour conséquence de créer un patient au comportement consumériste. Dès lors, il deviendra nécessairement plus exigeant, plus difficile à contenter. Ce dernier est protégé par un arsenal juridique désormais reconnu et particulièrement étoffé. Au point peut-être de se sentir détenteur de droits qu'il n'a pas, car ces derniers paraissent irréalistes. En outre, l'hypothèse d'un droit à la guérison est, par essence, absurde. Pourtant, le fait de pouvoir repousser la mort avec sans cesse davantage de facilités entraine un double rejet de l'échec médical. Du point de vue du patient, tout d'abord, qui jugera plus intolérable aujourd'hui qu'autrefois de ne pas obtenir satisfaction. Chez les praticiens eux-mêmes, qui ne se contentent plus du seul accompagnement, mais visent désormais une approche fortement teintée de performance en luttant contre une pathologie.

---

202 Travail sans doute le plus avancé.

203 Pour une étude des liens entre la responsabilité civile et la déontologie : **C. LANTERO**, « *Déontologie & responsabilité civile* » in : **I. POIROT-MAZÈRES, M. TOUZEIL-DIVINA (Dir.)**, Quarante ans de droit(s) de la santé, *op. cit.*, pp. 103-108.

86. Mais plus encore, et peut être même paradoxalement, il semble que la société se montre parfois nostalgique de l'établissement de santé d'autrefois. Ainsi, la dimension charitable est souvent opposée aux défenseurs de l'intrusion d'une logique économique au sein des structures. La recherche de profit ne trouve pas sa place dans ce secteur. Il faudrait dès lors être en mesure de faire plus tout en restant en dehors de la compétition. La conciliation de ces deux idées n'a visiblement rien d'aisée.

87. S'agissant de la relation de soins proprement dite, d'aucun s'accorde à dire qu'elle manque de temps, parfois même d'humanité[204], et tout le monde estime qu'il devient nécessaire de replacer le patient au centre de cette dernière. En conséquence, il en résulte une injonction paradoxale où l'établissement de santé devra être en mesure de prendre le temps pour la personne reçue, tout en accueillant plus, avec une exigence technique renforcée, le tout avec des moyens contraints dans une approche efficiente. Il va sans dire que l'exigence de performance semble criante, si ce n'est étouffante.

Conclusion : présentation de l'étude.

88. **Organisation de l'étude : approche inversée**. En réponse à ces propos, il semble que le Droit a pu élaborer un système en apparence adapté et efficace. A la lecture des textes, le patient demeure manifestement au centre de l'ensemble du système de santé. Le modèle de régulation reposant sur la pertinence et la compétence fait également sens. Quant

---

[204] La littérature parfois apporte des éléments de discussion en la matière. Notamment Alexandre SOLJENITSYNE qui, dans son Pavillon des cancéreux, retraçant les propos d'un patient à son médecin, éclaire parfaitement ce que peut vivre un malade durant une prise en charge aussi institutionnalisée que celle proposée par le système de santé : « *d'emblée vous partez d'une situation fausse : une fois qu'un malade est entre vos mains, c'est vous, désormais, qui pensez pour lui, vous, vos règlements, vos staffs, le programme, le plan et l'honneur de votre établissement. Et moi, de nouveau, je ne suis plus qu'un grain de sable, comme au camp ; et de moi, plus rien ne dépend* ». L'enjeu du régime juridique en vigueur est principalement de répondre à ce particularisme, s'adapter à cette humanité, où l'usager, voulant être soigné, souhaite aussi être écouté et impliqué. A ce titre, la recherche de performance concerne et doit concerner cette idée. Car la réponse que le médecin apporte à son patient pourrait parfaitement être transposée à notre temps : « *nous demandons aux malades une autorisation écrite avant chaque opération* », le patient rétorquant qu'« *à part l'opération, vous savez bien que vous ne demandez rien aux malades, que vous ne leur expliquez rien !* ». **A. SOLJENITSYNE**, Le pavillon des cancéreux, Robert Laffont, Pavillons Poche, Paris, avril 2016, Première parution en 1968, p. 118.

à la dimension économique, le processus de tarification assortie des différents dispositifs incitatifs permet sur le papier de se montrer productif. Il conviendrait presque de s'interroger quant à la justification d'un tel flot de critiques. Car oui, le secteur hospitalier est aujourd'hui plus que jamais pris dans une crise à plusieurs facettes. La perte de sens est omniprésente, les inégalités sont ressenties, parfois plus que de raison, quand les contraintes économiques ne cessent de croître, et d'être parfois jeter en pâture par voie de presse.

89. Cette crise du système invite nécessairement le juriste à la modestie et montre à quel point celui-ci reste fortement dépendant de l'effectivité des mesures qu'il édicte. Mais pour autant, il reste de nombreux éléments à réformer, avec une méthode précise[205]. Il ne s'agit plus nécessairement d'envisager une révolution du système qui, peu à peu, trouve à s'équilibrer. En revanche, il convient de répondre à la principale critique qui peut lui être adressée, à savoir son manque de liant. En effet, ces constructions, prises individuellement, se justifient sans réelle difficulté théorique. Pour autant, il apparaît que la construction historique de l'hospitalisation en silo est loin d'être dépassée. En ce sens, il s'agit désormais de parvenir à faire entrer les différents mondes de ce secteur autour d'une quête de performance partagée. Ceci justifie donc l'orientation de cette étude qui visera non pas à mettre en lumière les limites de la recherche de performance, mais bien d'en justifier les principes et la logique de fonctionnement, avant d'en présenter les défauts, et les ajustements à apporter.

90. **Annonce de plan**. En conséquence, il conviendra dans un premier temps de mettre en lumière les fruits de la recherche de performance (Partie 1), afin de mieux exposer ensuite les méfaits de cette dernière (Partie 2) et ainsi envisager les pistes d'amélioration.

[205] Voir notamment : **L. CHAMBAUD**, « *Notre système de santé à l'épreuve du futur. Anticiper pour mieux répondre aux besoins à venir* » in : **I. POIROT-MAZÈRES, M. TOUZEIL-DIVINA (Dir.)**, Quarante ans de droit(s) de la santé, *op. cit.*, pp. 347-354.

Partie 1 : Les fruits de la recherche de performance attendue des établissements de santé

91. **Progrès et performance**. Les progrès techniques et scientifiques ont autorisé les pouvoirs publics à penser l'hospitalisation autrement. Souvent synonyme de fatalité, c'est-à-dire d'accompagnement vers la mort ou dans la précarité, cette dernière fait désormais l'objet d'une authentique exigence de guérison[206]. Avant de critiquer ce propos, il est notable de relever qu'elle témoigne d'une réelle progression. Désormais lancée dans une course à la performance[207], les structures de santé sont, dans leur ensemble, bénéficiaires de cette construction, et il semble que le régime juridique actuelle expose un accroissement du champ des possibles[208] qui profitent finalement à l'ensemble des parties prenantes, à savoir les équipes et les patients.

92. **Évolution de la méthodologie de prise en charge (Titre 1)**. En premier lieu, les conditions de prise en charge ont évolué et mettent clairement en valeur le fonctionnement des établissements de santé. En outre, la technicisation du rôle d'accueil des structures associée au développement d'une prise en charge industrialisée permet d'identifier un cadre où les compétences se sont diversifiées, au bénéfice direct des patients. Plus encore, la standardisation de la prise en charge montre à quel point l'ensemble du système hospitalier est aujourd'hui orienté vers une recherche de performance.

---

[206] **J.-P. PIERRON**, « *Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins* », Sciences sociales et santé, vol. 25, n°2, 2007 ; **J.-P. PIERRON**, Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin, Presses Universitaires de France, 2010.

[207] **G. LAROCHELLE, F. COURVILLE**, La course à la performance. Regards critiques de la philosophie sur la santé, Beauchesne, 2016.

[208] **J. IMBERT**, Histoire des hôpitaux en France, Toulouse, Privat, 1983 ; **J.-N. FABIANI**, La fabuleuse histoire de l'hôpital. Du Moyen Âge à nos jours. C'est l'hôpital qui se moque de la charité !, Pocket, Les Arènes, 2016 ; **O. FAURE**, Les cliniques privées, Deux siècles de succès, Presses Universitaires de Rennes, 2012.

93. Encadrement de la production en santé (Titre 2). Dans un second temps, l'encadrement de la production en santé est, elle-aussi, dirigée par une recherche de performance, profitable à l'ensemble du secteur. Tout d'abord, la démarche qualité, lourdement définie, met en lumière une remise en cause constante des pratiques vers une quête d'amélioration. Par suite, la recherche de l'efficience économique permet de voir des établissements de santé en mesure de répondre aux défis sociétaux, tout en préservant les générations futures.

Titre 1 : L'accompagnement normatif de l'évolution de la méthodologie de prise en charge au sein des établissements de santé

Non omnibus aegris eadem auxilia conveniunt[209]

94. Les établissements de santé sont désormais de véritables pôles de performance et en ce sens, ils se sont structurés non seulement dans la façon d'accueillir le malade, aspect indispensable bien qu'insuffisant, mais aussi dans leur manière d'exercer. Ainsi, le personnel soignant, autrefois largement bénévole, a opéré une transition de la vocation à la profession qualifiée et reconnue. Surtout, l'action en structure se perfectionnant, les exigences ne se résument plus à la seule dimension soignante[210]. Dorénavant les attentes se situent davantage au niveau de l'efficience, qu'elle soit technique ou économique, avec pour objectif de faire toujours plus en rationnalisant les moyens à disposition. Cette évolution s'est également organisée autour de professions de pointe afin d'être en mesure de se positionner face aux différentes interventions rendues possibles par un progrès en mouvement constant. Cette technicité nouvelle et cette montée de niveau se sont matérialisées par une standardisation de l'exercice médical laissant vraisemblablement moins de place à l'initiative ou du moins en l'encadrant[211]. La prise en charge désormais normée se déroule dans un cadre déterminé tant par le monde scientifique que par les autorités à travers la politique de santé publique et ses objectifs.

---

[209] On ne soigne pas tous les malades avec le même remède.

[210] En ce sens, les développements du cadre réglementaire pour les établissements publics et du contrat d'hospitalisation et de soin seront prépondérants. Voir notamment : **G. MEMETEAU**, « *La responsabilité hôtelière de la clinique privée* », RDSS, Dalloz, 1995, p. 475 ; **G. MEMETEAU**, « *Du contrat d'hospitalisation* », Elsevier Masson SAS, Médecine & Droit, Volume 2005, Issue 71, Mars-Avril 2005, pp. 61-67.

[211] Voir notamment : **J. DE KERVASDOUÉ**, Quel avenir pour l'hôpital public ?, Laennec, vol. 62, n°1, 2014, pp. 8-18.

95. Au titre d'une recherche de performance, la fonction d'accueil des établissements s'est donc technicisée (Chapitre 1) quand la prise en charge au sens médical de la notion s'est standardisée (Chapitre 2), impliquant ainsi une forme d'industrialisation de cette relation au sein des structures.

Chapitre 1 : La technicisation de l'accueil au sein des établissements de santé

96. À l'origine prépondérant dans leur fonctionnement, le rôle d'accueil des établissements est peu à peu devenu accessoire au regard du niveau technique qu'ils ont atteint et des exigences sociétales dont ils font l'objet. Cela étant, accessoire ne veut pas dire inessentiel, si bien qu'il revêt toujours une importance ne souffrant d'aucune contestation[212].

97. En ce sens, une évolution tenant compte des attentes a vu le jour (Section 1), avec une adaptation exigée en fonction des prises en charge, et des modalités d'accueil nécessitant l'étude de différents mécanismes juridiques. Cependant, celle-ci ne doit pas faire oublier la principale, à savoir la technicisation de la relation de soins, avec une prise en charge désormais industrialisée (Section 2), à travers la matérialisation des progrès entrainant une évolution fonctionnelle, le tout étant encadré par le droit des patients.

Section 1 : Prise en compte des attentes autour de la prise en charge

98. En changeant de logique et d'objectif, les établissements de santé ont été confrontés à l'évolution d'une dimension autrefois essentielle de leur action, à savoir la fonction d'accueil (§1). La multiplication et la diversification tant des typologies de prises en charge que des structures ont causé et encadré cette transition[213]. Cette dernière a mécaniquement

[212] En effet, la représentation de l'accueil peut paraître minime au sein de structure parfois qualifiée d'entreprise de soins. Pour autant, il n'en demeure pas moins qu'elle revêt toujours une place considérable d'un point de vue patient, pour qui le langage adopté et les attentions qui lui sont accordées prendront parfois plus d'importance que la thérapeutique elle-même.

[213] Les exemples sont nombreux, notamment sur la question du grand-âge, ou encore de l'ambulatoire pour ne citer qu'eux. Par exemple sur ces questions : **L. LECHEVALIER HURARD**, « *Nouveaux dispositifs de prise en charge, nouveaux métiers ? Les dynamiques de professionnalisation pour les soignants de première ligne en milieu spécialisé Alzheimer* », Retraite et société, 2014/3, n°69, p. 99-120 ; **M. DUPONT**, « *L'ambulatoire : éléments d'une définition* », RDSS, Dalloz, 2016, p. 7.

eu de nombreux impacts organisationnels et professionnels (§2) influençant à la fois les missions et le comportement des établissements.

§1. Évolution de la position d'accueil des établissements de santé

99. Il semble que la position d'accueil des établissements de santé s'est perfectionnée et repositionnée. En effet, cette évolution est perceptible au regard de son importance en fonction des types de prises en charge (A), mais également selon les catégories de structures (B).

A. Évolution de l'importance de l'accueil selon les prises en charge

100. Technicisation de l'offre de soins. L'hôpital comme lieu de progrès. A travers les différents éléments précédents, il apparaît que la dimension technique de la prise en charge a pris le pas sur l'accueil des usagers. Loin de la vocation charitable originelle, les établissements de santé ont désormais un objectif inhérent de performance visant la guérison. En conséquence, organiser l'accueil devient un défi organisationnel, l'aspect curatif étant désormais au cœur de la fonction. Par suite, les attentes, tant des pouvoirs publics que des patients eux-mêmes, sont loin de se limiter aux seules conditions de séjour, ces derniers viennent pour guérir.

101. Une fonction d'accueil désormais accessoire. A ce titre, la fonction d'accueil n'est plus désormais qu'un accessoire du fonctionnement des établissements de santé. Il apparait que ces derniers ont évolué. Au point que cela puisse être souvent critiqué. Ainsi, le père Patrick VESPIEREN s'interroge : « *l'hôpital de nos jours, est-il encore « hospitalier » ? (…) Peut-il encore vraiment pratiquer l'hospitalité ? Est-ce même souhaité ? N'attend-on pas aujourd'hui de l'hôpital des prestations techniques, efficaces, rapidement efficaces, qui par elles-mêmes apporteront amélioration de la santé et guérison ? Est-ce que cela ne fait pas passer au second plan cette notion d'hospitalité ? De l'hôtellerie à l'hôpital, oui ; du confort, certainement, c'est désiré, revendiqué. Mais de l'hospitalité ? N'est-ce pas une valeur d'origine fondamentalement religieuse, aujourd'hui dépassée dans notre*

société sécularisée et rationalisée ? »[214]. En conséquence, Paul-André CREPEAU expliquait fort justement que « *dans la réalité hospitalière d'aujourd'hui, l'établissement hospitalier devient un entrepreneur de soins et de services hospitaliers. Ceux-ci, dans cette acceptation nouvelle, comportent, non seulement des services d'hôtellerie et des soins infirmiers, mais également des soins et services paramédicaux et, très souvent, des soins médicaux et chirurgicaux* »[215]. La fonction médicale s'est très largement superposée à la fonction sociale, visant, non plus à seulement prendre soin du patient, mais à le guérir.

102. Une fonction d'accueil restant prépondérante. Malgré tout, alors même que d'une certaine façon l'accueil ne représente plus la mission centrale de l'établissement de santé, elle ne s'en trouve pas formellement déclassée pour autant. En effet, la place centrale accordée au patient a nécessairement impliqué, non pas de banaliser cette fonction, mais de l'adapter aux nouvelles réalités auxquelles ces derniers sont confrontés. En ce sens, les pouvoirs publics ont développé différents principes s'appliquant à l'ensemble des structures, avant de développer davantage pour les établissements de santé. L'exemple le

---

[214] **P. VESPIEREN**, « *L'hospitalité au cœur de l'éthique du soin* », Laennec, 2006/4, Tome 54, pp. 33-49.

[215] **P.-A. CREPEAU**, « *La responsabilité de l'établissement hospitalier* », Journ. Droit de Mc Gill, 1981, 26.675 et 677. Il ajoute en outre qu'une « *telle évolution de la fonction hospitalière paraît à certains étonnante, voire juridiquement inadmissible. Ne peut-on pas objecter, en effet, que c'est là confondre deux ordres qui doivent demeurer distincts, et que, bien plus, c'est confier à un établissement profane des fonctions et attributions que le législateur a expressément réservées aux seuls membres de la profession médicale ? Pourtant, la notion d'entreprise médico-hospitalière constitue l'une des réalités de notre temps, dont on ne saurait ignorer la reconnaissance juridique ni méconnaître les origines sociologiques* ». Propos cité par Gérard MEMETEAU qui s'interroge par suite : « *Paradoxalement, la clinique n'en revient-elle pas à ses sources ? Prolongement, d'abord, du cabinet médical, elle retrouve sa vocation de dispensatrice des soins médicaux, à titre personnel après avoir traversé une longue période de séparation nette entre les obligations d'hébergement et de soins paramédicaux d'une part, la conclusion du contrat de soins avec l'hospitalisé d'autre part, et l'article 85 in fine du nouveau code de déontologie médicale témoigne de cette remontée aux origines* ». **G. MEMETEAU**, « *La responsabilité médicale de la clinique privée* », RDSS, Dalloz, 1997, p. 96.

plus évocateur est, sans doute, la charte du patient hospitalisé[216], prévoyant notamment que « *les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins* »[217].

103. Plus encore, la question du livret d'accueil doit être envisagée. Dispositif commun à l'ensemble des établissements de santé, il témoigne assez bien de la logique du système en matière d'admission d'usager, à savoir délivrer une information exhaustive et de qualité. Cette idée dépasse d'ailleurs l'information, et le contenu de celle-ci témoigne d'une certaine exigence en matière d'accueil, source inévitable de performance. Ainsi, sa délivrance est obligatoire[218] et son contenu est défini par arrêté[219]. Celui-ci dispose notamment que « *le livret a pour objet de présenter l'établissement de santé et de fournir des informations utiles à l'ensemble des personnes hospitalisées sur leurs conditions de prises en charge* »[220].

104. S'agissant du contenu proprement dit, il se trouve particulièrement détaillé et étoffé. Il doit, entre autres[221] préciser la situation géographique de la structure, les moyens permettant une mise en relation avec les représentants des usagers, les moyens d'identifier les différents professionnels. Mais également les modalités permettant de rencontrer le médecin pour l'usager mais également sa famille et ses proches, les différents horaires, les formalités administratives d'admission et de sortie, les possibilités d'accéder aux différents tarifs, les modalités de sorties. Et surtout « *les prestations hôtelières, les différents éléments de confort et services proposés à la personne hospitalisée et à ses proches ainsi que les modalités permettant de connaître*

---

216 A ce sujet, Domitille Duval-Arnould explique en outre s'agissant de la charte du patient hospitalisée que « *même si celle-ci n'a pas à elle seule de force obligatoire, les patients peuvent être amenés à se prévaloir de ses dispositions comme constituant un socle commun à toute hospitalisation, quel que soit l'établissement qui les accueille* ». **D. DUVAL-ARNOULD**, Droit de la santé 2019/2020, Dalloz Référence, Dalloz, 1ère éd., Août 2019, p. 155.

217 Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée, point 2.

218 Art. L. 1112-2 du code de la santé publique.

219 Voir ainsi : Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé.

220 Art. 1er, Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé. Celui-ci précise en outre que « *des informations écrites, spécifiques, liées à la nature des activités de l'établissement, aux différents modes de prise en charge ou à la typologie des patients sont données en complément, en tant que de besoin* ».

221 Pour la liste exhaustive voir : Art. 2, *Ibid.*

leurs tarifs » ainsi que « *les possibilités et conditions d'hébergement éventuellement proposées par l'établissement de santé aux proches de la personne hospitalisée* »[222].

105. Si l'exposition de son contenu peut paraitre aride et faire office de catalogue, elle met assez bien en lumière les attentes qui pèsent sur les établissements de santé en matière d'accueil. Elle montre aussi que le caractère accessoire de cette fonction n'implique pas par voie de conséquence qu'elle doit être négligée. Il semble que les exigences en la matière se trouvent pour le moins renforcées, témoin incontestable d'une recherche de performance.

106. Distinction évidente au regard des typologies de prise en charge. Certaines typologies de prise en charge justifient cette recherche par leur nature. Ainsi, les EHPAD[223] et la chirurgie ambulatoire constituent des exemples, certes opposés, mais particulièrement évocateurs de cette idée. Dans le premier cas[224], bien que les aspects médicaux[225] ou paramédicaux[226] restent des composantes de premier plan, ces structures constituent dans la plupart des cas des lieux de vies[227]. A ce titre, alors qu'un hôpital ou une clinique pluridisciplinaire, de chirurgie notamment, auront pour quotidien les allers et venues des malades, pour un temps en principe court, les EHPAD quant à eux doivent recevoir une catégorie d'usager destinée à s'établir dans l'établissement. En ce sens, l'exigence de

---

[222] *Ibid.*

[223] Bien qu'ils ne soient pas toujours des établissements de santé à proprement parler, l'activité peut en revanche être rattachée à ces derniers.

[224] Sur le management en EHPAD : **A. MARRO**, L'art de manager en EHPAD, LEH Édition, Pratiques professionnelles, 2013.

[225] A titre d'exemple, certains auteurs parlent même d'une « *médicalisation progressive des établissements d'hébergement pour personnes âgées* », en raison de la complexité des pathologies rencontrées, tels que la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson. Voir notamment : **L. LECHEVALIER HURARD**, « *Nouveaux dispositifs de prise en charge, nouveaux métiers ? Les dynamiques de professionnalisation pour les soignants de première ligne en milieu spécialisé Alzheimer* », Retraite et société, 2014/3, n°69, pp. 99-120.

[226] Pour un exemple, notamment un témoignage d'une psychologue en exercice en EHPAD : **N. CONTI**, « *La question de l'enfermement en EHPAD* », Empan, 2019/2, n°114, pp. 63-68.

[227] Voir notamment : **K. CHARRAS, F. CERESE**, « *Être « chez-soi » en EHPAD : domestiquer l'institution* », Gérontologie et société, 2017-1, vol. 39, n°152, pp. 169-183.

performance en leur sein va essentiellement se matérialiser à travers les soins de confort, l'objectif étant d'offrir une certaine qualité de vie à leurs résidents.

107. S'agissant de la prise en charge ambulatoire[228], le patient n'a pas, par définition, vocation à rester mais précisément à quitter la structure le jour-même de son admission. Ainsi, la question des prestations hôtelières n'a tout bonnement pas lieu d'être posée. Ce qui ne signifie pas que l'accueil ne détient pas une certaine importance. A dire vrai, elle reste prépondérante, mais s'envisage de manière tout à fait différente. En effet, l'exigence de performance sera palpable dans les attentes en matière de célérité et d'efficacité. A titre d'exemple, la bonne orientation du patient deviendra un enjeu aussi thérapeutique que stratégique afin d'assurer une meilleure gestion des programmes tout en veillant à ce que sa prise en charge soit adaptée et pertinente[229]. En ce sens, comme l'expliquaient, en 2016, Antoine BREZIN et Cédric ZOLEZZI, « *en France, l'hospitalisation reste maxi-invasive pour une chirurgie devenue mini-invasive. Se pose alors plusieurs questions : comment réduire de façon significative le recours à l'hospitalisation conventionnelle ? Comment préserver la qualité des soins tout en raccourcissant la*

---

[228] Pour une étude de ces particularismes : **M. DUPONT**, « *L'ambulatoire : éléments d'une définition* », RDSS, Dalloz, 2016, p. 7. Notamment : « *L'ambiguïté procède principalement du fait que deux définitions principales sont usitées. Pour user d'une terminologie anglo-saxonne, la première, fonctionnelle, réunit les « ambulatory care » (tous les soins qui sont dispensés sans que le patient ne soit alité, à l'hôpital comme en ville), comprenant eux-mêmes les « outpatient care » (à savoir des soins externes, organisés à l'hôpital, mais « sans hébergement »). La seconde, organique, est particulièrement représentative de notre système de santé, qui depuis fort longtemps n'a pu résoudre une scission très affirmée entre médecine de ville et médecine hospitalière : elle considère comme « ambulatoires » toutes les activités de santé que ne gèrent pas les hôpitaux, publics comme privés. Débat sémantique qui, toutefois, ne doit pas cacher l'essentiel. L'incertitude actuelle des mots pour nommer les choses ne fait que refléter les difficultés à décrire juridiquement ce qui se produit sous nos yeux depuis ces dernières années et qui est promis à se poursuivre : la fin d'une certaine forme d'hôpital, enserré dans ses murs, quasi-propriétaire d'une « patientèle » à demeure, jaloux de ses personnels, de ses équipements et des informations médicales qu'il détient* ».

[229] A propos de l'hospitalisation à temps partiel, Benoît APOLLIS explique en outre que « *les chiffres parlent donc d'eux-mêmes et, s'ils sont jugés sans doute encore insuffisants dans certains domaines, ils attestent incontestablement du mouvement d'extension de l'hospitalisation à temps partiel ces dernières années* », avant d'en préciser les causes : « *Premièrement, (…) l'apparition de techniques nouvelles permettant d'éviter l'hospitalisation complète ou de limiter la durée de l'hospitalisation. Deuxièmement, la volonté d'optimisation des parcours de soins et ainsi de faciliter le retour au domicile le plus possible et le plus rapidement possible, conformément au souhait majoritaire des patients (…). Troisièmement, la prise en charge particulière des maladies chroniques, qui nécessitent des suivis séquentiels des patients. Là, bien entendu, un des meilleurs exemples est fourni par le traitement du cancer (…). Enfin, quatrièmement, la maitrise des dépenses de santé apparait bien sûr au premier rang des facteurs qui poussent les pouvoirs publics à favoriser l'hospitalisation à temps partiel* ». **B. APOLLIS**, « *L'hospitalisation à temps partiel* », RDSS, Dalloz, 2016, p. 29.

durée de séjour ? Comment générer des économies substantielles pour la collectivité ? Ces questions trouvent de premiers éléments de réponse : en distinguant le besoin de soins du besoin d'hébergement, en remettant en cause à chaque fois que c'est possible l'utilité des hébergements nocturnes en institution hospitalière et en développant le plus possible la chirurgie d'un jour »[230].

B. Encadrement de l'accueil selon les structures

108. Distinction au regard de la nature juridique des structures. Indépendamment de la question de la nature juridique de l'établissement, l'exercice du service public va nécessairement impliquer une adaptation des conditions d'accueil. Celles-ci font l'objet d'un encadrement légal. Il est notamment prévu qu'il s'exerce dans le respect différents principes tels que les « *principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité* »[231]. Par suite, les structures doivent garantir « *à toute personne (…) un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé* », mais également « *la permanence de l'accueil et de la prise en charge, (…), ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires* »[232].

109. Il n'en reste pas moins que les modalités d'accueil bénéficient d'un encadrement juridique différent, ceci se justifiant bien évidemment au regard de la nature de l'activité. Ainsi, à propos des établissements publics de santé, leur statut légitime un encadrement particulièrement développé et unifié afin de respecter une certaine égalité à l'égard des usagers. Ce rigorisme ne peut s'appliquer pleinement aux structures privées. En effet, leur liberté d'initiative doit être privilégiée. Cependant, au sein d'une relation contractuelle des plus particulières, les thématiques associées à la politique de santé publique, voulues par les

[230] **A. BREZIN, C. ZOLEZZI**, « *La chirurgie ambulatoire : une dynamique engagée au sein du Groupe hospitalier Paris Centre* », RDSS, Dalloz, 2016, p. 21.

[231] Art. L. 6112-1 du code de la santé publique.

[232] Art. L. 6112-2 du code de la santé publique.

autorités nationales et locales, restent mis en avant, à travers des principes généraux mais également avec la jurisprudence qui veille à préserver la particularité de l'accueil médical.

110. Cas des établissements publics de santé : l'encadrement réglementaire. S'agissant des établissements publics de santé, le code de la santé publique envisage au sein de sa partie réglementaire des dispositions particulières[233]. L'importance du positionnement du patient est préservée et celui-ci détient « *sauf en cas d'urgence et compte tenu des possibilités en lits, le libre choix du service* »[234] dans lequel il souhaite être admis. Plus précisément concernant les conditions de séjour[235], la fonction d'accueil doit faire l'objet d'un personnel formé et dédié à cette tâche[236]. Durant celui-ci, la liberté de culte doit être respectée et son exercice facilité[237]. Les éléments relatifs à la venue de visiteurs sont également envisagés[238], notamment l'encadrement de celle-ci[239]. Les hypothèses de sorties sont aussi prévues, qu'elles soient temporaires[240] ou définitives. Dans ces cas de figure, il est notamment expliqué qu'elles sont prononcées par le directeur sur proposition du médecin chef de

[233] Art. R. 1112-10 et suivants du code de la santé publique.

[234] Art. R. 1112-17 du code de la santé publique. Bien entendu, uniquement « *dans les disciplines qui comportent plusieurs services* ».

[235] Art. R. 1112-40 à R. 1112-55 du code de la santé publique.

[236] Art. R. 1112-40 du code de la santé publique : « *l'accueil des malades et des accompagnants doit être assuré, à tous les niveaux, par un personnel spécialement préparé à cette mission* ».

[237] Art. R. 1112-46 du code de la santé publique : « *les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix* ». Sur ces questions : **V. FORTIER, F. VIALLA (Dir.)**, La religion dans les établissements de santé, LEH Édition, A la croisée des regards, Bordeaux, 2013.

[238] Ainsi, les familles peuvent être reçues par les médecins « *soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leurs familles* » (Art. R. 1112-44).

[239] En ce sens, les visiteurs ne doivent pas gêner le fonctionnement du service ou le repos des malades, sous peine d'expulsion et d'interdiction de visite (Art. R. 1112-47), ils ne doivent pas introduire de l'alcool, des médicaments sans accord du médecin ainsi que les animaux domestiques (Art. R. 1112-48).

[240] Art. R. 1112-56 du code de la santé publique : « *Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie d'une durée maxima de quarante-huit heures. Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du médecin chef de service, par le directeur* ».

service[241], le patient se voit remettre un bulletin de sortie[242] et une lettre de liaison qui informe le médecin généraliste de son état[243].

111. En dehors de certaines hypothèses contraignantes[244], le cadre se veut exhaustif et respectueux de l'autonomie des usagers. En effet, ces derniers doivent notamment être informés du nom de leurs soignants[245]. Ils peuvent également choisir « *qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé* »[246] et exiger le refus de visite pour certains individus[247]. En conclusion, il apparaît qu'une procédure particulièrement formalisée, pour ne pas dire standardisée a été mise en place. Ici, la quête de performance et l'industrialisation de la prise en charge se veulent à la fois soucieuses des droits des usagers et des exigences liées à la qualité attendue.

112. Cas du secteur privé : le contrat d'hospitalisation et de soin[248]. A la différence du secteur public, la relation entre le patient et l'établissement privé ne bénéficie pas d'une assise textuelle[249]. La jurisprudence a assez logiquement dégagé un fondement contractuel,

---

241 Art. R. 1112-58 du code de la santé publique.

242 Art. R. 1112-59 du code de la santé publique.

243 Art. R. 1112-60 et R. 1112-61 du code de la santé publique.

244 Les interdictions prévues par l'article R. 1112-48 du code de la santé publique et s'appliquant aux visiteurs concernent également les malades. De plus, « *lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé* » (Art. R. 1112-49). En outre, une stricte hygiène corporelle est attendue (Art. R. 1112-52), tout comme le respect des locaux (Art. R. 1112-50).

245 Art. R. 1112-42 du code de la santé publique.

246 Art. R. 1112-45 du code de la santé publique.

247 Art. R. 1112-47 du code de la santé publique.

248 A ne pas confondre avec le contrat médical qui ne vise « *qu'une hypothèse particulière : la relation de soins nouée entre un patient et un professionnel libéral* » et ne traite donc pas de facteurs organisationnels tels que les prestations hôtelières ou de conforts. **M.-F. CALLU, M. GIRER, G. ROUSSET**, Dictionnaire de droit de la santé, secteurs sanitaire, médico-social et social, LexisNexis, 2017, p. 115.

249 Voir notamment : **I. ALQUIER**, *Le statut du patient hospitalisé en établissement de santé privé*, Thèse de doctorat en Droit sous la direction du Professeur Émérite Louis DUBOUIS et soutenue le 17 juin 2011 au sein de l'Université Paul Cézanne-Aix-Marseille III.

au moins s'agissant du volet accueil proprement dit[250]. A ce titre, la Cour de cassation retient classiquement, en appliquant le droit commun des contrats, qu'en « *ce qui concerne l'exécution des prestations médicales, les cliniques ne contractent d'autre obligation vis-à-vis de leur clientèle que celle de lui donner avec prudence et diligence des soins attentifs et consciencieux, à l'exclusion de toute obligation de sécurité* »[251].

113. Ainsi, la dimension hôtelière est d'une particulière importance, tant actuellement qu'historiquement. En effet, la clinique privée, au moins dans l'imaginaire collectif, a pu renvoyer à une idée d'excellence, où la qualité du séjour permettait d'échapper à l'inconfort de l'hôpital. Gérard MEMETEAU explique justement que « *c'est par voie de conséquence que la clinique assure des fonctions hôtelières, dont, naguère, les clients appréciaient la qualité comparée à celle de l'hôpital public (…). L'hébergement du patient est causé par le traitement de sa maladie mais est un élément important du contrat* »[252]. Par suite, comme l'énonce Claudine BERGOIGNAN-ESPER et Pierre SARGOS, « *les établissements de santé privés doivent aussi donner un certain nombre de prestations indépendantes (…) des soins proprement dits et qui ont un aspect en quelque sorte « hôtelier » consistant à assurer le confort du séjour de l'hospitalisé. Il s'agira de son logement dans une chambre de l'établissement, de sa nourriture, de son hygiène courante, de la garde de ses effets personnels, de l'organisation*

---

[250] Les remises en cause en la matière sont connues. En ce sens, « *quatre principaux cas de figure peuvent être identifiés. Tout d'abord lorsque le professionnel ou l'établissement est une personne de droit public, le patient se trouve dans une relation statutaire et légale d'usager du service public, il n'existe alors aucun contrat. Ensuite, lorsque le professionnel de santé est une personne de droit privé exerçant à titre libéral, la jurisprudence traditionnelle admet qu'il est lié au patient par un contrat, qualifié de contrat médical, mais dont l'existence est aujourd'hui remise en question (…). En revanche, lorsque le professionnel est une personne de droit privé salariée d'un établissement de santé privé, la qualification est différente : le professionnel ne conclut aucun contrat avec le patient car l'ensemble des prestations (hôtellerie, soins médicaux et paramédicaux, organisation) est inclus dans un contrat dit d'hospitalisation et de soins (ou parfois contrat hospitalier) qui lie le patient à l'établissement. Enfin, deux contrats peuvent se superposer : contrat médical et contrat d'hospitalisation et de soins. En effet, si le professionnel exerce en libéral, et non plus comme salarié, au sein d'un établissement privé de santé, outre le contrat médical conclu entre le malade et le médecin, le patient est en plus lié à l'établissement par un contrat d'hospitalisation et de soins, qui concerne les obligations hôtelières, de soins paramédicaux et d'organisation* ». **M.-F. CALLU, M. GIRER, G. ROUSSET**, Dictionnaire de droit de la santé, secteurs sanitaire, médico-social et social, LexisNexis, 2017, p. 114.

[251] Cass. civ., 6 mars 1945, Clinique de Sainte-Croix.

[252] **G. MEMETEAU**, « *Du contrat d'hospitalisation* », Elsevier Masson SAS, Médecine & Droit, Volume 2005, Issue 71, Mars-Avril 2005, pp. 61-67.

des visites »[253]. De plus, « *des obligations liées, empruntées à divers contrats (hôtellerie, restauration, prêt), et même au contrat de dépôt (C. santé publ., art. L. 1113-1 s.), se cumulent pour conférer au contrat hospitalier une allure particulière* »[254].

114. Contrat d'hospitalisation et de soin : clarification de la notion. La notion de contrat d'hospitalisation et de soin a dû être clarifié, et cette action met en lumière la variété des fonctions attendues d'un établissement de santé privé. La jurisprudence parle d'un double contrat, à savoir un contrat d'hospitalisation et un contrat de soins[255]. Par suite, elle énonce que le contrat d'hospitalisation contient un contrat d'hébergement et un contrat de santé[256]. Ainsi, la fonction d'hébergement fait l'objet d'un volet contractuel à part entière. Lister les éléments la composant serait complexe, néanmoins, il apparaît que les structures doivent proposer à leurs patients une alimentation et des vêtements adaptés, s'assurer de la tranquillité du lieu et leurs proposer divers équipements de conforts selon les cas de figure (télévision, animation, téléphone, etc…). Surtout, « *pour toutes ces prestations (hôtellerie, restauration, prêt, la clinique est tenue d'une obligation de moyens dont l'inexécution doit être prouvée par le patient* »[257].

115. La proximité dans cette construction avec l'hôtellerie peut être constatée. Pour autant, une structure de soins n'est pas un hôtel[258], et en conséquence, certaines différences

---

[253] **C. BERGOIGNAN-ESPER, P. SARGOS**, Les grands arrêts du droit de la santé, Dalloz, Grands arrêts, Décembre 2020, pp. 285-286. Les auteurs ajoutent utilement que le contentieux sur ce point précis reste assez rare.

[254] **G. MEMETEAU**, *op. cit.*, pp. 61-67.

[255] Cass. Civ. 1ère, 26 mai 1999, n°97-13.268 ; Cass. Civ. 1ère. 18 juillet 2000, n°99-12.135.

[256] Montpellier, 24 juin 2003, n°00/02099.

[257] Lamy Droit de la santé, Fasc. 528-12, « *Prestation hôtelières adaptées à la situation médicale du patient* », Wolters Kluwer France, Novembre 2011.

[258] A titre d'exemple, les différences entre le dépôt hôtelier et le dépôt hospitalier illustrent cette idée. Ainsi, l'article 1952 du code civil prévoit que « *les aubergistes ou hôteliers répondent, comme dépositaires, des vêtements, bagages et objets divers apportés dans leur établissement par le voyageur qui loge chez eux ; le dépôt de ces sortes d'effets doit être regardé comme un dépôt nécessaire* ». Ces professionnels font, au sens de l'article 1953, l'objet d'une responsabilité « *illimitée* » concernant le « *vol* » ou le « *dommage de ces effets* », « *soit que le vol ait été commis ou que le dommage ait été causé par leurs préposés, ou par des tiers allant et venant dans l'hôtel* ». Enfin, d'après l'article 1954, ils « *ne sont pas responsables des vols ou dommages qui arrivent par force majeure, ni de la perte qui résulte de la nature ou d'un vice de la*

évidentes doivent être soulignées[259]. Gérard MEMETEAU résume de manière synthétique le particularisme de la mission d'hébergement des établissements de santé, privés précisément : « *si le droit du tourisme répartit les hôtels en plusieurs catégories, contrôlées, selon leur confort et la variété des services consentis aux clients, le droit de la santé ignore ces distinctions. (…) Comment en serait-il autrement ? La cause et la durée (parfois réduite...) de l'accueil du client sont liées à la maladie. Il n'en reste pas moins que, malade d'abord, le sujet est un occupant des lieux* »[260]. Précisément, la jurisprudence a eu l'occasion d'expliquer que « *l'on ne saurait considérer ni comme un hôtelier ou un aubergiste l'exploitant d'une clinique, ni comme un voyageur au sens de l'article 1952 les personnes qui viennent habiter une chambre pendant le temps où les soins spéciaux nécessités par leur état leur sont dispensés* »[261]. Si le propos peut paraître évident, pour ne pas dire ubuesque, il met néanmoins en évidence le particularisme des structures de soins, qui sont nécessairement amenées à accueillir des patients, mais dont la mission principale reste la délivrance de soins.

---

chose ». Il faut également relever que le dépôt, en la matière, n'a pas à être formalisé. S'agissant du dépôt hospitalier, il est régi dans des conditions bien plus souples, aux articles L. 1113-1 et suivants du code de la santé publique. Il est notamment prévu que « *les établissements de santé (…), sont, qu'ils soient publics ou privés, responsables de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou d'un comptable public, par les personnes qui y sont admises* ». Par suite, l'article L. 1113-4 énonce que ces derniers ne sont pas responsables des objets « *non déposés dans les conditions prévues à l'article L. 1113-1 ou non retirés* ». Le dépôt doit ici être formalisé. La frontière est par ailleurs marquée par la jurisprudence, celle-ci refusant l'application du domaine de l'article 1952 du code civil pour une clinique : Cass. Civ. 1ère. 17 décembre 1957.

[259] Certaines œuvres cinématographiques confirment d'ailleurs, non sans humour, ces différences notables, pour des exemples : **G. GRANGUER (Réal.)**, Le cave se rebiffe, Cité Films, Compagnia Cinematografica Mondiale, France, Italie, 1961 ; **J. BECKER (Réal.)**, Bon Rétablissement !, France, 2014.

[260] **G. MEMETEAU**, « *La responsabilité hôtelière de la clinique privée* », RDSS, Dalloz, 1995, p. 475. Il ajoute fort élégamment que « *la santé du client est aussi une question de qualité des services locatifs. De silence, en premier lieu. Malraux a entendu les bruits de l'hôpital ! Il entre dans l'obligation de l'hôtelier d'assurer, selon la catégorie de son établissement, une jouissance paisible des lieux. Pourquoi pas dans l'obligation de la clinique, a fortiori, le malade nécessitant, plus que le voyageur, la quiétude des lieux (d'où, par ricochet, le pouvoir de la clinique d'agir contre les voisins insouciants en invoquant la théorie des inconvénients anormaux de voisinage...) ? Et, en second lieu, d'une alimentation appropriée à l'état de santé et aux exigences du traitement. Si le praticien a imposé un régime alimentaire, la clinique est fautive de ne pas le respecter, ce qui compromet la santé du sujet* ».

[261] Cass. Civ. 1ère, 17 décembre 1957.

116. Surtout, la remise en cause contemporaine de la nature contractuelle de la relation de soins ne trouve, fort logiquement, pas d'écho s'agissant de l'accueil ou de l'hospitalisation pour des raisons assez évidentes. En effet, le contenu de ce volet du contrat reste assez largement placé en dehors de la prestation de soins. Ainsi, Marion GIRER précise qu'en « *définitive, il est possible de prétendre que la qualification contractuelle de la relation nouée entre l'établissement privé de santé et le patient n'a que peu d'intérêt dans notre système actuel, et surtout qu'elle ne repose que très artificiellement sur l'accord des parties. Il faut cependant nuancer cette affirmation, qui est essentiellement valable dans le domaine de l'obligation de soins médicaux. Le contrat peut subsister pour l'organisation matérielle de soins (par exemple pour le paiement des frais de prise en charge, pour les obligations hôtelières...)* »[262]. Là-encore, le propos démontre la mise en place d'un cadre de santé publique autour de la relation de soins pouvant être agrémenté de divers liens contractuels pour des missions ou prestations accessoires. Cela étant, la performance attendue se matérialise aussi dans ces éléments, avec un certain nombre d'exigences visant à assurer une qualité minimum de séjour.

117. **Transition.** Au-delà de la seule dimension soignante, la mission d'accueil se trouve également encadrée afin d'assurer au patient un séjour paisible. La nature de cet encadrement varie selon le régime juridique de l'établissement, étant réglementaire pour l'hôpital, et contractuel pour les structures privées. Cela étant, cet encadrement a impliqué une adaptation des modalités d'accueil pour les établissements. Adaptation qui fait l'objet de sanction lorsqu'elle est insuffisante. Cependant, plus que l'aspect contraignant de ce cadre, il caractérise également un enjeu stratégique pour ces derniers, ainsi qu'une opportunité de promouvoir leur pratique, l'objectif étant de mettre en lumière leur niveau de performance auprès des usagers.

---

[262] **M. GIRER**, « *Les patients pris en charge par les établissements de santé privés* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 1021. Elle ajoute en outre, en citant notamment Patrice Jourdain, qu'en « *revanche, en ce qui concerne les soins médicaux, les obligations qui pèsent sur le médecin sont extra-contractuelles et « rayonnent donc au-delà des relations contractuelles »* ». Voir également : **P. JOURDAIN**, « *Le changement de nature de la responsabilité médicale* », Dalloz, RTD Civ., 2011, p. 128.

§2. Évolution des modalités d'accueil des établissements de santé

118. Par ailleurs, les modalités d'accueil au sein des établissements de santé ont profondément évolué. En effet, cette dimension devient désormais un enjeu stratégique (A). L'ensemble de ces changements présentant de nombreux impacts sur l'organisation des structures (B).

A. Accueil patient comme enjeu stratégique

119. Présentation : exigence de performance. A travers l'étude des différentes modalités d'accueil des structures, c'est l'exigence de performance qui est mise en lumière. En effet, alors même que le progrès technique vise à faire de ces missions un simple accessoire de la prise en charge, il n'en reste pas moins que ces dernières doivent revêtir un certain nombre de caractéristique propre à s'insérer dans une vision standardisée du soin, où l'usager bénéficierait d'un haut niveau de prestation. Pour autant, cette idée ne résulte pas uniquement d'une politique de santé publique mais bien d'une évolution du comportement des établissements visant à contenter sinon développer sa patientèle. Cela étant, il ne doit pas être perdu de vue que ces changements sont aussi et surtout induits par une adaptation nécessaire à la variété et à la typologie des séjours mis en place.

120. L'accueil patient : un enjeu stratégique. Face au comportement parfois clientéliste du patient, associé aux exigences de performance induites par le progrès technique, les établissements de santé font de l'accueil un enjeu stratégique. En effet, la multiplication des propositions de prestations est notable et témoigne de ce phénomène. Quelle que soit la nature juridique de la structure, l'ingéniosité est parfois mesurable mais surtout exigée. Ainsi, la politique de santé publique implique nécessairement cette construction pour répondre aux besoins de ce système. Le développement de ces compétences nouvelles va permettre d'élargir le panel de solution d'adaptation liée à la prise en charge afin de répondre aux divers droits du patient[263].

[263] Voir notamment le droit au respect de la vie privée du patient durant sa prise en charge. Art. L. 1110-4 du code de la santé publique : « *Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service,*

121. L'accueil patient : un outil de communication. Cette dimension stratégique se matérialise également à travers la communication extérieure des établissements. Et dans cette construction, l'accueil devient un outil particulièrement intéressant. En outre, la quasi-totalité des structures communiquent en ce sens et cherchent à exposer la qualité de leurs prestations. Cet objectif n'est d'ailleurs pas forcément récent et ne concerne pas uniquement les structures mais bien les pouvoirs publics eux-mêmes. Ainsi, le film « *Hôpital silence* »[264], œuvre ayant notamment reçu le visa du Ministère de l'éducation nationale, avait dès 1957 la volonté de communiquer la réalité du fonctionnement de l'hôpital. En effet, celui-ci exposait les nouvelles facultés techniques et les bénéfices dans l'ensemble de ses composantes. En ce sens, sont mises en valeurs des situations purement médicales telles que la radiologie ou la production des traitements, d'autres plus gestionnaires, à travers les propos du directeur expliquant la volonté d'orienter les investissements sur ces capacités techniques. Mais plus encore, sont également étudiés les impacts positifs du progrès sur la fonction d'accueil, avec des nouveaux procédés pour la préparation des repas ou encore une meilleure prise en compte de la convalescence post-opératoire. Ici, la communication opérée par les pouvoirs publics est stratégique au niveau des objectifs de santé publique nationaux[265]. D'autres exemples anciens traitant de la communication des établissements de santé eux-mêmes pourraient être envisagés, avec notamment le film « *Une cité hospitalière* » datant des années 1960 et que François-Xavier SCHWEYER, dans une étude approfondie sur cette œuvre[266], qualifie de « *film de communication institutionnelle* ».

(…) a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ». Sur ces questions : **A. NIETO**, *La vie privée à l'épreuve de la relation de soins*, Thèse de doctorat en Droit privé et Sciences Criminelles rédigée sous la direction du Pr. François VIALLA et soutenue le 20 novembre 2017 au sein de l'Université de Montpellier.

[264] **B. BACHELART**, **R. CARON**, « *Hôpital silence* », Les Productions Cinématographiques Intercontinentales ; 1957, 23 minutes. Peut être consulté en intégralité via le lien suivant : https://medfilm.unistra.fr/wiki/H%C3%B4pital_silence#O.C3.B9_le_film_est-il_projet.C3.A9_.3F

[265] L'idée est notamment de montrer à la population la variété et la profondeur des actions menées par l'hôpital, l'objectif étant sans doute que cette dernière prenne conscience de leur ampleur.

[266] **F.-X. SCHWEYER**, « *17. Une cité hospitalière : quand l'hôpital se donner une image. Analyse sociologique d'un film* », in : **F. DOUGUET (éd.)**, Image et santé. Matériaux, outils, usages., Rennes, Presses de l'EHESP, Recherche, santé, social, 2011, pp. 207-227.

122. Bien sûr, il y a quelque chose de logique à vouloir exposer le bien-fondé de son travail. Surtout, l'objectif est aussi de répondre aux exigences liées à leur devoir d'information[267], le but étant bien sûr que chaque patient bénéficie de solutions de confort adaptées et développées[268] qu'il peut avoir à sa disposition, et ainsi consommer en ce sens[269]. Mais il n'est également pas interdit de penser que cette communication face office de publicité positive. En effet, alors que cette dernière est interdite, pour des raisons éthiques et déontologiques, la communication sur la qualité d'accueil peut présenter certaines vertus et un intérêt évident. L'idée étant bien sûr de donner l'image d'une structure bienveillante et accueillante afin vraisemblablement d'attirer une patientèle. En ce sens, cette communication se veut donc stratégique pour développer l'activité, dans l'acception quantifiable du terme, de l'établissement.

123. Accueil patient et prestations hôtelières. Dans cette dimension stratégique, la question de l'importance des prestations hôtelières prend tout son sens. Il apparaît qu'il s'agit certes d'une exigence des usagers, mais surtout d'une exigence particulière. En effet, l'usager réclame un niveau de confort non négligeable, mais qui reste toutefois mesuré, et finalement assez raisonné. De manière intéressante, l'Institut français de l'expérience patient et le cabinet d'études MOAÏ ont mené une enquête exposant la nature des volontés

---

[267] Bien que le livret d'accueil puisse souvent remplir cet office.

[268] La logique est parfois particulièrement développée. A titre d'exemple, le groupe Générale de Santé (désormais Ramsay santé) avait signé en janvier 2015 un partenariat avec Gault & Millau pour le test et la labellisation de certains de ses menus : https://www.ramsaysante.fr/actualites/g%C3%A9n%C3%A9rale-de-sant%C3%A9-soigne-ses-repas-avec-gault-millau-une-premi%C3%A8re-%C3%A0-lh%C3%B4pital, publié le 29/04/2015, consulté le 03/02/2022. Le secteur public n'est pas en reste à ce sujet avec en outre le CHU de Toulouse qui a pu confier la préparation de certains plats à un chef étoilé : https://www.chu-toulouse.fr/-la-restauration-, publié le 18/12/2017, consulté le 03/02/2022. Dans un autre ordre d'idée davantage orientée sur l'engagement de la structure, le CHU de Saint-Étienne a quant à lui obtenu le label « *Restauration responsable* » : https://sante-achat.info/durable/un-label-responsable-pour-la-cuisine-du-chu-de-saint-etienne/, publié le 25/06/2021, consulté le 03/02/2022.

[269] Là-encore, les exemples, notamment dans les cliniques privées, sont nombreux. Peuvent notamment être cité les groupes Oc santé, qui décline ses prestations d'accueil en 5 gammes différentes, ou encore Ramsay santé qui multiplie les offres et services, en matière de restauration, mais également des situations plus atypiques telles que la photographie.

des usagers en matière de séjour hospitalier. Ils ont notamment démontré que les attentes étaient à la fois modestes et compréhensives. À titre d'exemple les exigences en termes de restaurations sont extrêmement faibles, mais fonctionnelles, avec en outre une attention toute particulière portée à l'hygiène et l'intimité des lieux de vies et d'attentes[270]. Ainsi, les attentes sont réelles mais restent particulières et impliquent une technicité propre au secteur de la santé.

124. Pour répondre à ces exigences techniques nouvelles, la croissance des entreprises ou intervenants extérieurs est palpable[271]. En conséquence, vont trouver à cohabiter de nouvelles professions ou prestations au service de l'usager. Ainsi, comme l'expliquent Marc DUPONT et Claudine BERGOIGNAN-ESPER, « *un élément de ces mutations est la place progressivement prise par des entreprises et intervenants extérieurs, majoritairement privés, dans le fonctionnement courant des établissements de santé. Ainsi, dans le domaine de l'hôtellerie les prestations y sont mises en œuvre par des entreprises spécialisées disposant d'une excellente connaissance du secteur et des métiers de santé et en capacité d'assurer la sous-traitance de nombreuses fonctions d'exploitation : accueil et restauration, maintenance des bâtiments, bionettoyage, stérilisation* »[272].

125. Surtout, la mise en place et la maitrise des prestations hôtelières peut constituer un enjeu stratégique, en offrant une adaptation du séjour concourant parfois directement au soin ou à l'accès aux soins[273]. A ce titre, la situation des hôtels hospitaliers doit être étudiée.

---

[270] « *Parcours administratif et hôtelier à l'hôpital : quelle importance ?* », support de présentation des sessions de restitution organisées le mardi 30 juin et le jeudi 2 juillet 2020, et animées par **A. KOUEVI** et **D. ANDRE**, étude qualitative menée au CHU de Saint-Étienne, par l'Institut Français de l'expérience patient (IFEP) et le cabinet d'études MOAÏ.

[271] A titre d'exemple, l'implication des prestataires tels que Sodexo ou Elior est largement connue par les acteurs.

[272] **M. DUPONT, C. BERGOIGNAN-ESPER**, Droit hospitalier, Dalloz, Cours, 11ème éd., Janvier 2022, p. 163.

[273] L'exemple des hôtels hospitaliers témoigne de ce phénomène. Voir sur cette notion : **P. CURIER-ROCHE**, « *L'hébergement temporaire non médicalisé : le virage de l'Hôpital* », LEH Édition, RDS, n°79, 2017, pp. 639-649 ; **L. ROQUE**, « *L'expérimentation de l'hébergement non médicalisé : un enjeu économique mal maîtrisé* », LEH Édition, RDS, n°76, 2017, pp. 239-240.

D'abord mises en œuvre à titre expérimental[274], ces prestations hôtelières[275] peuvent être proposées par les établissements de santé sur la base du volontariat[276]. Ce dispositif est par ailleurs largement préconisé, tant par les usagers[277] que les pouvoirs publics. Ces derniers, à travers la mesure 17 des conclusions du Ségur de la santé proposent de « *développer les hôtels hospitaliers* » qui « *permettent de garantir un haut niveau de sécurité des soins tout en libérant des lits d'hospitalisation et en améliorant la qualité d'accueil pour les patients* ». Surtout, la mesure tend à « *permettre aux établissements de contractualiser avec des structures extérieures ou de proposer directement une offre en interne, avec un modèle économique plus attractif que le dispositif actuel* »[278]. L'hôtel hospitalier est présenté comme « *une alternative à l'hospitalisation conventionnelle* » qui s'inscrit dans une perspective où « *il devient aujourd'hui incontournable de changer de paradigme à propos de l'hôpital, en dissociant l'activité de soins de celle de l'hébergement* »[279]. La rédaction du texte, prévoyant un dispositif optionnel et laissant l'initiative aux établissements de santé, va en ce sens, en proposant une faculté d'adaptation. De plus, sa mise en place montre aussi le déploiement d'organisme spécialisé, au point que cette possibilité soit organisée par les pouvoirs

---

[274] Mis en place à titre expérimental par la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, associée au décret n°2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients.

[275] Voir en ce sens l'article 59 de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 ainsi que le décret n°2021-1114 du 25 août 2021 relatif à la mise en œuvre de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé.

[276] L'article L. 6111-1-6 du code de la santé publique définit cette faculté : « *les établissements de santé peuvent mettre en place un dispositif d'hébergement non médicalisé en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance de soins pour des patients dont l'état de santé ne nécessite pas d'hébergement hospitalier pour leur prise en charge* ».

[277] A ce sujet, le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS), désormais France Assos Santé, retenait « *l'hôtel-patients pourrait s'imposer comme un sas intermédiaire idéal, un hébergement transitoire, certes non médicalisé mais rassurant, qui interviendrait entre l'hospitalisation et le domicile* ». CISS, « *L'hôtel-patients : un sas pour l'hospitalisation ?* », https://www.france-assos-sante.org/2016/06/29/lhotel-patients-un-sas-pour-lhospitalisation/, publié le 29/06/2016, consulté le 03/02/2022.

[278] Mesure 17 des conclusions du Ségur de la santé, dossier de presse, Juillet 2020.

[279] **S. GAUCHER, S. BOUAM, F. CAPPIELLO, A. AISSAT, J.-P. BETHOUX**, « *Hôtel hospitalier : une alternative à l'hospitalisation conventionnelle* », La Presse Médicale, Vol. 41, Issue 12, Partie 1, Décembre 2012, pp. 1301-1303. Les auteurs justifient de la manière suivante leur propos : « *À l'heure du développement de la médecine et de la chirurgie ambulatoires, mini-invasives, il apparaît de plus en plus nécessaire d'adapter en regard la notion d'hospitalisation en la rendant elle aussi « mini-invasive »* ».

publics[280]. Si l'hôtel hospitalier ne constitue qu'un exemple, il met cependant en lumière les nouvelles réalités du soin, empruntant sans doute à sa conception traditionnelle, mais impliquant un degré de maitrise technique supérieur. Ceci se vérifie également au niveau des professions.

B. Impacts organisationnels de ces évolutions

126. Impacts organisationnels : adaptation aux types de séjours. S'agissant de l'exercice professionnel, pour comprendre la variété voire la complexité du portefeuille de séjours possibles, il suffit d'observer la définition des établissements de santé, ou plutôt de leurs missions. Ainsi, « *ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles* »[281]. Apparaît donc une multitude de modalités mais surtout d'exercice possible auprès de l'usager. En effet[282], s'il faut entendre ici accueil dans le sens d'une réception du patient dans le but de lui délivrer une prestation, à savoir le soin, il est également nécessaire de noter que cet accueil peut être de courte durée, quand ce n'est pas le patient qui accueille le professionnel dans un lieu où l'on peine à imaginer une telle relation. Dès lors, l'évolution des modalités de prise en charge[283] peut entrainer une évolution des perceptions, et permettre de ne plus envisager

[280] En ce sens, l'article L. 6111-1-6 al. 2 précise justement que « *l'établissement de santé peut déléguer la prestation à un tiers par voie de convention* ».

[281] Art. L. 6111-1 al. 2 du code de la santé publique.

[282] Comme l'explique très élégamment Virginie IM-COSTE, « *le soin en HAD sera toujours un soin intrusif et décalé, dans un lieu inapproprié, auprès d'un bébé malmené et de parents agacés. L'HAD est un renouveau du possible-impossible, d'un soin insatisfait sur une clinique incertaine, bien éloignée du printemps mais proche de la cinquième saison* ». **V. IM-COSTE**, « *« Viens à la maison, y a le printemps qui chante ». L'hospitalisation à domicile* », Spiral, vol. 79, n°3, 2016, pp. 202-212.

[283] Justement, à propos de l'hospitalisation à domicile, Johanne SAISON-DEMARS explique que « *l'appellation « hospitalisation à domicile » révèle à elle seule l'originalité de la prise en charge du patient. La prise en charge hospitalière sort de ses propres murs pour s'exercer dans le lieu de vie du patient (domicile ou établissement d'hébergement à caractère social ou médico-social). L'hospitalisation à domicile relève ainsi à la fois du droit commun de l'hospitalisation, de par la nature des soins qu'elle délivre et les obligations qu'elle assume en tant qu'établissements de santé, mais également d'un droit spécial de l'hospitalisation lié à ses lieux d'exercice, qui l'oblige à assumer une mission de coordination et à développer des modes de coopération* ». **J. SAISON-DEMARS**, « *L'hospitalisation à domicile* », RDSS, Dalloz, 2016, p. 41.

l'établissement comme une structure au sens matériel, mais comme un objet mouvant, en constante adaptation[284].

127. Impacts organisationnels : questionnement des pratiques. Dans la même logique que les propos précédents, la définition des établissements de santé permet également quelques éclaircissements. Ainsi, « *les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé* »[285]. A travers ces termes, il peut être relevé que les exigences portent sur des considérations qui dépassent les éléments du seul soin. Le vocabulaire employé implique d'adapter le comportement des professionnels de terrain[286] aux situations rencontrées et vécues par l'usager[287]. Bien sûr, cette dimension est propre au soin. Mais le fait de l'inclure aux missions montre le degré

---

[284] Voir notamment les multiples programmes liés à l'hôpital « hors les murs ». Voir également : **D. SICARD**, L'hôpital hors les murs – Des relais : comment ? Pourquoi ? Pour qui ?, Éditions de Santé, Euro Cos, Humanisme & Santé, 2009.

[285] Art. L. 6111-1 al. 1 du code de la santé publique.

[286] L'Institut français de l'expérience patient observe en outre, dans ses 10 enseignements clefs du baromètre de l'expérience patient 2021, « *une hausse continue de la notoriété du terme Expérience patient auprès des professionnels de santé (…), une progression plus nette dans les établissements publics* » mais ces professionnels, « *comme les patients, jugent plus sévèrement leurs compétences techniques et relationnelles, ainsi que sur l'organisation du parcours de soins* ». IFEP, Baromètre de l'expérience patient, Restitution des résultats et débats, vendredi 21 janvier 2022.

[287] L'idée est d'ailleurs souvent étudiée, pour un exemple à propos de l'HAD gériatrique : « *le développement des établissements d'HAD qui doit accompagner la transition épidémiologique sur le territoire français, nécessitent par ailleurs un changement dans les pratiques professionnelles avec une plus grande diffusion de la culture gériatrique et des interventions multidisciplinaires* ». **M. DE STAMPA, M. ANDRIEU, S. CHATAUX, E. CLEMENT, B. COSTES-HENRI, E. LEFORESTIER, C. MARECHAL, O. MARQUESTAUT, E. MAC DE LOS FRAILES, S. SABLONNIERES**, « *Hospitalisation à domicile et malades âgés* », NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie, Vol. 14, Issue 83, 2014, pp. 265-269. Toujours s'agissant de l'HAD, la nécessité de ces adaptations est souvent évoquée, voire notamment : « *cette situation inhabituelle produit des interactions délicates avec le personnel soignant. Nombre de malades perçoivent leur arrivée non plus comme une « invitation » mais comme une « intrusion ». Ce sentiment est d'autant plus grand que les roulements réguliers de soignants peuvent donner l'impression au patient qu'il n'est plus tout à fait chez lui. En effet, non seulement le patient n'est plus libre de faire ce qu'il veut aux horaires qu'il souhaite, mais son entourage est également contraint. Là où à l'hôpital conventionnel la famille se limite à un rôle de visiteur, en HAD elle se heurte finalement aux mêmes contraintes que le patient, un peu comme si elle était « hospitalisée » avec lui* ». **A. MAGNIER, G. GUYON, F. CLAUDOT**, « *Hospitalisation à domicile : faut-il adapter le Code de la santé publique à la prise en charge à domicile ?* », Revue française des affaires sociales, n°1, 2020, pp. 195-214.

d'exigence qui y est associé. Surtout, le développement des nouvelles catégories de prise en charge implique mécaniquement une exigence de performance liée aux conditions d'exercice.

128. **Impacts organisationnels : accueil patient et sécurité.** Il apparaît que l'impact concernera aussi et surtout la question de la sécurité lors de l'accueil au sein de la structure. Cependant, il convient malgré tout de garder à l'esprit que cette exigence n'a rien d'absolue mais vise surtout la surveillance de ce dernier durant son séjour. Finalement, à l'image de ce qui peut être observé dans l'hôtellerie, les attentes se matérialisent principalement autour de la protection de la quiétude nécessaire au repos de l'usager. En ce sens, le juge civil retient notamment que la clinique privée, dans le cadre du contrat d'hospitalisation qu'elle conclut avec un patient, détient une obligation de sécurité portant sur « *l'activité purement hôtelière de l'établissement privé* »[288].

129. Cela a été évoqué plus tôt, elle ne dispose pas d'une obligation générale de sécurité[289]. En outre, « *dans la mesure où il est impossible d'assurer une surveillance permanente et individuelle de chaque résident, ce qui serait d'ailleurs attentatoire au droit au respect de l'intimité de la vie privée des usagers et à leur liberté d'aller et de venir, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux ne peuvent assumer une obligation de sécurité de résultat* »[290]. Malgré tout, comme l'explique Domitille DUVAL-ARNOULD, cette exclusion marque « *le fait que l'établissement de santé n'est tenu que d'une obligation de moyens et non pas qu'il serait dispensé de veiller à la sécurité des patients* »[291]. Ceci se vérifie notamment à travers l'exigence posée de délivrer aux usagers des soins attentifs et

---

[288] Aix-en-Provence, 22 décembre 1962. Voir notamment **J.-L. MOURALIS**, Étude 522 « *Partage de responsabilité médicale* » et notamment le point 522-21, in : **A. LAUDE, J.-M. PONTIER, J. BLANCHET (Dir.)**, Lamy Droit de la santé, Wolters Kluwer, Lamy Expert, Novembre 2011.

[289] Cass. civ., 6 mars 1945, Clinique de Sainte-Croix.

[290] **M. GIRER**, « *Le suicide d'un usager en établissement de santé (hors psychiatrie) et en établissement médicosocial* », in : **F. VIALLA, P. VIELFAURE, S. JOLY (Dir.)**, Le suicide. De l'Antiquité au XXIème siècle, LEH Édition, A la croisée des regards, Bordeaux, 2022, p. 733.

[291] **D. DUVAL-ARNOULD**, Droit de la santé 2019/2020, Dalloz Référence, Dalloz, 1ère éd., Août 2019, p. 153.

consciencieux[292]. Si cette obligation de moyen se trouve renforcé lorsque l'état du patient le justifie[293], ce ne sera évidemment pas le cas lorsque rien ne laisse présager chez lui une quelconque dangerosité[294].

130. Impacts organisationnels : hypothèse du défaut d'organisation. D'un point de vue strictement organisationnel, la responsabilité des établissements de santé est un régime de responsabilité pour faute[295]. Face à ces obligations liées à la sécurité et aux exigences en termes d'accueil, la jurisprudence des deux ordres juridictionnels se montre parfois particulièrement sévère, au point de consacrer des régimes proches de l'obligation de résultat. Surtout, il apparaît une constante dans la façon d'aborder ou de caractériser le défaut de surveillance qui peut être considérée comme commune à ces deux ordres. En effet, il semble que le juge tienne compte de l'état de santé et de l'autonomie de l'usager de l'établissement pour retenir le degré de vigilance attendu de ce dernier[296].

131. Cependant, les établissements publics de santé se trouvent naturellement plus lourdement exposés, pour des raisons relevant, une fois encore, du respect des objectifs de la politique de santé publique[297]. Ainsi, le juge administratif a pu sanctionner la mauvaise

---

[292] Cass. Civ. 1ère, 18 juillet 2000, n°99-12.207.

[293] Cass. Civ. 1ère., 5 février 1963.

[294] Cass. Civ. 31 mars 1965, n°63-11.990.

[295] Art. L. 1142-1 du code de la santé publique qui explique que ces derniers « *ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute* ». Ceci excluant les infections nosocomiales et le cas des produits défectueux.

[296] Gérard MEMETEAU expliquait en 1995 qu'à « *l'hôpital public, l'on impose une obligation de surveillance tenant compte de l'état du sujet (âge, handicap) et la clinique privée, de son côté, n'est tenue que d'une obligation de prudence et de diligence lui permettant de se dégager de sa responsabilité dès lors qu'elle n'a pris aucun engagement particulier de surveillance, que le médecin-traitant n'a transmis aucune recommandation particulière et qu'aucun symptôme ne permet de deviner une dangerosité du malade, alors qu'en revanche lorsque l'état du sujet suggère une vigilance particulière, la négligence est aisément fautive* ». **G. MEMETEAU**, « *La responsabilité hôtelière de la clinique privée* », *op. cit.*

[297] Pour une étude détaillée de la responsabilité civile pour faute des établissements de santé publics : **C. LANTERO**, « *Étude : la responsabilité civile pour faute des établissements de santé publics* », Lexbase, Encyclopédie Juridique, Droit médical, 15 septembre 2020.

gestion des stocks[298], le défaut d'entretien[299] ou d'aménagement des locaux[300]. S'agissant de la coordination proprement dite, elle en pu en sanctionner la carence[301], tout comme l'orientation du patient dans le mauvais service[302], ou plus simplement une mauvaise organisation de l'accueil aux urgences[303]. Par suite, le défaut de surveillance est également sanctionné, que celle-ci soit médicale[304], résidentielle ou relevant de l'hébergement[305].

132. A propos du secteur privé, et comme l'explique Anne GUEGAN, « *s'agissant des fautes dont répondent les cliniques, leur diversité se mesure à celle de leurs obligations désormais consacrées*

---

298 CAA Bordeaux, 6 juillet 2006, Groupe Hospitalier Sud Réunion, n°03BX01451.

299 A propos d'un enfant décédé après avoir partagé la chambre d'un adulte atteint de la variole : CE, 18 novembre 1960, Savelli, n°27844. Bien que la solution perde quelque peu en intérêt avec le principe d'indemnisation systématique en matière d'infection nosocomiale.

300 Hypothèse où le juge l'envisage sans pour autant le sanctionner en l'espèce : CE, 16 janvier 2008, n°275173.

301 CE, Contentieux, 7 juillet 1997, n°143528. L'arrêt valide le raisonnement de 1ère instance selon lequel « *les séquelles consistant en troubles intestinaux chroniques entraînant une incapacité permanente partielle de 10 % dont reste atteint le jeune Grégory X... étaient dûes au retard avec lequel, en raison d'un manque de coordination au sein de l'équipe médicale du service de pédiatrie du Centre hospitalier général de Senlis dans lequel, souffrant de diarrhées et de vomissements, cet enfant, alors âgé de huit mois, avait été admis le 22 novembre 1979* ».

302 CE, Contentieux, 16 novembre 1998, n°178585. En l'espèce, la patiente avait été orienté vers le service de médecine générale alors que son état semblait manifestement exiger une intervention chirurgicale : « *Considérant qu'il résulte de l'instruction, (…), que, malgré la persistance des douleurs ressenties par Mlle Z... les symptômes présentés par le mollet gauche de la blessée, le centre hospitalier de Brive n'a fait procéder que le 9 mars 1990 en fin d'après-midi, soit plus de quarante-huit heures après l'arrivée de Mlle Y... aux urgences de l'hôpital, à un examen par un chirurgien ; que le syndrome de la loge, diagnostiqué le 9 mars 1990, n'a pu être efficacement traité alors qu'un diagnostic rapide aurait conservé à la victime des chances de récupération totale ; qu'ainsi, le centre hospitalier de Brive n'est pas fondé à soutenir que l'absence d'examen rapide par un chirurgien, alors que l'intéressée était entrée en urgence à l'hôpital à la suite de chutes de cheval et souffrait de manière croissante des mollets et du genou, ne constituait pas une faute dans l'organisation du service de nature à engager sa responsabilité ; que la circonstance que le syndrome de la loge serait difficile à diagnostiquer par des praticiens généralistes n'ayant pas l'expérience de ce type de symptômes est sans influence sur l'existence de cette faute* ».

303 CE, Contentieux, 16 juin 2000, Hospices civils de Lyon, n°196255.

304 Défaut de surveillance d'un enfant suite à un accouchement difficile : CE, 20 mars 1957, Hospices de Perpignan, n°7295 et n°19220 ; Défaut de surveillance d'une femme après un accouchement au cours duquel d'importantes hémorragies entrainant des transfusions ont eu lieu : CE, 27 juin 2005, n°261574.

305 Notamment en cas de chute : CE, 15 avril 1983, n°11384, CE, Contentieux, 13 janvier 1988, Centre hospitalier de la Ciotat, n°77534 ; ou en cas de fugue : CE, 12 décembre 1979, Centre hospitalier de Sevrey, n° 10706 (la fugue était ici prévisible), CE, Section, 14 juin 1963, (liberté laissée à un patient alors que sa dépression nerveuse impliquait un suivi renforcé).

par le code de la santé publique »[306]. Surtout, le développement du salariat a eu pour conséquence particulière de faire de l'établissement l'acteur majeur en matière de responsabilité, celui devenant « *le seul débiteur contractuel de la prestation* »[307] qu'est la relation de soins et ses composantes. Toutefois, comme le retient également Marion GIRER, la qualification contractuelle prend tout son sens au niveau de l'organisation matérielle de cette relation, et la jurisprudence tient largement compte de cette idée[308].

133. En préambule, la Cour de cassation considère que le contrat d'hospitalisation n'unit que le malade et l'établissement, le dommage subi par les tiers n'entrant donc pas dans le champ contractuel[309]. En matière de surveillance, elle a pu justement retenir qu'une clinique avait contrevenu à son obligation normalement attendue en ne prêtant pas toute l'attention requise aux doléances d'un patient afin de leur donner une suite efficiente[310]. Par suite, elle prévoit une obligation de déploiement des mesures nécessaires afin de veiller à la sécurité de ses usagers[311]. Le défaut d'organisation est également pointé du doigt et sanctionné lorsque « *les dispositions du règlement intérieur étaient insuffisamment contraignantes et trop imprécises quant aux horaires, pour que soit garantie aux malades la continuité des soins* »[312], ou encore dès lors que la structure ne met pas au service du patient des médecins en capacité d'intervenir à

---

[306] **A. GUÉGAN**, « *Responsabilité civile et hospitalisation privée* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 1038.

[307] **M. GIRER**, « *Les patients pris en charge par les établissements de santé privés* », *op. cit.* : « *La jurisprudence a progressivement déduit de cette nouvelle modalité d'exercice des solutions spécifiques, en faisant de l'établissement hospitalier le seul débiteur contractuel de la prestation, puis en excluant tout lien juridique, même délictuel, entre le médecin salarié et le patient, faisant de l'établissement de santé privé le débiteur unique de l'ensemble des prestations. Depuis un arrêt du 4 juin 1991, il existe un contrat hospitalier global, comprenant à la fois les soins médicaux et non-médicaux. Ce contrat est conclu directement entre le patient et la clinique et c'est l'établissement qui assume les conséquences de la mauvaise exécution dommageable des actes médicaux réalisés par le professionnel qu'elle s'est substitué, sur un fondement contractuel* ».

[308] *Ibid.*

[309] Cass. Civ. 1ère. 18 juillet 2000, n° 99-12.135, **G. MEMETEAU, M. HARICHAUX**, « *Clinique. Responsabilité contractuelle ou responsabilité délictuelle ? Patient et tiers. Garantie* », RDSS, Dalloz, 2001, p. 84.

[310] Cass. Civ. 1ère. 24 janvier 1995, n°93-10.611 à propos d'un défaut de surveillance lié à l'activité chirurgicale de la structure.

[311] Cass. Civ. 1ère. 18 juillet 2000, n° 99-12.135.

[312] Cass. Civ. 1ère., 13 novembre 2008, n° 07-15.049, Société Polyclinique des Longues Allées, n° 07-15.049.

temps pour traiter ce dernier[313]. Pour autant, si l'établissement de santé doit, à l'évidence, chercher à éviter ce type d'hypothèse, il convient également de retenir qu'il ne peut le faire en adoptant des dispositifs venant limiter les droits des usagers. Ainsi, à propos de la liberté d'aller et venir, la Cour de cassation a notamment pu retenir qu'il « *ne peut être porté atteinte à cette liberté de manière contraignante par voie de « protocolisation » des règles de sortie de l'établissement* »[314]. Précisément, « *on ne peut reprocher à l'équipe soignante de ne pas avoir empêché un patient de rester sous hospitalisation contre sa volonté. Elle n'en a pas le pouvoir* »[315].

134. Bien sûr, il convient de constater que la majeure partie des hypothèses de sanctions concernent avant toute chose les dimensions purement médicales et thérapeutiques. Plus encore, les cas d'école traitant d'un défaut de prise en charge dans sa composante purement hospitalière restent assez rares. Cependant, l'assurance de la tranquillité du lieu est d'une importance considérable, la chambre de l'usager étant considéré comme le domicile de celui-ci[316], ainsi, « *il a le droit de se dire chez lui et notamment d'être défendu contre la curiosité publique* »[317]. Le respect dû à la vie privée du patient occupe d'ailleurs une place centrale dans ce dispositif[318].

---

313 Cass. Civ. 1ère., 15 décembre 1999, Société clinique générale D'Annecy, n°97-22.652.

314 Elle rejette ainsi le pourvoi des enfants d'un homme qui s'était suicidé par absorptions médicamenteuse au sein d'une clinique psychiatrique. Ces derniers estimaient « *qu'en vertu du contrat d'hospitalisation et de soins la liant à son patient, la clinique psychiatrique qui est tenue d'une obligation de surveillance renforcée est notamment tenue de prendre les mesures nécessaires pour veiller à sa sécurité en fonction de la pathologie du patient, de ses antécédents et de son état du moment ; que la protocolisation des règles de sortie de l'établissement psychiatrique permet d'assurer l'efficience de l'obligation de surveillance ; qu'il ressortait des éléments du débat que M. X... s'était procuré une partie des psychotropes ayant servi à son autolyse, à l'occasion d'une sortie non autorisée et par conséquent non surveillée de la clinique Marigny* ». Cass. Civ. 1ère. 29 mai 2013, 12-21.194. Même raisonnement pour le Conseil d'État : CE, 12 mars 2012, n° 342774.

315 **G. ROUSSET, P. VERON**, « *Les établissements psychiatriques confrontés au suicide* », in **F. VIALLA, P. VIELFAURE, S. JOLY (Dir.)**, Le suicide. De l'Antiquité au XXIème siècle, *op. cit.*, p. 756.

316 CA Paris, 17 mars 1986, Assistance publique de Paris / X. et autres.

317 **H. MATSOPOULOU**, « *Art. 226-4 – Fasc. 20 : Violation de domicile* », JurisClasseur Pénale, 15 septembre 2009, dernière mise à jour 3 septembre 2021.

318 L'interdiction de photographier le patient durant son hospitalisation sans son accord témoigne de cette idée. A titre d'exemple : « *la publication de la photographie d'une comédienne prise à son insu, au sein d'un établissement de santé, assise dans un fauteuil roulant et poussée par son mari, porte atteinte au droit à l'image des intéressés* ». **J. SAISON-DEMARS**, « *Fasc. 229-50 : Droits des personnes malades et autres usagers du système de santé* », JurisClasseur Administratif, 16 juin 2014, à propos de l'arrêt Cass. Civ. 1ère., 10 juin 1987, Chantal N. : Bull. civ. 1987, I, n° 191.

135. **Transition.** En conclusion il apparaît que les notions d'accueil patient, d'expérience patient, ou encore l'importance de l'admission semblent se renforcer et ceci à plusieurs titres. En premier lieu d'un point de vue stratégique et de communication avec l'objectif pour les établissements de santé de générer une confiance vis-à-vis de sa patientèle, voire peut-être même de développer une image de marque. Surtout, ce développement apporte un certain nombre de bénéfice concernant la relation de soins. Cependant, derrière ce comportement volontariste des structures, il existe surtout une multiplication des obligations jurisprudentielles dont la sévérité et la rigueur témoignent également d'une certaine croissance en la matière.

Section 2 : Développement d'une prise en charge industrialisée

136. En dépit de l'apparente importance conservée à la mission d'accueil des établissements, il n'en reste pas moins évident que la dimension technique a, très clairement, pris le pas sur cette dernière. En effet, alors qu'elles n'avaient autrefois vocation qu'à accueillir le malade et l'accompagner dans son malheur, les attentes sont désormais principalement orientées vers la guérison de la pathologie[319], et surtout en limitant l'éventuelle souffrance endurée. Bien sûr, ces exigences ne sont pas apparues soudainement et se justifient pleinement à travers la croissance du progrès technique et médicale. En conséquence, afin de répondre à ces attentes tout en maitrisant ces évolutions, les professions ont nécessairement dû s'adapter, se perfectionner, pour s'insérer dans cette logique de performance. Alors que l'accès aux professions fait l'objet d'un encadrement, le contenu de ces dernières s'est adapté. Ce progrès a par ailleurs généré de nouveaux métiers, tout en cloisonnant ces derniers dans les missions qui leur sont dévolues (§1).

[319] Ce qui faire dire à Didier SICARD que le médecin devient peu à peu un « *technicien de l'organe malade* ». **D. SICARD (Dir.)**, « *Penser solidairement la fin de vie* », Rapport à François Hollande, Président de la République française, établi par la Commission de réflexion sur la fin de vie en France, 18 décembre 2012, p. 28.

137. Surtout, alors que la technique semble être devenue la référence générale dans le fonctionnement des établissements de santé, l'affirmation des droits des patients[320] est venue équilibrer au moins en partie cette quête constante de performance. Dans cet optique, il s'agit davantage d'étudier les possibilités laissées à l'usager d'exprimer sa volonté, ses attentes, ainsi que ses éventuelles doléances. En conséquence, ont été développé des mécanismes à la fois internes et externes. A travers ces éléments, le positionnement de quasi-client de l'usager s'est matérialisé, celui-ci ayant des attentes pour le moins élevées, et des facultés croissantes de les revendiquer (§2).

§1. Matérialisation des progrès et évolution fonctionnelle

138. La diffusion des différents impacts du progrès a entrainé une véritable évolution fonctionnelle. Celle-ci se matérialise à travers une diversification des professions soignantes (A) mais également des compétences attendues (B).

A. Diversification des professions soignantes

139. **Préambule : adaptation fonctionnelle[321].** Ainsi, alors que la dimension technique prend une place prépondérante, tant dans l'exercice médical que dans la gestion des structures, si bien qu'un encadrement assez pointu a dû être mis en place. Comme l'explique, non sans une certaine élégance, Jean DE KERVASDOUE, « *l'hôpital public est une institution extrêmement complexe : une complexité politique, avec six ou sept sources de légitimité, mais aussi une complexité technique. C'est compliqué, un hôpital. C'est un hôtel qui fonctionne 365 jours par an, 24h sur 24, avec du linge, de l'alimentation… Mais rentrent également en jeu des médicaments, des*

[320] Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Voir notamment : **B. PY, S. CONTET (Dir.)**, 20 ans de la loi du 4 mars 2002 – Droit des patients – quid novi ?, LEH Édition, A la croisée des regards, 2022.

[321] **R. SAVATIER**, « *La responsabilité médicale en France (aspects de droit privé)* », Revue internationale de droit comparé, 1976, 28-3, pp. 493-510.

blocs opératoires, des services de radiologie, etc. Des processus aussi complexes ne peuvent être gérés uniquement par des règles uniformisées et venues d'en haut »[322].

140. Dans cet ordre d'idée, les professions se sont développées, diversifiées et spécialisées[323]. En conséquence, si de nouveaux métiers ont vu le jour pour tenir compte des différentes possibilités, cette spécialisation a entraîné un cloisonnement de ces professions, afin de conserver une maitrise suffisante, ceci exposant le niveau de performance attendu. S'agissant particulièrement de la profession de médecin, certains ont pu considérer qu'elle avait, en quelque sorte gagné son importance aux yeux des pouvoirs publics, et plus précisément encore sa spécificité, les préservant de concurrences inopportunes, tout en permettant la construction d'autres métiers les assistant et participant à la fonction médicale. Ainsi, « *depuis sa création au Moyen Âge, cette profession a élargi progressivement son champ d'intervention, en obtenant des pouvoirs publics un rôle central dans la dispensation des soins. Au nom de l'efficacité de son action thérapeutique, elle a obtenu que l'on écarte d'autres métiers que la population sollicitait pour se soigner, comme les magnétiseurs, les rebouteux ou les matrones, qui ont quasiment disparu. En revanche, les médecins ont aidé au développement d'autres professions de santé pour les seconder, comme les infirmières, qui ont été appelées paramédicales car une partie de leur activité se fait sur prescription médicale* »[324].

141. Diversification des professions soignantes : mise en place de nouveaux métiers. Le progrès technique s'est matérialisé à travers le développement de nouvelles professions[325]. Professions dont l'accès est rigoureusement encadré. Et cet encadrement

---

[322] **J. DE KERVASDOUÉ**, Quel avenir pour l'hôpital public ?, Laennec, vol. 62, n°1, 2014, pp. 8-18.

[323] Point plus largement abordé dans le chapitre suivant.

[324] **C. VASSY, B. DERBEZ**, « *Chapitre 2. La profession médicale* » in : **C. VASSY et B. DERBEZ (dir.)**, Introduction à la sociologie de la santé, Armand Colin, 2019, pp. 45-67.

[325] Il peut être intéressant d'aborder brièvement la notion de profession. A ce sujet, Carine VASSY et Benjamin DERBEZ exposent notamment différentes définitions classiques proposées par des sociologues des États-Unis, En premier lieu, ils reprennent la proposition de Talcott PARSONS, « *selon lui, la profession se différencie des simples métiers parce que ses membres maîtrisent des connaissances abstraites et complexes, qu'ils ont acquises au cours d'une formation longue, et qu'ils mettent au service d'autrui (…). Les médecins, comme les avocats, forment une profession, car ils rendent des services importants à la collectivité (…). La médecine exerce donc un contrôle social* ». Ils relativisent aussi ces propos à travers les recherches d'Eliot FREIDSON : « *D'après lui, Parsons s'est laissé*

s'accentue à mesure que la technicité augmente. Peu à peu, la logique de carrière s'est imposée et avec elle la naissance de véritables métiers. L'étude de la variété de ces professions, médicales ou non, montre une abondance, voire une surabondance, et témoigne ainsi de la complexification de la gestion hospitalière. A titre d'exemple, s'agissant de la fonction publique hospitalière, l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) effectue un travail régulier de cartographie des métiers[326]. Ainsi, lors d'une enquête nationale menée en 2017[327], 198 métiers[328] ont été distingués et répartis en 9 familles[329]. Sans s'attarder à établir un inopérant listing, ces développements témoignent indubitablement de cette transition vers une mise en place en constante de nouveau métiers, preuve supplémentaire d'une complexité accrue du travail hospitalier. Cette transition ne semble d'ailleurs jamais véritablement se tarir, et se poursuit à haut rythme.

142. A titre d'exemple, et en complément des 198 métiers recensés en 2017, Philippe THURAT, s'interrogeait déjà en 2000 quant à savoir si « *la fièvre des « métiers », nouveaux, anciens ou émergeants aurait-elle aussi atteint la fonction publique ?* », avant d'évoquer la « *nomenclature*

abuser par le discours de la profession sur elle-même : elle n'est pas plus altruiste que les autres. En revanche elle est parvenue, mieux que d'autres, à persuader l'État et la population de l'utilité de ses services dans les pays occidentaux. Avec une approche historique, Freidson a montré comment la profession médicale dans différents pays est parvenue à gagner en autonomie (…). Selon Freidson, la profession médicale aspire à établir elle-même les règles qui régissent ses activités, ainsi que les rapports entre ses membres, les relations avec les autres métiers du soin et avec sa clientèle, en évitant toute ingérence extérieure. Par exemple, dans les universités de médecine, ce sont des médecins qui enseignent aux étudiants, et non les enseignants d'autres disciplines (sciences humaines et sociales, droit, etc.), ce qui limite la possibilité d'avoir des regards extérieurs sur ce qu'un médecin devrait savoir ». **C. VASSY, B. DERBEZ**, « *Chapitre 2. La profession médicale* » in *op. cit.* Voir notamment : **T. PARSONS**, « *The professions and social structure* » in : Essays in Sociological Theory pire and applied, Glencoe, Free Press ; **E. FREIDSON**, La profession médicale, Payot, Paris, 1984 (1ère. Ed. 1970).

326 Par le biais d'une méthodologie impliquant en premier lieu les délégations régionales de l'Association.

327 Cartographie des métiers, Étude de l'ANFH, paru en juin 2017.

328 Avec notamment 61% de soignants. *Ibid*, p. 12.

329 Voici notamment les familles de métiers cités par l'enquête : Soins ; Qualité, hygiène, Sécurité et Environnement (QHSE) ; Technique logistique (incluant notamment : Services logistiques, Système d'information, Ingénierie et maintenance techniques) ; Administratifs (incluant notamment : Management, gestion et aide à la décision ; gestion de l'information) ; Recherche clinique ; Socio-éducatifs. Cartographie des métiers, Étude de l'ANFH, paru en juin 2017, p. 17

des emplois types à l'hôpital » qui recensait alors « *plus de 130 métiers* »[330] au sein de l'institution. Une simple comparaison chiffrée suffit à exposer l'ampleur de ces développements, et constater une augmentation d'une soixantaine de métiers sur une période de moins de 30 ans. Par suite, Jean DE KERVASDOUE présente de manière imagée la situation médicale de certaines structures, ici, l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Ainsi, « *au sein d'une spécialité comme la traumatologie, il faut distinguer les spécialistes de la main, du genou, de la hanche… En cardiologie, à Paris, certains cardiologues ont une pratique totalement orientée vers l'arythmie, d'autres vers l'échographie cardiaque, etc. Cette évolution inéluctable, liée à l'évolution des savoirs médicaux, s'observe partout. Et la profession d'infirmière, elle aussi, se spécialise : on rencontre des infirmières spécialistes du bloc opératoire, etc* »[331].

143. Bien sûr, l'exemple des professions médicales[332] est particulièrement adapté, et notamment l'organisation du métier de médecin[333], faisant l'objet d'un degré élevé de formation[334], ainsi que d'une construction ordinale importante[335]. Surtout, les pouvoirs publics exposent de manière assez précise le contenu des missions de ce dernier, en distinguant entre le médecin généraliste[336] et le médecin spécialiste de premier ou deuxième

---

330 **P. THURAT**, « *L'approche métiers dans la fonction publique hospitalière* », AJFP, Dalloz, 2000, p. 67. Il effectue également en outre un rapprochement montrant que ce phénomène ne constitue pas véritablement une particularité de l'hôpital mais traduit plutôt une convergence entre les établissements de santé, indépendamment de leur nature juridique, avant de finalement de s'interroger de nouveau en guise de conclusion : « *Pour conclure, la richesse et la diversité des activités réalisées au sein de l'hôpital prédisposent la fonction publique hospitalière à une approche sereine des métiers. Le rapprochement de plus en plus étroit avec l'hospitalisation privée et la médecine de ville au sein de réseau de soins va rendre encore plus incontournable une GRH par les métiers. Mais pourra-t-on à l'hôpital réussir, sous la seule pression des impératifs de qualité des soins et de maîtrise des dépenses de santé, un rapprochement de la gestion des personnels publics de celle des salariés du privé à travers la notion de métiers ? C'est bien l'enjeu des prochaines années* ».

331 **J. DE KERVASDOUÉ**, Quel avenir pour l'hôpital public ?, *op. cit.*, pp. 8-18.

332 Voir notamment : Art. L. 4111-1 à L. 4163-11 du code de la santé publique.

333 Voir notamment : Art. L. 4130-1 à L. 4135-2 du code de la santé publique.

334 Voir notamment : Art. D. 4111-1 à R. 4111-43 et D. 4131-1 à R. 4131-29 du code de la santé publique.

335 Voir notamment : Art. L. 4121-1 à L. 4127-1 et Art. R. 4122-1 à R. 4126-54 du code de la santé publique. Pour une approche historique de l'Ordre des médecins : **G. DEVERS**, « *Histoire de l'Ordre des médecins* », Droit, Déontologie & Soin, vol. 16, Issue 2, Juin 2016, p. 200-207.

336 Art. L. 4130-1 du code de la santé publique.

recours[337]. Il en découle ainsi une volonté évidente de maitriser le cadre technique de la santé ainsi que d'appréhender avec efficacité le progrès associé.

144. Cependant, l'organisation des professions maladroitement qualifiées d'auxiliaires médicaux s'inscrit également dans cette logique. En outre, celle-ci concerne la plupart des professionnels exerçant au sein des établissements de santé, et notamment les infirmiers, les kinésithérapeutes ou encore les manipulateurs d'électroradiologie médicale. Ces derniers exigent un diplôme d'État pour exercer, montrant ainsi un rôle important de la régulation des pouvoirs publics. Surtout, les composantes des professions sont orientées autour de liste d'actes bien définis[338], dont le contenu sera étudié ultérieurement mais dont les objectifs peuvent être aisément identifiés, à savoir la mise en place d'une maitrise du progrès ainsi qu'une définition des compétences attendues[339], en dépit du fait que cette pratique fait désormais l'objet de nombreuses critiques[340].

B. Diversification des compétences attendues

145. Diversification des compétences attendues : conséquence sur la formation. La régulation passe par un premier filtre capital, à savoir la formation professionnelle. Cet objectif semble avoir été à l'origine même de la politique de formation des médecins menée

[337] Art. L. 4130-2 du code de la santé publique.

[338] Voir notamment la question du décret d'actes infirmiers dont la mise en place date de 1984 : Décret n°84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

[339] Une recherche de maitrise et de cloisonnement qui semble se poursuivre en dépit des travaux du Ségur qui pourraient à première vue laissés penser l'inverse à travers notamment l'accélération du déploiement des IPA (mesure n°6) ou encore à travers la réflexion proposée (et par ailleurs largement rejetée) quant à la mise en place d'une profession médicale intermédiaire (mesure n°7). A travers ces éléments, il apparait qu'un premier élément de réponse des pouvoirs publics à la volonté de décloisonnement des professions paramédicales réside dans la mise en place de nouvelles professions… action précédemment à la source de ce cloisonnement !

[340] En ce sens, le Livre Blanc de l'Ordre National des Infirmiers propose en outre d'« *élargir le domaine de compétence des infirmiers pour renforcer la qualité des soins délivrés* ». Le propos sera plus largement étudié lors de développements postérieurs. Reconnaître la contribution infirmière au système de santé, Livre Blanc de la profession infirmière, Ordre National des Infirmiers, Octobre 2019, p. 20.

par les pouvoirs publics. Ainsi, à propos notamment de la mise en place d'un numerus clausus[341], « *l'intérêt d'instaurer des quotas d'entrée en faculté de médecine était double : restreindre une offre susceptible de mettre en péril le système de santé, ce qui satisfaisait les pouvoirs publics, et limiter la concurrence sur le marché libéral, ce qui répondait aux aspirations de la profession médicale. Cette limitation de l'accès aux études de médecine s'est faite dans un contexte général d'arrivée massive d'étudiants dans les universités, dont le nombre a d'abord continué à s'accroître dans les facultés, rendant l'épreuve plus sélective, puis s'est progressivement calé sur les fluctuations du numerus clausus* »[342].

146. En effet, l'accès aux professions est désormais très largement conditionné à l'obtention d'un diplôme, le plus souvent d'État[343]. Plus encore que dans bons nombres de domaine, le contenu de ce dernier est très élaboré et montre son importance dans la construction de santé publique d'ensemble. Cette construction détient un double objectif. Le premier est technique, en exposant la maitrise attendue des actions futures. En outre, au regard de ces dernières, la liberté d'initiative laissée aux personnels est assez réduite. Surtout,

---

[341] Le numerus clausus étant cité à des fins quasi-historiques désormais, du fait de sa suppression en 2019. Cela étant, cette évolution ne doit pas laisser penser que la logique change radicalement, et la sélection reste prépondérante en matière d'études de santé, laissant un rôle important à la régulation. Ainsi, « *le numerus clausus appartient donc désormais à l'Histoire. L'ère nouvelle est à la diversification des modalités d'entrée dans le cursus des études de santé. Il convient toutefois d'être bien conscient que la mort du numerus clausus ne signifie aucunement la fin de la sélection. Les mêmes causes produisant les mêmes effets, le nombre des « heureux élus » demeurent conditionné par des critères inchangés : capacités d'accueil des UFR et des centres hospitaliers, auxquelles s'ajoutent une approche « territoriale » renforcée. Si les portes ne sont plus closes, elles ne sont cependant qu'entrouvertes à la diversité du recrutement. De clausus, le numerus devient apertus, mais avec modération* ». **F. VIALLA, P.-H. BRÉCHAT**, « *Réforme des études de santé* », LEH Édition, RDS, n°92, Novembre 2019, pp. 848-860. Voir également : **I. POIROT-MAZÈRES**, « *La réforme des études en santé* », LEH Édition, RGDM, n°72, 2019, pp. 23-42.

[342] **A.-C. HARDY**, « *3. Élections et sélections médicales* », in. **A.-C. HARDY (dir.)**, Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical, Presses de l'EHESP, 2013, pp. 73-109.

[343] Et parfois même des diplômes venant compléter un diplôme originel, impliquant mécaniquement l'exigence de personnel surdiplômé et exposant ainsi la hausse perpétuelle de technicité demandée. Pour des exemples, un diplôme proposant une spécialité sur une spécialité, à savoir l'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale ou encore, s'agissant des médecins, une spécialité parmi un florilège d'autres qui auraient pu être envisagées, comme le médecin spécialiste de santé publique et médecine sociale. **A. MARGAT, et al.**, « *Le nouveau diplôme d'État infirmier en pratique avancée mention Psychiatrie et santé mentale. Proposition pédagogique du partenariat de l'Université Sorbonne Paris Nord et de l'Institut de formation interhospitalier Théodore Simon* », L'information psychiatrique, vol. 96, no. 7, 2020, pp. 545-552. ; **J. GUERRA, F. DUGUÉ**, « *La carrière des médecins spécialistes de santé publique et médecine sociale titulaires du diplôme d'études spécialisées* », Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Elsevier, Vol. 67, Issue. 2, Avril 2019, pp. 106-113.

l'insertion des professionnels potentiels est également organisée afin de permettre une suffisante expérience ou rencontre du terrain avant de prendre pleinement part aux fonctionnements des structures[344]. Il s'agit parfois au sein de la formation de permettre au futur personnel d'adopter le bon positionnement. Ainsi, comme l'explique Lucile GIRARD[345], s'agissant des soins infirmiers, « *ce n'est pas la réalisation des gestes qui fait la spécificité du travail infirmier, du point de vue des formatrices. Le rôle de l'IFSI*[346] *n'est pas de former les étudiantes à la diversité des pratiques de soins. Cette tâche serait d'ailleurs probablement vaine au vu de l'incommensurabilité des gestes et de leur évolution. L'IFSI forme les étudiantes à une vigilance et à une réflexion sur leurs actions* »[347]. Au-delà de la simple maitrise technique, un comportement est inculqué afin d'adopter la posture adéquate lors de la prise de poste. Parfois en revanche, les modalités de formation doivent tenir compte de l'avancée des techniques et des possibilités qui induisent autant d'exigences du patient. A ce titre, l'exemple de la psychiatrie est adéquat. En effet, celle-ci « *évolue vers une forte diversification de ses activités du fait des changements des pratiques et de l'évolution de la société. Les pratiques actuelles et à venir de la psychiatrie demandent des compétences de plus en plus spécifiques selon l'âge du patient, la complexité des pathologies, le type d'accès aux soins, le milieu d'exercice ou les demandes formulées* »[348].

147. Le second objectif s'inscrit dans la politique de planification précédemment évoquée. L'encadrement par la délivrance d'un diplôme d'État permet non seulement de

---

[344] Les stages peuvent notamment s'effectuer dans une multitude de situation et de cas, même parmi les plus difficiles. Pour un exemple en milieu carcéral : **A. FERNET-SCHERER**, « *Leur corps a quelque chose à nous dire. Retour sur un stage infirmier à la prison des Baumettes* », Laennec, vol. 64, n°3, 2016, pp. 32-40.

[345] Après dialogue et débat avec des formatrices d'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

[346] Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

[347] **L. GIRARD**, « *D'infirmière « en général » à infirmière « en particulier ». La fabrication des futures professionnelles* », Revue de sciences sociales, n°62, 2019, p. 60-69. Dans le même sens, Marie Petrus-Krupsky explique que « *la formation initiale infirmière ne transmet pas que des connaissances et l'acquisition de gestes techniques. Elle transmet aussi et surtout une façon d'être à l'Autre. Care, caring, prendre soin… des terminologiques différentes recouvrent une même préoccupation de l'Autre malade, vulnérable, précaire (…). Empathie bienveillance, écoute, respect des ressources et des besoins de la personne soignée, toutes ces approches de l'humain sont mobilisées dans le contexte de la formation initiale en IFSI* ». **M. PETRUS-KRUPSKY**, « *L'enseignement du care en IFSI* », Recherche en soins infirmiers, vol. 122, n°3, 2015, pp. 90-96.

[348] **C. DUBERTRET**, « *Quelle formation en France pour les psychiatres de demain après la réforme du troisième cycle ?* », Perspectives Psy, vol. 57, n°4, 2018, pp. 287-294.

maitriser le nombre de praticien[349], mais également de veiller à en détenir un nombre suffisant pour répondre aux attentes de santé publique de la population[350]. En cela, l'organisation de la formation des professions participe aussi à une recherche de performance à la fois technique et gestionnaire. Celle-ci se décline ensuite à l'échelle de l'établissement, à travers notamment la mise en place de la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (GPEC)[351].

148. En conséquence, il apparait certain que la place de la formation se développe également, provoquant nécessairement la mise en place d'une protection de ces différents exercices professionnels[352]. Cette protection est à la fois normative et jurisprudentielle. En effet, les juges participent aussi à la construction de cette protection en rappelant inlassablement le classement des différents professionnels, selon qu'ils relèvent des catégories médicales ou non[353]. Malgré tout, le cloisonnement des missions ou des métiers s'inscrit dans une prise en charge et un fonctionnement désormais standardisé. En effet, dès lors que chacune de ces missions sont bien distinguées, et les professions

---

[349] L'exemple de la profession d'infirmier est, là-encore, illustrant. Le nombre d'étudiants admis en première année au sein d'un institution de formation en soins infirmiers (IFSI) est défini par arrêté. Voir notamment : Arrêté du 13 juillet 2021 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires aux diplômes d'état d'infirmier au titre des années universitaires 2021-2022 et 2022-2023.

[350] Voir notamment la question des « *personnes autorisées à exercer la profession* » : pour les infirmiers aux articles D. 4311-16 à R. 4311-41-6, pour les masseurs-kinésithérapeute aux articles D. 4321-14 à D. 4321-33-5 ou encore pour les manipulateurs d'électroradiologie médicale aux articles D. 4351-7 à R. 4351-27-1 du code de la santé publique.

[351] A ce sujet : **A.-M. MOUILLAC-DELAGE**, Les établissements de santé à l'épreuve de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, Thèse de Droit, préparée sous la direction du Pr. F. VIALLA et soutenue le 26 novembre 2014 au sein de l'Université de Montpellier.

[352] En ce sens, s'agissant de la médecine, l'article L. 4161-1 du code de la santé publique prévoit qu'exerce illégalement la médecine « *toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours* » aux individus exerçant sans titre régulier, « *à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre* ». Même raisonnement pour l'art dentaire (Art. L. 4161-2 du code de la santé publique) et pour la profession de sage-femme (Art. L. 4161-3 du code de la santé publique). Voir notamment : Cass. Crim. 17 décembre 1859, pour une étude détaillée : **J.-B. THIERRY**, « *Exercice illégal de la médecine* » in **F. VIALLA** (Dir.), **M. REYNIER** et **E. MARTINENT** (coor.), Les grandes décisions du Droit médical, LGDJ, Lextenso éditions, 2ème édition, 2014, pp. 352-360.

[353] Voir en outre sur les ASH, avec distinction de l'aspect social de la mission et de la mission de soins (Clinique Rech) : Montpellier, Chambre sociale 01, 3 novembre 2021, n°18/00263.

compartimentées, la prise en charge s'en trouve industrialisée, son exercice coordonné et complexifié, à travers la participation des différents maillons de la chaine.

149. Diversification des compétences attendues : spécialisation des métiers[354]. Il en découle nécessairement une spécialisation des professions, afin notamment de prendre acte des progrès et, ainsi, d'améliorer ou préciser les prises en charge. Ceci est un indéniable signe de performance médicale cette fois-ci, et impactant inévitablement la fonction gestionnaire. Ainsi, cette spécialisation va constituer une opportunité réelle d'améliorer la condition du patient tout en permettant la mise en place d'un véritable parcours de soin dans lequel chaque pathologie rencontrera le professionnel adéquat. Dans cette construction, le régime juridique établi vise à réguler les actions permises aux professionnels de terrain afin qu'elles s'inscrivent dans une certaine cohérence avec le parcours voulu. En ce sens, la logique de performance est orientée et maitrisée par les autorités. Cette orientation cherche à obtenir un haut niveau d'efficacité voire d'efficience. A ce titre, il apparaît même que cette spécialisation non seulement des professions mais bien des structures elles-mêmes, est souhaitée par les pouvoirs publics[355].

150. Diversification des compétences attendues : impact de l'innovation technologique[356]. Dans cette optique, la place de l'innovation, et notamment en son sein

---

354 Pour une approche historique de la question : **P. PINELL**, « *Champ médical et processus de spécialisation* », Actes de la recherche en sciences sociales, vol. 156-157, n° 1-2, 2005, pp. 4-36.

355 A ce sujet, et d'un point de vue historique, Olivier Faure prend notamment l'exemple des « *agréments nécessaires pour accueillir des assurés sociaux* » institués en 1946. Il rappelle ainsi que « *dans ce cadre politco-social, toute une série de mesures visèrent à rendre accessibles les cliniques privées aux assurés sociaux* ». Par suite, il ajoute que « *les agréments furent toujours prononcés par des commissions dans lesquelles les cliniques privées furent très actives malgré leur représentation très minoritaire. Les défaillances des hôpitaux publics furent au sein de ces commissions le meilleur argument pour agréer des cliniques privées, même si elles ne respectaient pas scrupuleusement les normes* ». Finalement, il retient que « *les procédures d'agrément constituèrent une incitation à la modernisation et à la spécialisation des cliniques privées qui surent en général y répondre* ». **O. FAURE**, « *L'hospitalisation privée en rance : une perspective historique (1800-1970)* », RDSS, Dalloz, 2021, p. 961.

356 Pour des exemples d'études : **S. LANGARD**, *Approche juridique de la télémédecine : entre droit commun et règles spécifiques*, thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction de Bruno PY et de Jean-Baptiste THIERRY et soutenue le 15 décembre 2012 au sein de l'Université de Lorraine ; **N. ESPLAN**, *Les métamorphoses de la*

du numérique, se veut à la fois croissante et considérable[357]. Ainsi, il s'agit, à proprement parler, de la dernière étape en date du progrès technique d'ampleur générale. En ce sens, son étude et son encadrement deviennent indispensables pour plusieurs raisons. Dans un premier temps car il s'agit d'une demande des personnels eux-mêmes, aussi bien pour les professions médicales[358] que pour les auxiliaires médicaux[359]. En effet, chacun voit bien que l'outil numérique pourrait, d'une certaine façon, s'inscrire dans un objectif de performance professionnelle permettant de développer leurs compétences[360].

---

relation de soins au prisme de l'évolution numérique, thèse de Doctorat en Droit préparée sous la direction de François VIALLA et soutenue le 9 décembre 2011 au sein de l'Université Montpellier 1.

[357] Sur le positionnement du Conseil national de l'Ordre des médecins en matière de numérique : **J. LUCAS**, « *Enjeux éthiques, réflexions déontologiques et recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins* », Les Tribunes de la santé, vol. 59, n°1, 2019, pp. 85-97.

[358] A ce titre le 7ème axe de la contribution de l'ordre des médecins « #soignerdemain » propose précisément d' « *adopter le numérique en santé au profit du patient* », en ajoutant qu'il faut notamment « *accompagner et valoriser les médecins et les autres professionnels de santé dans l'appropriation des outils et systèmes numériques* », mais également de « *développer massivement le numérique dans des situations où l'essor de la télémédecine est susceptible d'apporter un gain majeur dans la qualité des soins et des délais apportés à ceux-ci* ». Contribution du Conseil National de l'Ordre des médecins, #soignerdemain, Février 2022, p. 11.

[359] Dans ses contributions pour l'élaboration du Ségur de la santé, l'Ordre National Infirmier estime que pour « *répondre aux enjeux de demain* » il est nécessaire d'« *accélérer le virage numérique et s'inscrire dans une démarche d'accompagnement du patient face aux risques environnementaux* ». Le numérique constitue pour lui « *l'avenir de la pratique infirmière* ». En conséquence, ils proposent de perfectionner le recours au télésoin ou encore de déployer le Dossier Médical Partagé (DMP) et l'espace numérique patient, de rendre « *interopérable les différents logiciels (ville/hôpital) des professionnels de santé, sans faire peser le poids financier de cette interopérabilité sur les acteurs de santé* », de donner « *les moyens à tout établissement d'avoir la puissance numérique nécessaire au déploiement de tout outil numérique au service du patient (en particulier en EHPAD et autres établissement médico sociaux)* », de renforcer « *le rôle de l'infirmier auprès du DMP en lui donnant accès à tout document servant la prise en charge de son patient (compte rendus post-op, examen de biologie...)* » et enfin de capitaliser « *sur le réseau d'infirmiers intervenant à domicile pour aider les patients n'ayant pas accès au numérique* ». Contribution au Ségur de la Santé de l'Ordre National des Infirmiers, publiée en juillet 2020, pp. 32-33.

[360] Toujours à titre d'exemple, la 13ème proposition formulée par l'Ordre National Infirmier visait justement à « *Ouvrir et valoriser la télésurveillance et la téléexpertise aux infirmiers pour le suivi des patients chroniques ou des plaies notamment* ». Cette proposition apporterait différentes plus-value, et notamment celle d'« *améliorer le diagnostic et enrichir une analyse relative à l'état du patient en encourageant l'échange entre professionnels* ». Livre Blanc de la profession infirmière, Reconnaître la contribution infirmière au système de santé, Ordre National Infirmier, publié en octobre 2019.

151. Ensuite car il constitue une opportunité pour les pouvoirs publics d'offrir de nombreuses autres hypothèses de prise en charge ou du moins de faciliter l'exercice des cas de figure existants[361]. Dès lors, son encadrement juridique devient un enjeu de santé publique indépassable autant qu'il représente un exemple récent de cette adaptation fonctionnelle constante pour maitriser le progrès technique et faire bénéficier la population d'un haut niveau de prise en charge sanitaire. Surtout, au-delà de ce seul exemple, l'étude de l'impact de l'innovation sur l'organisation des établissements permet d'illustrer que la question du progrès, et des enjeux associés, reste centrale, à condition de l'association avec les objectifs et les nécessités de la société[362].

152. Transition de l'accompagnement vers une prépondérance technique[363]. Finalement, la dimension technique de la prise en charge semble peu à peu s'être imposée comme l'élément central du fonctionnement des structures de santé. En effet, la question du séjour, très clairement devenue accessoire, ne constitue plus qu'une composante de l'accueil du patient. Surtout, elle s'est effacée au profit de la quête de guérison ou d'amélioration des conditions de vie. En ce sens, en dehors de toute considération démagogique, il est loisible de penser que la recherche de performance d'antan était principalement orientée vers une quête de bienveillance puisque la mission essentielle

---

361 En ce sens : « *La révolution numérique et son adoption massive modifient nos façons de vivre et de nous soigner. Les approches d'intelligence artificielle capables d'analyser de grands jeux de données peuvent non seulement éclairer le médecin sur la stratégie diagnostique ou thérapeutique qui devient de plus en plus personnalisée, mais aussi aider la recherche. Les grands centres hospitaliers s'engagent dans le développement du numérique, du Big Data et de l'intelligence artificielle (…). Leur rencontre permet d'envisager un futur où le patient, mieux informé et connecté à ses soignants, ne séjournera presque plus à l'hôpital* ». **F. BERTUCCI, A.-G. LE CORROLLER-SORIANO, A. MONNEUR, S. FLUZIN, P. VIENS, D. MARANINCHI, A. GONCALVES**, « *Santé numérique et « cancer hors les murs », Big Data et intelligence artificielle* », Elsevier Masson SAS, Bulletin du Cancer, Tome 107, n°1, Janvier 2020, pp. 102-112.

362 Justement, à propos des dynamiques de l'hospitalisation privée, Jean-Pierre CLAVERANNE et Jean-Baptiste CAPGRAS estiment que « *dans un contexte marqué par le vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques, la concentration des populations dans les grandes villes et métropoles, les structures hospitalières publiques et privées s'adaptent et modifient en profondeur leur offre de soins, par le biais notamment du développement de l'hospitalisation à temps partiel ou de l'hospitalisation à domicile entraînant souvent une refonte de l'immobilier* ». **J.-P. CLAVERANNE, J.-B. CAPGRAS**, « *Les dynamiques de l'hospitalisation privée à but lucratif des années 80 à nos jours : le grand chambardement* », RDSS, Dalloz, 2021, p. 968.

363 **C. COUSIN**, *Vers une redéfinition de l'acte médical*, Thèse de doctorat en Droit, préparée sous la direction du Pr. Brigitte FEUILLET-LIGER et soutenue le 22 novembre 2016 au sein de l'Université de Rennes 1.

consistait avant tout à soulager la souffrance de la personne accueillie. Désormais, elle s'associe à une autre facette. Les éléments purement techniques représentent la finalité de l'action, plus qu'une attente, ils représentent dès lors de simples prérequis. Ainsi, la recherche de performance devient inhérente à la fonction même de la structure. Cette approche se veut particulièrement rigoureuse pour les établissements, les attentes devenant des quasi-obligations de résultats tant le progrès a permis de repousser toujours plus loin l'incertitude liée à la médecine par essence. Ceci poussant nécessairement ces derniers à une adaptation permanente, alors même que la mission d'accueil stricto-sensu ne se montre pas si draconienne.

153. Profession orientée vers la maitrise technique. Dans cette construction, l'organisation des professions se trouve très largement impactée. En effet, l'exercice de la médecine et des disciplines associées s'est, lui-aussi, perfectionné, au point d'avoir pour objectif principal la maitrise technique. Les personnels ne sont plus seulement, à proprement parler, à la disposition du patient durant son séjour, mais à sa disposition pour remédier à sa situation d'ensemble, et en conséquence, la bienveillance n'est plus pour eux qu'une composante de leurs missions. Ces dernières sont de plus en plus nombreuses[364], et pointues, impliquant un degré d'exigence croissant à leur encontre[365].

---

[364] Ces éléments techniques ou liés au progrès de diverse nature a pu justifier une révision des compétences de certaines professions. Tel est notamment le cas de l'infirmier. Comme l'énonce Olivier DUPUY, « *l'évolution des techniques médicales et soignantes doit également donner lieu à une réflexion sur son incidence sur la pratique professionnelle et, le cas échéant, à une intégration dans le dispositif juridique (…). Il résulte de cette mutation une évolution du rôle de l'infirmier caractérisé à la fois par une sollicitation accrue en milieu hospitalier et l'apparition d'un rôle ambulatoire, vers lequel les suites de soins sont transférées (…). Les évolutions du système de santé permettent aux infirmiers d'effectuer des tâches de plus en plus variées : promotion de la santé, prévention, orientation ou conseil, et rendent possible une plus forte spécialisation* ». **O. DUPUY**, L'infirmier et son nouveau cadre de compétences, LEH Édition, Essentiel, Bordeaux, 2011, pp. 18-19.

[365] Certaines situations ou maladies s'inscrivent par essence dans cette logique de spécialisation. En ce sens, « *doté de longue date d'une organisation de soins spécifiquement dédiée (les centres de lutte contre le cancer) en sus du système médical classique, le cancer se présente aujourd'hui comme une pathologie relevant majoritairement, sinon essentiellement, d'une intervention médicale spécialisée* ». **M. BUNGENER, L. DEMAGNY, KA. HOLTEDAHL, A. LETOURMY**, « *La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ?* », Pratiques et Organisation des Soins, vol. 40, n°3, 2009, pp. 191-196.

154. Plus encore, le concept d'innovation était sans doute autrefois moins présent pour les personnels médicaux, ou plutôt moins exigeant sur le court terme. En outre, celle-ci devient désormais partie intégrante de l'exercice professionnel et surtout des obligations qui y sont associées. Va notamment en ce sens l'obligation de formation associée aux différentes professions. La performance concerne donc désormais la maitrise technique, dans une prise en charge industrialisée ou chaque membre de la structure ou du service joue un rôle qui y est propre. Il n'est plus opportun de parler du but mais des buts de l'établissement à savoir en accueillir le patient, dans de bonnes conditions et si possible pour le guérir. Lorsque cette vocation était commune, la question de l'exercice commun allait de soi. Désormais, les attendus sont multiples et chacun y tient sa propre place. En conséquence, l'exercice coordonnée se trouve complexifié tant par son contenu que par ses conditions.

155. **Transition.** Ainsi, le progrès technique a eu pour conséquence majeure d'entrainer une adaptation fonctionnelle indispensable pour mieux appréhender le premier nommé. En effet, afin d'assurer les différents objectifs véhiculés par la politique de santé publique, il fut nécessaire d'encadrer les conditions d'accès aux différentes professions autant que leur contenu. Cependant, ces éléments ont pour conséquence de faire désormais prédominer cette dimension technique de la prise en charge, avec pour risque évident de mettre l'usager à l'écart ou à tout le moins de le perdre dans un fonctionnement à la fois systémique et tentaculaire. Cet encadrement technique se trouve contrebalancé par un renforcement de la position de ce dernier pour qu'il puisse s'exprimer autant qu'être protégé.

§2. Encadrement de cette matérialisation par le droit des patients

156. Dans cette matérialisation des divers progrès, le patient va jouer un rôle considérable. La multiplication des droits le protéger génère de nombreux impacts consuméristes (A), alors que leur représentation au sein des établissements s'est technicisée (B).

A. Droits des patients : impacts consuméristes

157. Développement du droit des patients[366]. Traiter de la question du droit des patients au cours de ces développements ne va pas de soi. Pourtant cela semble indispensable. Et ceci pour deux raisons. La première est que cette quête de performance n'est pas uniquement causée par le progrès médical et technique. Elle l'est également par le comportement du patient par voie de conséquence. Ainsi, comme l'explique Anne BUISSON, « *l'acteur qui a émergé dans la santé ces 20 dernières années, et bien c'est le patient. Cela peut paraitre étrange de dire cela, lui qui est supposé être le sujet sur laquelle toute l'attention devrait être portée* »[367]. En effet, dès lors que les possibilités se sont démultipliées s'agissant de la prise en charge, et un système de solidarité mis en place, les usagers dudit système ont développé des comportements proches de ceux que pourraient avoir un client dans une relation consumériste. En cela, l'étude de ce comportement permet d'identifier tout à la fois ce qui est à l'origine de cette évolution, mais aussi de ce qui va mécaniquement contraindre le fonctionnement des structures à se mettre à jour pour répondre à ces nouvelles attentes. Ainsi, à travers la délivrance de nouveaux droits et de nouvelles facultés aux usagers[368], au point qu'émerge la notion de patient-expert[369], les pouvoirs publics ont mis en place un système maintenant en permanence une exigence de performance.

---

366 Pour un point d'actualité : **B. PY, S. CONTET (Dir.)**, 20 ans de la loi du 4 mars 2002 – Droit des patients – quid novi ?, LEH Édition, A la croisée des regards, 2022.

367 **A. BUISSON**, « *De patient à expert* », Hegel, vol. 1, no. 1, 2016, pp. 54-56.

368 Au point que l'on ait pu parler d'une « *nouvelle alliance thérapeutique* » : « *En ce début du XXIè siècle, et bien que la souffrance soit toujours présente, celui qui a enduré, que l'on a nommé « le sujet humain… », va prendre la parole et aller bien au-delà du pensable, une nouvelle alliance thérapeutique nait : le patient va enseigner aux médecins !!!* ». **P. MARVANNE**, « *De celui qui endura…au patient chercheur !* », in : **C. HERVÉ, M. STANTON-JEAN et M.-F. MAMZER (dir.)**, La participation des patients, Dalloz, Thèmes & Commentaires, 2017, pp. 125-133.

369 Sur ces questions : **A. GRIMALDI**, « *Les différents habits de l'« expert profane »* », Les Tribunes de la santé, vol. 27, no. 2, 2010, pp. 91-100 ; A**. POMMERY-DE VILLENEUVE, M. CLAUDON, et M. BESSE**, « *Quelle place aujourd'hui pour le patient expert dans le parcours de soins ? Premiers repères pour commencer à y voir clair…* », Psychotropes, vol. 27, no. 1-2, 2021, pp. 37-40 ; **F. BOUDIER, F. BENSEBAA, et A. JABLANCZY**, « *L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante* », Innovations, vol. 39, no. 3, 2012, pp. 13-25 ; **A. GRIMALDI**, « *Patient expert ou patient ressource ?* », Elsevier Masson SAS, Médecine des Maladies Métaboliques, Vol. 14, Issue 6, Octobre 2020, pp. 545-548.

158. La seconde est la protection dont doit faire l'objet l'usager face à ce développement industriel de la prise en charge. Car si le positionnement désormais accessoire de la mission d'accueil a pu être largement envisagé précédemment, les risques associés à ces développements sont aisément identifiables. Certes, l'importance de la gestion de la bienveillance par les professionnels de santé dans leur façon de traiter les patients n'est pas oubliée. Cependant, elle n'en reste pas moins concurrencée par d'autres notions ou d'autres attentes. En outre, la prépondérance de la technique implique nécessairement de nombreux aménagement. Désormais, les personnels doivent également maitriser les différents actes exigés par leur diplôme et par leur emploi. Le temps accordé au patient s'en trouve forcément impacté, si ce n'est réduit. En conséquence, afin d'éviter tout risque d'ordre relationnel, l'usager, dans un état constant de vulnérabilité, se doit d'être tout à la fois représenté et protégé. Cette protection concerne également les conséquences de la technique qui doivent être appréhendées. Ces développements font l'objet de mesures particulièrement élaborées et qui témoigne d'une recherche constante de performance, dont les composantes sont aujourd'hui protéiformes.

159. **Prépondérance du positionnement de l'usager.** Si la construction d'ensemble du système de santé publique a mis en valeur l'importance des progrès techniques et des perspectives nouvelles qu'ils offrent en matière de prise en charge, elle s'est montrée particulièrement soucieuse de maintenir l'usager au cœur de ses préoccupations[370]. En cela, le positionnement de ce dernier reste plus que jamais une priorité pour les pouvoirs publics[371]. Le cadre juridique mis en place, qu'il s'agisse des mécanismes de protection

[370] **E. NOLTE, S. MERKUR, A. ANELL, J. LIND**, « *Placer la personne au centre de la démarche de soins : analyse et évolution des notions de patient-centredness et person-centredness et de leur signification dans le domaine de la santé* », Revue française des affaires sociales, no. 1, 2017, pp. 97-115.

[371] **R. MERLE, A. CASAGRANDE, A. PARISET, J.-L. PÉPIN, O. PALOMBI, R. DEBRU, J.-C. BOREL, C. PISON**, « *Rôles des patients dans le système de santé, la formation et la recherche en santé : une perspective française* », Elsevier Masson SAS, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 69, Issue 5, Octobre 2021, pp. 307-313.

sociale[372], ou encore des droits reconnus au malade tant vis à vis de son accès au soin qu'à propos des conditions de l'hospitalisation qu'il va vivre.

160. Ainsi, à travers les différentes mesures successives prises afin de construire une politique de santé efficace et, sans doute, efficiente, ont tenu malgré tout à consacrer une prédominance de l'usager au sein de l'ensemble des développements nationaux et généraux[373]. Cependant, ceci n'est pas sans conséquence sur le comportement de cet usager, qui va, comme on l'y a invité[374], se montrer de plus en plus exigeant dans ses attentes. Attentes qui seront plus pragmatiques qu'autrefois et essentiellement centrées sur l'aspect thérapeutique, sans pour autant rogner sur les éléments particuliers ou accessoires, tels que la qualité d'accueil. Ce comportement quasi-clientéliste va dès lors pousser les établissements de santé à s'adapter. En conséquence, ce qui peut être envisagé comme une contrainte d'un point de vue gestionnaire va en réalité constituer un vecteur de performance.

161. Un statut de quasi-client[375]. Les différentes réformes successives, comme les constructions jurisprudentielles ont pu faire naitre un sentiment de clientélisme pour le

---

372 Pour une approche historique intéressante du sujet : **Y. MAREC**, « *De l'hôpital mouroir à l'hôpital centre de soins. Regard d'historien sur la fièvre puerpérale et la transformation du système de protection sociale. Commentaire* », Sciences sociales et santé, vol. 31, no. 4, 2013, pp. 29-39.

373 Pour une approche générale et liée au système de santé : **F. VEDELAGO**, « *5. L'usager comme atout stratégique du changement dans le système de santé* », in : **G. CRESSON (éd.)**, Les usagers du système de soins. Presses de l'EHESP, 2000, pp. 55-73.

374 Usager qui a été invité, comme expliqué précédemment, à s'impliquer dans sa prise en charge et faire part de son expérience. En ce sens, Vincent VIOUJAS retient notamment que « *la volonté affirmée par la SNS [Stratégie Nationale de Santé 2018-2022] de renforcer la place des usagers comme « acteurs de leur parcours de santé » n'est pas sans incidence sur la relation médicale. Elle prolonge, tout d'abord, le mouvement de rééquilibrage de l'asymétrie d'information constaté depuis plusieurs années (…). L'implication active du patient dans l'organisation de son parcours de santé va toutefois au-delà de cette dimension. Elle débouche en effet sur la reconnaissance du savoir expérientiel que ce dernier acquiert sur sa maladie comme une forme d'expertise à part entière. Les associations de malades ont joué un rôle essentiel dans ce processus dont il est aujourd'hui possible d'observer plusieurs manifestations* ». **V. VIOUJAS**, « *Parcours du patient et relation médicale* », Dalloz, RDSS, 2021, n°3, p. 445.

375 Certains auteurs à ce sujet se montrent d'ailleurs plutôt affirmatifs. A titre d'exemple, Faridah DJELLAL, en essayant de « *fournir une grille générale d'analyse de l'innovation à l'hôpital, qui permette de rendre compte de cette innovation dans toute sa diversité* ». Elle va pour ce faire envisager « *l'hôpital comme un fournisseur de services complexe*

patient ou l'usager[376]. En effet, il semble vraisemblablement que la première préoccupation des pouvoirs publics face aux différents progrès médicaux reste de le protéger face aux conséquences ou dérives possibles que ces derniers peuvent engendrer. En conséquence, de multiples droits ont été reconnus afin d'atteindre cet objectif.

162. Cela étant, cette recherche n'est pas la seule existante. Elle s'est développée, et paraît désormais bien plus variée qu'autrefois. C'est à dire qu'il n'est plus seulement question de protéger l'usager, mais bien de l'inclure, de le faire participer à la construction de la politique de santé publique, mais aussi à la gestion interne des établissements de santé. En outre, l'idée existait autrefois, de manière certes résiduelle, mais restait vérifiable, à travers, par exemple dans le secteur public, la présence du maire au sein des conseils d'administration des hôpitaux[377]. Cependant, l'idée se matérialisait donc davantage à travers la représentation politique. Désormais, de multiples outils ont été créé dans le but de permettre à l'usager de s'exprimer à travers différentes instances ou représentants directs. Ainsi, le rôle et la variété des organismes mis en place au sein des structures doivent être étudiés, tant ils témoignent d'un changement de paradigme croissant dans la gestion de ces dernières. Changement engendré tant par le progrès technique que par les différentes constructions politiques et juridiques en la matière.

163. Surtout, la multiplication de ces hypothèses de protection et d'expression, accompagnée par l'augmentation du champ des possibles d'un point de vue scientifique ont

---

et un nœud de réseau ». A ce titre, elle retient que « *le patient n'est pas seulement un malade qu'il faut soigner, mais aussi le client d'une prestation de service complexe, client qu'il faut s'efforcer de satisfaire et dont il faut également s'efforcer de satisfaire les proches* ». **F. DJELLAL**, « *Les logiques d'innovation à l'hôpital* », Soins Cadres, Vol. 23, n° 91, Août 2014, pp. 16-20.

[376] De nombreuses études ont pu être mené à ce sujet, voir notamment : **K. KOBEISSI, B. AUBERT**, « *Le patient, un « client » presque comme les autres …* », L'Expansion Management Review, vol. 154, n°3, 2014, pp. 51-57. Pour une approche complète en droit de la consommation : **G. ROUSSET**, *L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé*, Thèse de doctorat en Droit soutenue à l'université Jean-Moulin Lyon 3 le 25 octobre 2007, LEH Édition, Collection thèse, Vol. 21, Bordeaux, 2011.

[377] « *La Loi du 16 vendémiaire an V* », Les Tribunes de la santé, vol. 33, no. 4, 2011, pp. 105-105.

entrainé un changement de comportement de l'usager[378]. S'il se montre compréhensif et plutôt bienveillant quant à l'aspect institutionnel de la prise en charge, il saura également mettre en lumière les multiples exigences qu'il va pouvoir avoir[379]. Dès lors, son positionnement dans la relation de soins change et est étudié à de très nombreuses reprises. Dans le colloque singulier, s'il conserve un état indépassable de vulnérabilité, la communication tend inéluctablement vers l'égalité, ou du moins vers la recherche d'une relation aussi égalitaire que la matière médicale le permet[380].

---

[378] Son implication est d'ailleurs encouragée par la HAS elle-même. En effet, elle retient notamment que « *si l'exercice de ses droits fondamentaux reste une condition impérative à la qualité et à la sécurité des soins, son positionnement en tant qu'acteur de sa prise en charge doit être largement promu comme facteur de l'efficacité du soin. Il s'agit de favoriser l'émergence d'un patient partenaire* ». Ce patient partenaire se matérialise à travers deux dimensions, la première le définissant comme le « *partenaire des professionnels de santé pour sa prise en charge individuelle* ». La seconde comme le « *partenaire des structures de soins à l'échelon collectif* ». Elle précise ainsi que « *son engagement via de nombreuses initiatives (patient expert, pair…) dans la formation des professionnels, l'information et la formation des patients et aidants, vient compléter l'action et l'implication des représentants des usagers au sein des établissements* ». HAS, Manuel de Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, Septembre 2021, p. 13, M-à-J Version 2023, p. 22.

[379] A travers notamment les multiples réclamations qu'il pourra formuler. En ce sens, Jean WILS retient que, pour les usagers, « *obtenir des informations médicales en ayant accès à leur dossier » constitue « une attente grandissante* ». Il ajoute que « *c'est un changement de registre qui tente de rééquilibrer la place et le rôle des professionnels de santé et celui des malades ; en d'autres termes, il s'agit d'une redistribution d'un savoir médical désormais ouvert au savoir expérientiel du patient, et par là même d'une certaine redistribution du pouvoir* ». Enfin, il précise qu'une « *forme d'ambiance s'est développée, ressentie confusément par le malade qui désormais s'appuie sur ses droits lorsque la simple demande ne suffit pas à déclencher une réponse satisfaisante* ». **J. WILS**, « *Les attentes des usagers : au-delà de la plainte…* », in **C. GEORGES-TARRAGANO (éd.)**, Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût. Presses de l'EHESP, 2015, pp. 21-29.

[380] De manière intéressante, il est possible de dresser un parallèle quant aux rapports entre Droit et supériorité médicale que René SAVATIER traitait, non sans une certaine élégance : « *Le juriste sait bien que le médecin sera son maître le jour où lui-même s'étendra sur la table d'opération. Mais il est rebelle aux réflexes portant le médecin à considérer qu'en tant que maître, il vient aussitôt après Dieu, et immédiatement avant le malade, pour apprécier le bien de celui-ci notamment pour lui dire ou non la vérité, pour le forcer à subir les soins que le médecin lui estime salutaires, et, du même coup, les risques dont le médecin estime n'avoir point à répondre, devant les juges, du moment qu'il les a crus médicalement justifiés (…). Ce complexe de supériorité, qu'heureusement beaucoup de médecins savent tempérer ou maîtriser, répugne à la jurisprudence française* ». **R. SAVATIER**, « *La responsabilité médicale en France (aspects de droit privé)* », Revue internationale de droit comparé, 1976, 28-3, pp. 493-510.

164. Plus encore que la relation de soins proprement dite[381], l'égal accès aux soins peut revêtir dans certaines circonstances, territoriales notamment, l'allure de défi organisationnel pour les établissements de santé. Par suite, la permissivité accordée à ces derniers va se réduire, et les sujets susceptibles d'entrainer des réclamations vont croitre, au point de devoir aménager des solutions de résolution des conflits[382]. En conséquence, la construction d'un comportement clientéliste de l'usager pousse les structures à adopter une attitude proche du fonctionnement entrepreneurial, afin de varier ses différentes prestations, et ainsi contenter les besoins exprimés des patients, dans une situation comparable au cadre concurrentiel[383]. Mais plus encore, la question de la parole donnée à ces derniers va nécessairement devoir revêtir des formes multiples, tant dans l'expression des attentes, que dans les réclamations formulées.

---

381 Avant d'envisager des hypothèses plus précises, un parallèle avec le secteur libéral peut être fait pour illustrer ce positionnement de quasi-client du patient, tant l'infirmier, par exemple peut s'y trouver davantage exposé, n'ayant pas nécessairement le poids de l'institution pour le préserver d'éventuels abus. En ce sens Jean-Bernard CALBERA explique que « *l'infirmier libéral devient donc le débiteur du malade, corvéable à merci. Combien de fois m'a-t-on demandé d'aller faire les courses, préparer le petit déjeuner ou apporter le journal ! Mais je ne crois pas m'avancer en affirmant que ces questions ne sont sûrement pas posées au médecin libéral. Le voile sied si bien à ces « petites infirmières » qui semblent faites pour cela (…). Outre le fait que le malade devient client, l'infirmier libéral va devoir justifier de son travail et de sa qualité s'il veut continuer à exercer* ». **J.-B. CALBERA**, « *La profession infirmière. L'historique et le mythe* », VST – Vie sociale et traitements, vol. n° 79, n°3, 2003, pp. 55-57.

382 Toujours à propos de la gestion des plaintes : « *La plupart des hôpitaux ont mis en place des services de la clientèle liés aux directions juridiques et/ou de la qualité pour assurer le suivi des demandes de dossiers médicaux, mais aussi le traitement des plaintes écrites* ». **M. LECOEUR-BOENDER**, « *La plainte, symptôme d'une « désanctuarisation » de l'hôpital* », Sociologie Santé, 25, 2006 : « Système de santé en mutation », p. 189.

383 En témoigne notamment les différents plans d'action mis en place pour traiter, de manière systématique, les requêtes des usagers, la notion de performance se matérialisant ici dans une sorte de démarche de suivi de la patientèle, comme peuvent le faire les entreprises du secteur marchant dans le cadre d'un service après-vente. En ce sens Marie LECOEUR-BOENDER retient que « *depuis une dizaine d'années, l'organisation reconnaît qu'elle reçoit des plaintes et met en place un traitement systématique de tous les courriers qui l'opposent à ses usagers. Chaque plainte écrite donne lieu à un accusé de réception suivi d'une réponse dans les semaines suivantes. Les plaintes sont répertoriées par thème et comptabilisées dans des bilans annuels* ». **M. LECOEUR-BOENDER**, « *La plainte, symptôme d'une « désanctuarisation » de l'hôpital* », *op. cit.*, p. 189.

B. Technicisation et représentation des usagers

165. La mission, car ce n'est pas une profession, de représentant des usagers (RU) a été richement documentée[384]. Véritable enjeu pour les pouvoirs publics, la volonté d'inclure le patient dans un système de santé plus participatif en témoigne très largement. Bien sûr, le regroupement en association de représentant, et le rôle notamment de France Assos Santé, s'inscrit pleinement dans cette logique de communication et de discussion croissante. Dans cette optique, et s'agissant de la participation au cœur même de la structure, celle-ci s'est technicisée, afin de gagner en qualité et permettre des débats suffisamment précis pour être réellement constructifs. Ces débats vont prendre plusieurs formes et auront pour but commun de ne pas négliger le positionnement du patient dans le quotidien d'établissement toujours plus technique et dont l'organisation se trouve inlassablement complexifiée.

166. Tout d'abord avec le développement d'une démocratie sanitaire interne à la structure. En effet, celle-ci va se concrétiser à travers une participation au sein des instances de gouvernement ou de gestion de cette dernière. A ce titre, l'usager, au comportement proche du clientélisme, peut désormais faire valoir ses intérêts, et ainsi exiger le maintien permanent d'une quête de performance[385]. Ensuite, toujours au sein de ce volet interne de la démocratie sanitaire, la mise en place d'instance d'échange, et souvent de revendication, des usagers sur différentes facettes de leur prise en charge pousse inévitablement les établissements à se questionner sur la pertinence de leurs pratiques. Au-delà des thématiques de gestion, la recherche de performance est désormais attendue à tous les niveaux d'exercice, et contrôlée par les malades eux-mêmes. Enfin, le volet externe de la

384 Pour une liste n'ayant pas la prétention d'être exhaustive : **M.-L. MOQUET-ANGER**, « *La représentation des usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique. Étude croisée des récentes mesures d'application de la loi du 4 mars 2002* », La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales n°15, 10 avril 2006, 1094 ; **J.-M. CLÉMENT**, Droits des malades. Les répercussions de la loi du 4 mars 2002 dans le champ du droit hospitalier, LEH Édition, Essentiel, Bordeaux, 2002 ; **A. MORIN**, « *Regard d'un représentant des usagers* », LEH Édition, RDS, n° 2, 2016, p. 145-147 ; **C. COMPAGNON et V. GHADI**, Pour l'An II de la Démocratie sanitaire, Rapport à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, présenté le 14 février 2014.

385 La participation des usagers est d'ailleurs parfois considérée comme croissante, voir en ce sens un exemple : **C. BUFFAVAND**, « *Essor de la participation des Usagers dans la dynamique associative en Rhône-Alpes* », Pratiques en santé mentale, vol. 62, no. 2, 2016, pp. 41-45.

représentation des usagers peut également être envisagée. Les modes d'anticipation et de résolution à l'amiable des conflits témoignent aussi d'une quête de performance visant à contenter l'usager. Autrefois peu contestés sur leur fonctionnement, les établissements de santé sont désormais contraints de prendre le temps de se justifier et de répondre aux contestations des patients, ce qui n'allait pas de soi, mais qui confirme surtout la complexité de gestion des structures, tant en amont qu'en aval de la prise en charge. A ce sujet, l'hypothèse de la médiation servira d'exemple.

167. Démocratie sanitaire interne. Tout d'abord, la participation des usagers se matérialise dans les instances de gouvernance. Là-encore, comme dans de nombreux cas, celle-ci se trouve accentuée à mesure que le service public ou plus précisément la nature publique de l'hospitalisation influe sur la nature juridique ou le fonctionnement de la structure. Cependant, la totalité des établissements se trouve, avec plus ou moins de fermeté, impactée par ce phénomène. Que ce dernier constitue une véritable injonction, ou parfois une simple incitation, le débat avec les usagers est devenu au fil du temps une réalité sans doute indépassable désormais. Plus encore, les différentes constructions laissent à dire que cette participation n'est pas envisagée comme un artifice. En effet, les représentants bénéficient d'une formation[386], dont le contenu gagnerait certes à être plus fourni, qui expose cette recherche de les rendre à même de contribuer efficacement aux débats de gestion. Au regard du comportement clientéliste de ces derniers, il n'est pas interdit de penser que leur présence, à travers leurs représentants, caractérisera une source de performance dans le fonctionnement des structures. En effet, aménager une place au malade dans la gouvernance même d'une structure peut apparaître comme un témoin d'une volonté de ne pas négliger la dimension bienveillante ou relationnelle de leurs actions. Dès lors, elle confirme l'idée selon laquelle la prépondérance désormais acquise de la technique n'a pas, pour autant, vocation à surplomber les questions élémentaires d'éthique médicale mais bien de cohabiter avec ces dernières.

386 L'article L. 1114-1 du code de la santé publique précise que « *les représentants des usagers dans les instances mentionnées au I suivent une formation de base délivrée par les associations de représentants agréées au titre du même I. Cette formation est conforme à un cahier des charges. Le cahier des charges ainsi que la liste des associations délivrant la formation sont arrêtés par le ministre chargé de la santé* ».

168. Volet et instance interne : évaluation de la qualité de prise en charge. Ensuite, la participation des usagers, dans son volet interne, va se concrétiser dans le fonctionnement quotidien des structures à travers la multiplication des instances dédiées, notamment à la qualité de prise en charge proprement dite. En effet, les éléments étudiés et débattus vont être nombreux et vont surtout s'accroitre, témoignant là-encore d'une quête constante de performance. Le rôle de la commission des usagers (CDU)[387] est central et représentatif de ce phénomène. Celle-ci se trouve ainsi dotée d'un portefeuille de missions particulièrement variées allant de la protection des droits des usagers au sein des structures à l'aide apportée à ces derniers dans leurs démarches.

169. Pour y parvenir, elle détient également différentes prérogatives tels que la formulation d'avis ou l'émission d'un rapport, tout comme leur participation aux voies de conciliations. Mais plus particulièrement encore, des instances plus précises vont être mise en place comme le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)[388], le comité de lutte contre la douleur (CLUD)[389] ou le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)[390] poursuivent et développent cette logique. A noter que si ces instances ne prévoient pas toutes la présence des usagers à titre obligatoire, ces derniers se trouvent de

[387] Voir notamment : Art. L. 1112-3 et R. 1112-79 et suivants du code de la santé publique.

[388] Arrêté du 29 mars 2002 portant création du Comité national de l'alimentation et de la nutrition des établissements de santé ; Voir notamment : « *LE C.L.A.N - Une histoire en mouvement. Comité de liaison alimentation et nutrition* », Hegel, vol. 4, no. 4, 2017, pp. 366-367 ; **X. BONNET, et F. PONCHON**. « *Fiche 14. La sécurité alimentaire* », in : L'usager et le monde hospitalier. 50 fiches pour comprendre le fonctionnement hospitalier, Presses de l'EHESP, 2018, pp. 72-76 ; Avis n°78 du Conseil National de l'Alimentation, « *Alimentation en milieu hospitalier* », 4 juillet 1987.

[389] Art. L. 1112-4 du code de la santé publique. Pour une étude locale intéressante : **E. SERRA, M. JEANJEAN, M. KFOURY et C. DEVOLDERE**, « *Prise en charge de la douleur dans un hôpital général de 400 lits* », Lavoisier, Douleur et analgésie, Vol. 12, Numéro 4, 1999, p. 309-314. Voir également : **M. DUPONT**, Fasc. 36 : Lutte contre la douleur et soins palliatifs, Feuillets mobiles Litec Droit médical et hospitalier, 1er février 2009 (M.-à-J. 20 avril 2020).

[390] Voir notamment : Circulaire n°263 du 13 octobre 1988 relative à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales.

plus en plus fréquemment inclus, soit en qualité d'invité, soit parfois en qualité de membre à part entière. Ce phénomène semble par ailleurs croissant[391].

170. Ainsi, cette matérialisation de la participation des usagers à travers différentes instances, cette fois-ci davantage collaboratives que contraignantes, témoigne, elle aussi, de la quête de performance véhiculée par ces derniers au sein des établissements de santé. En effet, ces derniers sont désormais largement exhortés à se questionner quant à la qualité de leur pratique, questionnement sans cesse plus contrôlé à travers ces différents organismes[392]. En cela, il apparaît que les pouvoirs publics ont tenu en quelques sortes à encadrer les développements du progrès technique et les dérives qui peuvent en découler, à savoir une sécheresse relationnelle si ce n'est un oubli du malade, en permettant aux usagers eux-mêmes de veiller à la qualité de leur séjour. A ce titre, le système de santé publique mis en place témoigne d'une recherche constante de performance faisant l'objet d'un authentique contrôle continu.

171. Volet externe : l'exemple de la médiation[393]. Dernière composante étudiée, la question de la participation maladroitement qualifiée d'externe des usagers vis-à-vis des

---

391 Plus généralement, Didier TABUTEAU retient récemment que « *la notion de démocratie sanitaire s'est progressivement imposée dans le débat public en dépit des obstacles qu'elle a dû surmonter et des difficultés qu'elle n'a cessé de rencontrer. La législation de 2002 a sans doute même exercé une influence significative dans d'autres domaines, notamment le secteur médicosocial, ou à l'extérieur de nos frontières, comme en témoignent certaines législations de pays européens* ». **D. TABUTEAU**, « *Éditorial* », Les Tribunes de la santé, vol. 70, no. 4, 2021, pp. 5-6.

392 Surtout que France Assos Santé exhorte les représentants à prendre très largement le parti de l'usager, dans des limites finalement assez réduites : « *Le RU a vocation à porter la parole de l'usager donc à prendre position voire prendre parti pour lui. Cela comporte évidemment une limite, celle de la loi : il n'est pas envisageable que le RU défende une position qui outrepasserait le cadre légal. Il ne peut également cautionner une action portant une atteinte physique ou morale à des personnels de l'établissement ou d'autres usagers. Le comportement supposé ou non de l'usager ne peut être un motif de non-application des droits : l'usager doit respecter les règles de la politesse dans le cadre normal d'une relation. Mais ce n'est pas une raison suffisante pour le priver d'information. C'est ce que l'on veut dire quand on refuse de parler : si son comportement de non-politesse évolue vers la violence verbale et/ou physique, il s'agit alors de se référer au droit afin de déterminer l'attitude à adopter, sans priver la personne de ses droits* ». Guide du représentant des usagers en Commission des usagers, Guide édité par France Assos Santé et paru en mars 2021, p. 14.

393 Sur ces questions : **A. GIBELIN**, *La médiation en santé. Contribution à une étude des conflits et des différends dans la relation de soins*, thèse de doctorat en Droit, préparée sous la direction du Professeur François VIALLA et soutenue le 9 décembre 2015 au sein de l'Université de Montpellier.

établissements de santé. En effet, l'hypothèse plus précise de la gestion des plaintes au sein des structures, ainsi que leur traitement montre bien le degré de performance attendu de ces dernières. Les usagers peuvent désormais faire valoir leurs droits, et disposent d'un cadre plutôt élaboré permettant justement cette expression[394]. Ainsi, le patient mécontent de son hospitalisation peut en référer à un médiateur, médecin ou non, qui par la suite communiquera avec la CDU afin de traiter et résoudre le conflit[395]. Il ne s'agit pas d'envisager précisément et dans toute sa complexité la question de la médiation au sein des établissements de santé. Cela étant, la façon dont les pouvoirs publics font en sorte d'institutionnaliser voire d'intérioriser cette gestion, à travers les différentes commissions et mécanismes mis en place constitue un indéniable marqueur de performance. Ces éléments témoignent encore une fois que l'incertitude se trouve de plus en plus chassée du quotidien des structures. La quête de performance attendue des établissements vise non seulement de veiller à ne pas générer d'évènements indésirables, mais également de remédier, avant tout contentieux, à ceux qui n'auraient pu être évités. Bien sûr, il est loisible de penser que ces mécanismes ont avant tout pour but de permettre à ces structures de maitriser et donc réduire les recours juridictionnels, dans un souci avant tout gestionnaire[396]. Il reste malgré tout recevable d'envisager que cette construction offre également un accès facilité à une éventuelle réparation ou réponse au problème vécu par l'usager[397].

---

394 Voir notamment : Art. R. 1112-91 à R. 1112-94 du code de la santé publique.

395 Ou, et souvent inversement. En effet, la CDU va fréquemment instruire la plainte, puis convient un médiateur dans le cadre d'une rencontre qu'elle animera avec l'usager.

396 En ce sens : « *La médiation, en tant que mode alternatif de règlement des conflits ou des différends, offre de nombreux avantages lorsqu'elle est appliquée au domaine de la santé (…). En raison de l'explosion des sources de conflits potentielles dans le système de santé actuel et du constat des limites des modes « traditionnels » de résolution de ces litiges, la médiation présente une alternative intéressante dans la mesure où elle permet une résolution du différend sans faire appel à la voie juridictionnelle* ». **R. BOURRET, E. MARTINEZ, F. VIALLA, A. CUDENNEC, A. GIBELIN, J. FONTANA-CONTENT**, « *Théorie et pratique de la médiation en santé. L'exemple du Languedoc-Roussillon* », Elsevier Masson SAS, Droit, Déontologie & Soin, Vol. 14, Issue 2, Juin 2014, pp. 183-192.

397 Par suite : « *L'objet de la médiation en lui-même permet de mettre en exergue l'avantage indéniable de ce dispositif permettant aux parties de prendre part à la définition de l'issue du conflit et de construire leur propre décision, négociée et réfléchie au lieu de subir une décision judiciaire tranchée dont l'issue demeure incertaine (…). D'un point de vue plus pratique, cette procédure extrajudiciaire permet également d'éviter la lourdeur et la lenteur des procédures contentieuses par une plus grande rapidité et une quasi-absence de formalisme, tout en utilisant les outils juridiques qu'offre le droit* ». **R. BOURRET, E.**

172. Lien avec la démarche qualité : logique de performance. Plus encore, l'usager, et notamment sa participation, se trouve impliqué dans une logique de qualité, et donc de performance. En effet, les commissions précédemment évoquées s'inscrivent dans la démarche qualité des établissements de santé et leurs thématiques de prédilection constituent autant de critères audités dans cette construction[398]. Finalement, il apparait que les patients participent de l'évaluation continue de la qualité des structures et détiennent un véritable rôle à jouer. Cette participation se matérialise à différents niveaux, en amont à travers ces différentes instances, mais également au temps de l'évaluation avec le dispositif du patient traceur lors de la certification des établissements de santé[399]. La quête de performance est donc multiple et inclut l'ensemble des parties prenantes y compris l'usager. En ce sens, celle-ci se trouve malgré tout soucieuse de l'éthique médicale, et encadrée par la protection due au patient et à laquelle il va lui-même prendre part.

173. Transition. En définitive, il semble que la recherche de performance véhiculée et permise par le progrès technique et médical se trouve à bien des égards encadrée par la participation des usagers, tant dans la gouvernance des établissements de santé que dans l'évaluation de la prise en charge proprement dite. En cela, ces derniers se trouvent impliqués dans cette recherche et viennent l'alimenter. Le système de santé publique mis en place est protecteur du malade et génère une quête performative protéiforme et menée par une multitude d'acteur, pour ne pas dire la totalité. Cette protection du patient face aux éventuelles dérives de l'industrialisation de la relation de soins parait pour le moins vérifiable. Cela étant, ce phénomène se développe, et avec lui les risques toujours bien connus de perte ou de recul du niveau humain de l'hospitalisation. Dans ce même ordre

---

MARTINEZ, F. VIALLA, A. CUDENNEC, A. GIBELIN, J. FONTANA-CONTENT, « *Théorie et pratique de la médiation en santé. L'exemple du Languedoc-Roussillon* », *op. cit.*

398 En témoignent notamment les multiples outils de mesures faisant l'objet d'audit au sein des établissements, tels que les temps d'attente, la traçabilité et la complétude des dossiers patients, le contenu et la délivrance de l'information. Sur ces questions : **H. BERTILLOT**, « *Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. Sociogenèse d'une rationalisation en douceur* », Sociologie du travail, Vol. 58 - n° 3 | 2016, 227-252.

399 Pour un bref exemple et retour d'expérience sur le dispositif : **P.-J. TACHOIRES**, « *Expérience du patient-traceur dans un CHU* », Elsevier Masson SAS, Transfusion Clinique et Biologique, Vol. 23, Issue 4, Novembre 2016, pp. 268-269. Point plus largement abordé lors du chapitre suivant.

idée, la question de la standardisation, qu'elle concerne la pratique médicale ou l'organisation des structures, doit nécessairement être envisagée.

Conclusion du chapitre

174. La teneur de ces développements permet de mettre en lumière une industrialisation de la prise en charge qui tient compte des attentes associées à cette dernière. En effet, l'accueil au sein des établissements est certes devenu accessoire dans le cadre de la relation de soins. Mais avant d'y percevoir un élément de critique, il s'en déduit un indéniable progrès. Désormais, la structure performante doit répondre à une construction publique visant à assurer un objectif raisonnable de guérison à l'usager. Pour autant, accessoire ne veut pas dire résiduel, et en ce sens, l'accueil reste prépondérant. En devenant un enjeu stratégique voire commercial, il permet de montrer à quel point la recherche de performance est multifactorielle dans ces organisations.

175. Au travers des différents mécanismes juridiques appliqués aux établissements, qu'ils soient réglementaires ou contractuels en fonction des secteurs d'activité, il semble se dégager une exigence renforcée d'assurer un accueil de qualité au patient pénétrant la structure. Pour répondre à cet état de fait, une indispensable adaptation fonctionnelle a dû être opérée, tant au niveau de l'exercice professionnel que de l'organisation de l'entité elle-même. Dans cette construction, la régulation détient une place majeure, avec une protection sécuritaire largement assurée par la jurisprudence.

176. Quant à l'usager, il a pu voir son comportement fortement impacté par ces attendus et l'évolution de celui-ci paraît incontestable. En outre, il est évident que la multiplication des droits visant à le protéger entraine nécessairement des impacts consuméristes de nature à encadrer lourdement la matérialisation des progrès au sein d'une prise en charge industrialisée. A ce titre, le patient détient désormais, notamment à travers les outils de représentation, un rôle permettant ainsi de conserver une large part d'humanité dans le cadre de l'hospitalisation. Par conséquent, la quête de performance imposée se veut compréhensive du sort du malade, mais exigeante quant au fonctionnement quotidien des structures, avec au rang des premiers visés, les professionnels de santé.

Chapitre 2 : La standardisation de la prise en charge des établissements de santé

177. Si la prise en charge au sein des établissements de santé s'est perfectionnée et mécanisée, notamment pour répondre aux exigences nouvelles, il semble que ses composantes et son organisation tendent à se standardiser. En effet, à travers un fonctionnement parfois qualifié d'industriel, l'accueil et le traitement du patient se trouvent améliorés, si ce n'est précisés. Cette évolution s'observe à différents niveaux. En premier lieu d'un point de vue organisationnel, à travers la spécialisation des métiers et la reconstruction interne des structures[400]. Ensuite d'un point de vue professionnel, dans le contrôle et l'encadrement mis en place des professions, notamment s'agissant des normes influant sur les modalités d'exercice.

178. Tout d'abord donc, la question de la spécialisation des métiers se pose. En outre, s'il n'y a pas lieu d'affirmer que l'exercice médical n'était pas structuré autrefois, il serait absurde de ne pas percevoir la surorganisation mise en place désormais. Ainsi, les professions d'autrefois se sont ouvertes vers d'autres techniques, d'autres possibilités, si bien qu'elles se sont finalement démultipliées[401]. Ce phénomène a pu apporter plusieurs bienfaits pour les établissements. En outre, bénéficiant de meilleures perspectives thérapeutiques, et de personnels aux compétences plus affirmées et encadrées par un système de santé publique très ancré, ils ont pu revoir leur construction interne, au point de s'offrir le luxe de l'orientation des patients.

---

[400] **P. PINELL**, « *Champ médical et processus de spécialisation* », *op. cit.* ; Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr. Olivier CLARIS, Juin 2020.

[401] **C. VASSY, B. DERBEZ**, « *Chapitre 2. La profession médicale* » in **C. VASSY et B. DERBEZ (dir.)**, Introduction à la sociologie de la santé, *op. cit.* , pp. 45-67 ; **L. HENART, Y. BERLAND, D. CADET**, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, *op. cit.*

179. Ensuite, s'agissant cette fois-ci de l'acte professionnel lui-même, celui-ci se trouve lourdement encadré[402]. Cela étant, bien que le terme paraisse péjoratif, il semble pourtant que l'objectif soit davantage de guider le personnel vers la bonne pratique. Ainsi, à travers la mise en place de normes aux valeurs juridiques aussi variables que grandissantes, l'opportunité ou la justesse d'un geste médical paraissent aujourd'hui autant dictées par l'indépendance déontologique que par la politique de santé publique. Avant d'envisager ce que cette affirmation a de problématique, il convient d'expliquer qu'elle n'en illustre pas moins une irascible exigence de performance, au profit avant tout du malade.

Section 1 : Développement de professions spécialisées

180. Au-delà des conditions d'accueil des usagers du système de santé publique, il convient nécessairement d'aborder la question de leur traitement au sein de celui-ci. Après avoir envisagé, dans les développements précédents, et de manière tout à fait lacunaire, les diverses implications des progrès technique, scientifique, voire juridique, il apparait que ceux-ci ont mécaniquement impacté l'organisation des professions, terme entendu au sens large et visant plutôt les personnels exerçants dans les structures. Plus largement, en prenant acte de ces éléments, la construction des structures, elle-aussi, parait bénéficier de ces avancées, tant s'agissant du passé que des questionnements sur les développements attendus.

181. S'il ne doit résider qu'une idée commune à propos de ces évolutions à la fois liées et convergentes, celle-ci se situerait sans-doute dans la vision que la politique de santé publique peut avoir de la recherche de performance. En effet, il apparait clairement que cette quête est perçue et se matérialise à travers une volonté de maitrise de ces avancées. Ainsi, tant la pratique médicale que l'organisation du travail font vraisemblablement l'objet d'une spécialisation pour ne pas dire une standardisation voire même peut-être d'une

[402] Voir notamment les développements de Paul VÉRON sur la décision standardisée et les recommandations de bonnes pratiques. **P. VERON**, *La décision médicale*. Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. F. VIALLA, soutenue le 9 décembre 2015 au sein de l'Université de Montpellier, pp. 424-447.

segmentation. Plus que jamais, la performance s'analyse désormais à travers la notion de régulation.

§1. Mise en place de professions de pointe

182. Par suite, des professions de pointe ont été mises en place. Ceci a nécessité une organisation de la montée en performance de ces dernières (A), ce qui aura donc pour conséquence une standardisation de la prise en charge (B).

A. Organisation de la montée en performance des professions

183. Préambule : conséquence directe du progrès médical. A l'évidence, la mise en place de professions de pointe reste l'une des matérialisations parmi les plus palpables du progrès technique et de l'organisation moderne de la santé. Cela étant dit, il semble que ce développement s'inscrit dans une logique de maitrise et d'organisation. En ce sens, alors même que la vision parfois exponentielle qui est portée sur la science en générale n'autorise pas de prime abord un tel regard contenu, il semble pourtant que la performance véhiculée par la politique de santé publique se matérialise en tout premier lieu par une volonté d'encadrement des pratiques. Afin vraisemblablement d'en dompter les contours et l'inscrire dans les objectifs voulus.

184. Organisation de la montée en performance des professions. La recherche de performance s'entend donc à travers une construction juridique visant l'encadrement. En effet, comme évoqué précédemment, les métiers de santé tendent vers une surspécialisation. Les différentes professions se sont spécialisées afin d'atteindre un niveau technique particulièrement élevé. En effet, la diversité des nouveaux métiers précédemment évoqués se justifie par la reconnaissance de professions très pointues[403]. Plusieurs auteurs

[403] En témoigne notamment le cas de la profession d'infirmière, se déclinant désormais en 4 sous-catégories, avec le diplôme originel assorti de 3 diplômes de spécialité, à savoir l'infirmier de bloc opératoire (IBODE), encadré par l'article D. 4311-42, l'infirmier anesthésiste (IADE), encadré par les articles D. 4311-45 à D. 4311-47, et la puéricultrice, encadré par les articles D. 4311-49 à D. 4311-51 du code de la santé publique.

étudient cette évolution, et notamment François DANET[404] qui explique que « *dans le contexte de logique du développement de la spécialisation consistant à autonomiser les savoirs cliniques et scientifiques et les savoir-faire diagnostiques et thérapeutiques efficients nécessitant de longues études, la médecine générale est devenue « ce qui reste » parce qu'elle ne corresponde pas suffisamment à ces critères* »[405].

185. Cette idée s'observe également, au-delà des typologies, voire du nombre, de professions, dans le contenu des compétences attendues. En outre, le système faisant l'objet de l'étude pousse son exigence de performance au point de définir avec précision l'ensemble des missions devant être menées à bien. A n'en pas douter, cette construction développe inévitablement l'avènement d'une construction industrielle dans le quotidien des établissements de santé[406]. Cette logique associée à une démarche qualité à plusieurs niveaux fait évidemment l'objet de contreparties et de défauts qu'il conviendra de ne pas négliger, ces derniers représentant vraisemblablement l'un des prochains piliers de l'évolution nécessaire du système hospitalier de santé.

186. Clarification fonctionnelle des professions : la question des compétences. Ainsi, il semble que l'industrialisation de la prise en charge impacte directement les

---

[404] En citant notamment Michel ARLIAUD et Patrick HASSENTEUFEL : **M. ARLIAUD**, Les médecins, La découverte, Paris, 1987 ; **P. HASSENTEUFEL**, Les médecins face à l'état, Presses de Science Po, Paris, 1997.

[405] Il explique également que « *le développement des segments de la profession médicale, vulgarisés sous le vocable de spécialités médicales, est soutenu par une démarche scientifique consistant à transformer des plaintes (de patients profanes) en signes, regroupés, dans un second temps, en syndromes, eux-mêmes liés à une physiopathologie, qui trouve sa source dans une ou plusieurs étiologies, qu'il est possible de traiter par des outils spécifiques à la pathologie en cause. Cette subdivision en spécialités médicales exige, d'une part, des médecins hospitaliers qu'ils soient spécialistes, c'est-à-dire référencés à un organe (foie, rein, nerfs, os, peau, etc.) ou une fonction vitale (enfanter, marcher, grandir, dormir, etc.), et, d'autre part, des malades qu'ils présentent une monopathologie aisément classable selon la nosologie médicale* ». **F. DANET**, « *La médecine d'urgence : de la transgression à la pérennisation de la segmentation hospitalière en spécialités* », Pratiques Psychologiques, Volume 14, Issue 1, Mars 2008, p. 27-39.

[406] Il serait par ailleurs illusoire voire absurde de considérer que cette surspécialisation ne concerne que les métiers du soin à proprement parler. En effet, il n'y a qu'à observer l'évolution du traitement des fonctions supports opérée par les différents groupes de santé privé pour s'en convaincre. La pratique des structures administratives (principalement la comptabilité et les ressources humaines) regroupant l'ensemble des métiers, à l'échelle du groupe entier, pour ne laisser au plus qu'un responsable voire un relai entre l'établissement et la centrale se veut grandissante.

professionnels, de santé ou auxiliaire, qui voient désormais leur activité fortement encadrée, pour ne pas dire limitée. Cette idée s'observe avant même la question de la spécialisation, mais bien dans ce que l'on veut faire de chaque catégorie ou famille de métier. S'agissant des médecins, leur sort pourra davantage être étudiée au niveau de la standardisation à travers les normes nouvelles de droit souple. En revanche, à propos des personnels paramédicaux, il semble que la notion de compétence soit laissée de côté au profit de l'encadrement des actes réalisables.

187. Pour une étude détaillée de la question, il faut avant tout envisager la notion d'auxiliaire médical. En effet, complément évident et indispensable au bon fonctionnement de l'établissement de santé, cette catégorie professionnelle est le parfait témoin du déploiement progressif des objectifs de santé publique au sein des modalités de prise en charge. Ainsi, il est défini comme étant la « *personne habilitée à accomplir des actes de soins et de traitement sur prescription d'un médecin et/ou sous sa surveillance et/ou en sa présence* »[407]. Cette notion générique fait l'objet d'une liste clairement établie par le code de la santé publique[408], marque encore d'un encadrement certain. Ce terme, désormais perçu comme péjoratif[409], renvoie à une idée assez simple, à savoir la mise en place de professions assistant le médecin, détenant parfois un rôle propre, sans pour autant empiéter sur ses prérogatives.

---

407 Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine, http://dictionnaire.academie-medecine.fr/search/results?titre=auxiliaire%20m%C3%A9dical

408 La liste est notamment prévue par le code de la santé publique dans le Livre III de la 4ème partie de la partie réglementaire. On y trouve ainsi les infirmiers (dans toutes leurs composantes, Art. R. 4301-1 à R. 4312-92), les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues (Art. R. 4321-1 à R. 4323-3), les ergothérapeutes et les psychomotriciens Art. R. 4331-1 à R. 4333-8), les orthophonistes et les orthopédistes (Art. R. 4341-1 à R. 4344-2), les manipulateurs d'électroradiologie médicale et les techniciens de laboratoire médical (Art. R. 4351-1 à R. 4354-11), les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées (Art. R. 4361-1 à R. 4365-2) et les diététiciens (Art. R. 4371-1 à R. 4371-8). On y rattache enfin les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les ambulanciers et les assistants dentaires (Art. D. 4391-1 à D. 4393-17).

409 Sans doute en partie pour l'usage du terme auxiliaire, que l'Académie Française définie comme la « *personne qui apporte son aide, son concours* », proposition réductrice au regard du rôle de certaines catégories professionnelles, notamment les infirmiers, dans le quotidien des établissements de santé. Dictionnaire de l'Académie française (9e édition), t. 1 (de A à Enzyme), Imprimerie nationale/Fayard, 1992, (ISBN 2-11-081249-4).

188. En ce sens, comme l'explique Marc CATANAS, « *pour éviter que cela ne porte ombrage aux médecins et que cela officialise, en quelque sorte, l'exercice illégal de la médecine, le rôle des auxiliaires a été fortement limité par rapport à celui du médecin pour empêcher les uns d'empiéter sur le territoire des autres et permettre aux médecins de garder le contrôle sur ces assistants (…). Il apparaît, sans aucune ambiguïté, l'interdiction pour les infirmières de décider de tout ce qui relève de la thérapeutique. Leur rôle consiste à appliquer sur ordonnance* »[410]. C'est principalement par cette logique que les autorités vont finalement décider d'encadrer, de manière très élargie, le contrôle opéré sur l'exercice de ces professions, sans commune mesure notamment avec l'encadrement médical, afin de mettre en conformité le rôle de ces auxiliaires avec les objectifs de santé publique, le principal étant vraisemblablement la recherche de pertinence à tous les niveaux.

189. Compétences définies par des listes d'actes[411]. De manière générale, s'agissant des auxiliaires médicaux, les pouvoirs publics ont donc opté pour la méthode de la liste d'actes. Ainsi, les modalités d'exercice des différentes professions sont rigoureusement encadrées[412]. Bien évidemment, l'objectif ne sera pas ici d'étudier l'ensemble de ces actes, ni même l'ensemble de ces professions. Cela étant, envisager la logique d'ensemble est ici un impératif. Et force est de constater que le cadre se veut particulièrement développé. En effet, l'exemple des infirmiers diplômés d'État est criant de la volonté de maitrise et de régulation par les autorités sur le comportement professionnel[413]. Par suite, plus que de

---

410 **M. CATANAS**, « *De l'interdit d'exercer au décret d'actes infirmiers* », Soins, Savoirs et pratiques, Vol. 67, n° 862, janvier 2022, pp. 25-29.

411 Voir notamment : **M. CATANAS**, « *De l'interdit d'exercer au décret d'actes infirmiers* », *op. cit.*, **L. HENART, Y. BERLAND, D. CADET**, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, Rapport remis au Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, au Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et au Secrétaire d'État chargée de la Santé, Janvier 2011.

412 En fonction de leur importance bien-sûr.

413 Pour justifier le choix de se focaliser sur le cas des infirmiers, les propos tenus par Joël MORET-BAILLY permettent aisément de le justifier : « *Nous privilégierons, ici, l'exemple de la profession infirmière, dans la mesure où celle-ci occupe, d'une part, une place particulière dans le système de soins du fait de ses champs d'intervention, notablement plus variés que ceux des autres professions, mais ce, d'autre part, dans le cadre strictement délimité par son « décret d'actes »* ». **J. MORET-BAILLY**, « *Les modes de définition des professions de santé : présent et avenir* », Dalloz, RDSS, 2008, p. 508.

lister les actions possibles ou autorisées, les pouvoirs publics ont surtout pris soin, lorsque cela est nécessaire, d'expliciter, au moins partiellement, les rapports entre les différents métiers. Preuve s'il en fallait que le souci ne se situe pas au niveau du seul acte mais bien de la prise en charge dans son ensemble. La performance, ici, réside dans la bonne coordination des compétences.

190. Ainsi, s'agissant de l'exemple des infirmiers, le code de la santé publique retient que « *l'exercice de la profession (…) comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé* », tout en faisant le lien avec les règles déontologiques et en imposant l'exercice en coopération « *avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif* »[414]. Par suite, il est notamment précisé que « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques* »[415]. Sur le contenu des actes en lui-même, la réglementation parle d'un « *rôle propre* » de l'infirmier et définie une liste particulièrement exhaustive de tâches[416]. Il est d'ailleurs intéressant de relever que cette énumération n'a fait l'objet que de rares mises à

[414] Art. R. 4311-1 du code de la santé publique.

[415] Art. R. 4311-2 du code de la santé publique.

[416] Art. R. 4311-5 du code de la santé publique. On y trouve notamment : « *Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement (…) ; Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire (…) ; Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable (…) ; Préparation et surveillance du repos et du sommeil (…) ; Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux (…) ; Prévention et soins d'escarres (…) ; Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses (…) ; Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire (…); Aide et soutien psychologique ;* »

jour[417] depuis son adoption en 2004[418], avec une évolution notable en 2021[419], bien qu'une refonte soit, théoriquement, attendue prochainement[420].

191. La profondeur des actes définis et exigés par ce cadre se décline au regard des spécialités, consacrées ou non par le cadre réglementaire, des infirmiers. En effet, sont notamment prévus les hypothèses en psychiatrie[421], au bloc opératoire[422], pour l'anesthésie[423] ou encore concernant la puériculture[424]. Enfin, le cas d'urgence est également envisagé, toujours dans le respect du positionnement souhaité, à savoir l'infirmier comme auxiliaire du médecin. Il est ainsi expliqué qu'« *en l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à*

---

417 Bien que le contexte actuel appelle vraisemblablement à des évolutions du contenu des missions des professions. S'agissant de l'infirmier notamment, le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2023 prévoit en son article 20 une évolution des compétences vaccinales au sein de l'article L. 4311-1 al. 3 du code de la santé publique : « *l'infirmière ou l'infirmier peut, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État : « 1° Prescrire certains vaccins dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles d'en bénéficier sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ; « 2° Administrer certains vaccins dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles d'en bénéficier sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé* ». Art. 20, Projet de loi de financement de la sécurité sociale n°274 pour 2023.

418 Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

419 Décret n°2021-980 du 23 juillet 2021 relatif à la réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers et d'autres professionnels de santé.

420 A ce titre, l'IGAS a été chargé par les ministères des solidarités et de la santé ainsi que de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation de rendre un rapport sur la refonte du décret avant le mois de juillet 2022. Voir notamment : **C. NAYRAC**, « *L'Igas doit émettre des propositions d'évolution pour les infirmiers avant juillet* », Info Hospimedia, publié le 14/04/2022, https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20220414-information-hospimedia-l-igas-doit-emettre-des-propositions, consulté le 07/06/2022.

421 Art. R. 4311-6 du code de la santé publique.

422 Art. R. 4311-11 et suivants du code de la santé publique.

423 Art. R. 4311-12 du code de la santé publique.

424 Art. R. 4311-13 du code de la santé publique.

l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient »[425].

192. La question de la coopération entre professionnels, justement, n'est pas en reste et témoigne également dans cette construction. En effet, le lien quasi-hiérarchique entre médecin et infirmier est fréquemment rappelé dans les règles à suivre[426]. A contrario, l'autorité de ce dernier sur l'aide-soignant est également mise en lumière[427]. Ainsi, « *l'infirmier ou l'infirmière peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant* »[428]. Cette idée montre bien la difficulté à encadrer l'exercice médical. Au-delà des seuls actes, le positionnement reste également prépondérant. En ce sens, « *le professionnel paramédical doit aujourd'hui être capable de prendre des initiatives tout en identifiant le moment où se référer au médecin. Il doit faire preuve d'une réelle autonomie dans un contexte professionnel contraint par des règles professionnelles strictes* »[429].

B. Conséquence de cette organisation : la standardisation

193. Conséquences de cette organisation. Finalement, cette organisation va consacrer la mise en place de profession de pointe, avec des compétences sans cesse plus précises,

---

[425] Art. R. 4311-14 du code de la santé publique. Il est également qu'« *en cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état* ».

[426] Le renvoi plus ou moins direct à l'autorité du médecin est rappelé à de nombreuses occasions dans cette liste d'actes. Voir notamment : Art. R. 4311-2, R. 4311-5-1, R. 4311-6, R. 4311-7, R. 4311-8, R. 4311-9, R. 4311-10, R. 4311-12, R. 4311-14 et R. 4311-15-2. Plus généralement, la classification médecins – auxiliaires médicaux suffit à se convaincre de cette idée.

[427] Sur ces questions : **G. ROUSSET**, « *L'autonomie croissante des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture (brève présentation du décret n° 2021-980 du 23 juillet 2021)* », LEH Éditions, RDS, n° 104, Novembre 2021, pp. 894-895.

[428] Art. R. 4311-4 du code de la santé publique.

[429] **F. GRISONI, P. GAILLOURDET**, « *Organisations hospitalières et nouveaux métiers paramédicaux* », Elsevier Masson SAS, Soins cadres, Vol. 28, Issue 110, Mars 2019, pp. 18-20.

plus pointues. Dans le même temps, elle va inévitablement enfermer ces personnels dans des positions de plus en plus étroites. En effet, il apparait que les compétences attendues ne sont plus les mêmes. En dépit des discours parfois affichés, voire des attentes affirmées, tout indique que la pluridisciplinarité laisse place à la spécialisation avec un objectif évident de maitrise technique. En outre, la conséquence principale réside vraisemblablement dans le cœur de cette idée. La politique de santé publique vise constamment la justesse et la pertinence, dans la sphère économique bien-sûr, à travers l'encadrement des dépenses, mais aussi et surtout dans le bienfondé de l'action.

194. Sur la spécialisation également, la mise en place de la pratique avancée prend également tout son sens[430]. Véritable enjeu de développement de la profession infirmière, elle témoigne surtout de ce phénomène de spécialisation[431]. En outre, elle représente un certain paradoxe. Alors qu'elle est constituée de nombreuses missions transverses, elle n'en reste pas moins assez symbolique de cet enfermement des professions sur elles-mêmes. Finalement, c'est par davantage de spécialisation que la question de l'élargissement des compétences est traitée, à défaut dans un premier temps d'une clarification, ce qui peut évidemment amener une certaine discussion.

195. S'agissant de la définition proprement dite, le code de la santé publique se veut à la fois prolixe et synthétique. En effet, il est notamment relevé assez simplement que « *l'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier*

---

[430] Voir notamment : Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée ; Décret n°2019-510 du 23 mai 2019 relatif aux modalités de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants européens concernant le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée et enfin Décret n°2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences.

[431] Sur ces questions : **B. PY**, « *Les auxiliaires médicaux en pratiques avancées : qui sont-ils ? Quelles sont leurs compétences ? Quel est leur statut ?* », LEH Éditions, RDS, Septembre 2020, pp. 932-934 ; **M. MAZZUCOTELLI**, « *Exercice infirmier en pratique avancée : un nouveau statut pour la profession* », LEH Éditions, RDS, Novembre 2018, pp. 925-926 ; **M. MAZZUCOTELLI**, « *Pratique avancée : la psychiatrie fait son entrée* », LEH Éditions, RDS, Janvier 2020, pp. 58-59 ; **M. MAZZUCOTELLI**, « *Les urgences font leur entrée en pratique avancée* », LEH Éditions, RDS, Janvier 2022, pp. 74-75 ; **P. FRAISSE**, « *Vers une reconnaissance des infirmières en pratique avancée* », Elsevier Masson SAS, Soins cadres, Vol. 26, Issue 102, Mai 2017, pp. 22-25.

diplômé d'État ». Par suite, « *il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin* ». Enfin, « *dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant (…), l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, (…), à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux* »[432].

196. Par suite, comme l'explique Bruno PY, « *la pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées* »[433]. De plus, Isabelle POIROT-MAZERES retient que « *si le recours à la pratique avancée a d'abord été pensé comme une solution au manque de médecins, ce sont désormais le caractère holistique de la prise en charge et l'expertise de coordination des parcours patient, au-delà même des prises en charge complexes, qui sous-tendent son développement* »[434]. Les champs d'application de la pratique avancée sont encore limités tout en étant pourtant assez étendus, bien que cela ne trahisse une fois de plus la volonté des pouvoirs publics de poser un encadrement. Ainsi, elle concerne désormais les pathologies chroniques stabilisées, l'oncologie et l'hémato-oncologie, les maladies rénales chroniques, dialyse et les transplantations rénales, la psychiatrie et la santé mentale et enfin les urgences[435]. Finalement, et de manière synthétique, il faut retenir que « *l'IPA[436] a deux rôles distincts : infirmier clinicien spécialisé (ICS) et infirmier praticien (IP). L'ICS travaille principalement avec les équipes de soins dans le suivi des patients présentant un parcours complexe. Il a un rôle de conseil et apporte son expertise à l'équipe afin de réfléchir et de mener au changement tout en conservant la qualité et la sécurité*

---

[432] Art. R. 4301-1 du code de la santé publique.

[433] **B. PY**, « *Les auxiliaires médicaux en pratiques avancées : qui sont-ils ? Quelles sont leurs compétences ? Quel est leur statut ?* », *op. cit.*

[434] **I. POIROT-MAZERES**, « *Pratiques avancées et médecine de parcours* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 425. L'auteure ajoute également que « *c'est bien là le cœur du métier de la pratique avancée : participer et contribuer à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient* ».

[435] Art. R. 4301-2 du code de la santé publique.

[436] Infirmier en pratique avancée (IPA).

des soins. L'IP allie des compétences en soins infirmiers et d'autres médicales. En France, l'IPA regroupe ces deux modalités d'exercice »[437].

197. A ce titre, il apparait que la définition de cette réglementation crée une situation de coresponsabilité d'ordre professionnel au sein des services de soins. Pour autant, la coopération entre métiers ne peut s'organiser ni s'envisager librement. En outre, « *le partage des rôles entre les professionnels de santé est construit en référence aux diplômes et à la notion de « monopole médical », et non de compétence des professionnels, qui crée d'emblée une séparation entre les médecins et les professions paramédicales. Cette séparation entraîne un décalage entre les objectifs professionnels et le contenu réel des métiers, intensifié par le cadre légal d'exercice qui génère ce cloisonnement par des lignes de force récurrentes telle que la primauté du diplôme* »[438]. De manière générale, les pratiques semblent s'articuler dans un cadre hiérarchisé pour ne pas dire industriel. En ce sens, la prise en charge parait désormais envisageable à travers la mise en place d'un travail à la chaine. Même si le propos parait réducteur, il mérite cependant l'attention, puisque ce sont bien les rouages apportés par les différents métiers qui forment l'ensemble qu'est l'accueil de l'usager. Cette idée ne peut toutefois être valorisée qu'à travers la reconnaissance d'une certaine standardisation des professions. Élément désormais indéniable.

198. Standardisation des professions. Par suite, cette organisation laisse apparaitre une nette standardisation des professions de santé[439]. Cette idée s'observe d'ailleurs à plus forte raison s'agissant des auxiliaires médicaux. En effet, définir un métier à travers une liste d'actes implique mécaniquement un encadrement de l'exercice quotidien[440]. Plus que

---

[437] **M.-A. MEYER, S. CHRETIEN**, « *Quel positionnement pour l'IPA dans le secteur hospitalier français ?* », Elsevier Masson SAS, Soins cadres, Volume 28, Issue 110, pp. 15-17. Voir également : **D. MORIN**, « *La pratique infirmière avancée. Vers un consensus au sein de la francophonie »,* SIDIIEF, 2018.

[438] **N. DESCOURS-ALFANDARI**, « *Vers une efficience du système de compétence des professionnels dans le secteur de la santé ?* », LEH Éditions, RDS, n°72, Juillet 2016, pp. 480-484.

[439] A ce sujet, à propos des professions médicales, Joël MORET-BAILLY les définit notamment à travers une logique formelle, à savoir le diplôme, et une logique matérielle, c'est-à-dire l'établissement des actes. **J. MORET-BAILLY**, « *Les modes de définition des professions de santé : présent et avenir* », *op. cit.*

[440] Cela constitue d'ailleurs tout l'enjeu de la supposée logique de métier mise en place par les pouvoirs publics et qui génère inévitablement de nombreux effets pervers. La Direction générale de l'Offre de soins (DGOS) retient notamment que *« le métier est un ensemble cohérent d'activités professionnelles, regroupant des emplois*

jamais, cette évolution s'inscrit parfaitement dans la logique constante de déploiement de la démarche qualité au sein des établissements de santé. Car au-delà de la seule logique et contrainte économique, la normalisation des professions vise avant tout dans ce cas de figure la sécurisation de l'activité médicale. Ainsi, la mise en place d'une liste limitative d'actes a quelque chose de rassurant pour les pouvoirs publics : elle permet l'élaboration de procédure, de fiche de poste, autorise et facilite le contrôle de l'action. Dans une société où l'engagement de la responsabilité médicale n'a plus grand-chose de tabou, restreindre la liberté d'action permet de limiter les risques de mise en défaut. En cela, la dimension sécuritaire protège tant les autorités que les professionnels eux-mêmes.

199. Place de la régulation en la matière. Ici encore, la question de la régulation par les autorités publiques est centrale, et témoigne une fois de plus combien le monde de la santé reste un secteur économique à part. En outre, alors que l'encadrement de l'activité médicale s'explique avant tout désormais pour des raisons de pertinence technique et économique, l'organisation des auxiliaires médicaux vise avant tout l'exercice conforme aux objectifs de santé publique. Il s'agit également d'une question de modèle. Alors que l'idée d'« *imposer la démarche métier* » peut séduire, « *les professions de santé restent encore marquées par des lignes de force récurrentes telles que la primauté du diplôme, l'exigence d'un lien direct entre le diplôme détenu et la profession exercée ou la nette suprématie de la formation initiale* »[441].

200. A travers ce cadre rigide est aussi véhiculée une vigueur juridique assez importante. A dire vrai, il semble que le cloisonnement professionnel, précédemment évoqué, résulte d'une volonté régulatrice. En témoigne notamment la stricte protection du domaine d'action de chacun. En ce sens, Paul VERON retient que « *la compétence juridique du professionnel est intransmissible, ce qui apparaît de bon sens dès lors qu'elle est attachée à sa compétence*

---

pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique (…). Le métier est distinct : du poste, qui est lié à la structure ou à l'organigramme ; du statut, qui ne dit rien des compétences ; de la qualification, même si celle-ci est requise et du diplôme ». **L. HENART, Y. BERLAND, D. CADET**, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, *op. cit.*, p. 4.

[441] **L. HENART, Y. BERLAND, D. CADET**, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, *op. cit.*, p. 8.

technique, son savoir et son savoir-faire. Le médecin ne saurait déléguer à un infirmier par exemple, le soin d'exécuter un acte relevant de son monopole. Seule la loi peut en effet autoriser d'autres personnes et notamment d'autres professionnels de santé à réaliser des actes relevant du monopole du médecin »[442]. Surtout, il semble que celle-ci s'autorise davantage de contrôle et de pouvoir d'encadrement s'agissant de leurs activités. La recherche de pertinence est constante et se renforce, au point parfois de générer des situations problématiques, tant au niveau du sens que le personnel donne à son action, qu'à l'exigence de mise à jour fréquente des actes autorisés, au risque de générer des situations de blocage dans la prise en charge, faute de complémentarité.

201. Encadrement et responsabilité. Pour autant, en dépit de l'aspect sécurisant de la limitation du champ d'action par une liste d'actes prédéfinis, cette construction va nécessairement avoir un impact important sur les conditions d'engagement de la responsabilité[443]. Ceci étant sans doute favorable à l'usager, mais pouvant particulièrement exposer l'établissement lui-même. *A fortiori* lorsque l'on sait que cette catégorie professionnelle n'est, quasiment, jamais libérale lorsqu'elle exerce au sein des structures elles-mêmes. Ainsi, la mise en lumière d'un glissement de tâche[444] ou d'une action inappropriée sera plus facilement identifiable, en cela, il semble que cette construction puisse indirectement contribuer à l'accroissement des droits du patient, ou à tout le moins renforcer la protection de celui-ci.

---

[442] **P. VERON**, *La décision médicale*. Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. F. VIALLA, soutenue le 9 décembre 2015 au sein de l'Université de Montpellier.

[443] Le champ de compétences de chaque profession fait d'ailleurs l'objet d'une protection particulièrement renforcée. D'un point de vue pénal, s'agissant du dépassement de fonction infirmier, la jurisprudence, classiquement, retient dans ce cas de figure l'incrimination d'exercice illégale de la médecine : CA Paris, 23 juin 1931. Ceci valant tant pour l'infirmier que l'aide-soignant : Cass. Crim. 13 mai 2003, n°02-84.037 ; Même solution pour les kinésithérapeutes : CA Paris, 16 juin 1959. – V. égal. Crim. 22 février 1950 ; Cass. Crim. 28 avril 1987, n°86-93.308. Par suite, l'exercice illégale de la profession d'infirmier est également sanctionné pénalement : Cass. Crim. 23 février 1999, n°98-81.817. Même solution pour les kinésithérapeutes : Crim. 8 juillet 1958 ; Crim. 8 juillet 1970, n°69-93.430. Pour plus de précisions : **J. PENNEAU**, « *Médecine – Auxiliaires médicaux* », in : Répertoire de droit pénal et de procédure pénale, Dalloz, Octobre 2010 (actualisation : Juillet 2021).

[444] Sur cette notion : **F. VIALLA, M. MAZZUCOTELLI**, « *Glissements de compétences chez les professionnels de santé* », LEH Édition, RDS, Hors-série 2016, pp. 110-114.

202. Transition. Ainsi, il apparait que le progrès a autorisé la mise en place de professions de pointe au sein des établissements de santé. Pour autant, cette construction s'est effectuée à travers une logique régulatrice particulièrement poussée. En effet, cette idée s'observe avec une force toute particulière dans les différents décrets d'actes adoptés pour encadrer les soignants. La création de spécialisation, voire de surspécialisation parfois, génère inévitablement un enfermement du professionnel dans des métiers où l'initiative doit vraisemblablement laisser place à un respect des missions prescrites. Cet enfermement est également perceptible s'agissant des constructions internes, pour ne pas dire géographiques, des établissements de santé eux-mêmes.

§2. Spécialisation et organisation professionnelle

203. Le travail professionnel a fait l'objet d'une spécialisation, impliquant une organisation structurelle (A), et la recherche d'une coopération des équipes, pourtant difficile à obtenir (B).

A. Organisation structurelle du travail

204. Spécialisation et organisation professionnelle. Au-delà des constructions des seules professions, la question de l'organisation du travail doit également être envisagée. Ainsi, là-encore, le fonctionnement des établissements tend indéniablement vers un cloisonnement au sein des services, dans lesquels la spécialisation se veut croissante. Par suite, « *le passage de l'hôpital à l'établissement de santé constitue une rupture en pseudo continuité avec celle qui, d'un lieu vénérable, religieux et sacralisé, y installât entre premier et second XXème siècle une normativité médicale et scientifique administrée par une bureaucratie archétypale* »[445]. Il s'en suit une segmentation et une organisation en tuyaux d'orgue[446] laissant présager un impact réel sur

[445] **E. VILLARD**, La question hospitalière postmoderne, LEH Édition, Libre propos, Bordeaux, 2018, pp. 156-157. Voir également : **J. DE KERVASDOUE**, L'hôpital, Paris, PUF, 2005.

[446] En ce sens, Géraldine PICOT retient que « *le rapport social dans les deux configurations étudiées reste fortement hiérarchisé. Il existe une tendance très nette au renforcement d'une division entre conception et exécution qui sépare les médecins et le personnel infirmier* ». **G. PICOT**. « *Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. Le cas de deux services hospitaliers* », Revue française des affaires sociales, no. 1, 2005, pp. 83-100. Pour rappel

l'indépendance professionnelle des soignants. A dire vrai, la logique reste la même que précédemment, à savoir une performance visant l'encadrement et la maitrise technique. En outre, alors que la spécialisation entraine des questions quant aux liaisons entre les différents établissements, la coopération au sein d'une même structure reste à repenser.

205. Retour sur le cloisonnement des professions. Le cloisonnement des professions, précédemment envisagé[447], n'aura évidemment pas que des conséquences néfastes. Il induit une quête constante de performance menée par les pouvoirs publics. En effet, grâce à cette spécialisation constante de l'activité médicale, les établissements de santé vont pouvoir améliorer les conditions de prise en charge de leurs patients[448]. En outre, alors que l'accueil des indigents, autrefois, constituait l'essentiel de leur activité, les structures vont désormais avoir la possibilité de non seulement traiter, mais également d'orienter leur patientèle vers le bon service, ce dernier devenant de plus en plus précis, ou du moins plus constructible. En ce sens, cette spécialisation a impliqué mécaniquement une reconstruction interne, tant

---

s'agissant du cloisonnement lié à la capacité de diagnostic : « *Or, les praticiens non médicaux ne peuvent pratiquer des actes médicaux que sur prescription, le diagnostic étant réservé aux professions médicales. Ainsi, les actes de diagnostics, même dénommés « diagnostic mécanique » ou qualifiés « d'appréciation » des troubles sont réprimés s'ils ne sont pas menés par un médecin. Dès lors, les professionnels paramédicaux ne collaborent que pour le traitement. Le diagnostic, au sens où nous l'entendons, est alors déjà établi par le délégant* ». **C. COUSIN**, *Vers une redéfinition de l'acte médical*, Thèse de doctorat en Droit, préparée sous la direction du Pr. Brigitte FEUILLET-LIGER et soutenue le 22 novembre 2016 au sein de l'Université de Rennes 1, p. 103.

447 Le rapport précédemment évoqué traite notamment de la question de « *la santé en France* », en retenant en outre le sort « *des professions et des professionnels soumis à un système rigide et cloisonné* ». Les raisons de cet état seraient notamment les écarts liés au diplôme, aux attributions et aux salaires. **L. HENART, Y. BERLAND, D. CADET**, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, *op. cit.*, pp. 3-5.

448 Ainsi, « *la clinique privée est par ailleurs une entreprise de haute technologie. Si les années 1960 ont nécessité des innovations immobilières et architecturales avec la construction de nouveaux bâtiments adaptés aux préceptes et aux contraintes de la médecine moderne, les années 1970-1980 se sont caractérisées par la déconcentration et l'essaimage des innovations technologiques. Bénéficiant de l'effet conjugué de la miniaturisation et de l'informatisation, celles-ci se sont développées à l'initiative des disciplines médicales elles-mêmes et ont conduit à une dispersion des innovations à l'intérieur des établissements de santé* ». **J.-P. CLAVERANNE, D. PIOVESAN**, « *La clinique privée, un objet de gestion non identifié* », Revue française de gestion, vol. no 146, no. 5, 2003, pp. 143-153.

organisationnelle que, de manière plus terre à terre, géographique[449], des établissements de santé.

206. Organisation nécessaire du travail en service. Pour répondre aux conséquences de cette spécialisation et surtout pour en tirer les fruits, les établissements de santé ont pu, peu à peu, organiser leur travail en services, bien que rien, dans l'absolu, ne les contraignait à le faire[450]. Ces derniers vont se préciser, se perfectionner, parfois même se diviser en leur sein pour déployer certaines spécialités. Désormais loin de l'établissement d'accueil, les structures de santé s'apparentent à des entreprises spécialisées, voire surspécialisées, et les usagers vont pouvoir inévitablement en profiter[451]. Il avait été autrefois prévu que « *les services* » soient « *constitués d'unités fonctionnelles de même discipline* »[452], montrant ainsi une volonté indéniable de cloisonner, ou plutôt spécialiser la prise en charge pour en perfectionner la réalisation. Les conditions de cette dernière se trouvent sans cesse améliorées et permettent de donner une certaine effectivité à l'accroissement des droits des patients. Si la transition, s'agissant de l'hôpital public, vers les pôles d'activités a réduit l'influence du service, il

---

[449] Une brève mention peut malgré tout être faite en matière architecturale avec une citation désormais historique d'Henry BERNARD qui résume de manière suffisamment précise le raisonnement d'ensemble : « *à ceux, plus romantiques, qui regretteront « la chambre de malade paradisiaque ouvrant de plein pied sur un parc », nous dirons qu'il faut être sérieux ; que l'optique de convalescence ou de sanatorium n'est pas celle d'un hôpital d'aigus hébergeant en permanence 1 200 malades couchés, des centaines de consultants et des milliers de visiteurs quotidiens ; que l'hôpital idéal serait pour nous celui où le malade ferait le séjour le plus bref du fait qu'il aurait reçu les meilleurs soins et d'où il serait le plus vite rendu à sa vie normale* ». **H. BERNARD**, « *L'évolution de l'hôpital* », tapuscrit, septembre 1962, archives de l'IFA ; 266AA 11/9). Voir également : **L. NOYER-DUPLAIX**, « *« L'hôpital-paquebot » d'Henry Bernard* », In Situ [En ligne], 31 | 2017, mis en ligne le 21 février 2017, consulté le 08 juin 2022. URL : http://journals.openedition.org.ezpum.biu-montpellier.fr/insitu/13998 ; DOI : https://doi-org.ezpum.biu-montpellier.fr/10.4000/insitu.13998

[450] En ce sens, si les établissements privés bénéficient par essence d'une liberté d'organisation, les établissements publics de santé, quant à eux, voient ce principe affirmé par le code de la santé publique (Art. L. 6146-1). Toutefois, le même article prévoit malgré tout l'obligation pour le directeur et le président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) d'organiser des pôles d'activités (depuis l'ordonnance du 2 mai 2005).

[451] Jusqu'en 2005, les établissements publics de santé, « *pour l'accomplissement de leurs missions », étaient « organisés en services ou en départements (…) placés sous la responsabilité d'un médecin, biologiste, odontologiste, ou pharmacien hospitalier* ». Art. L. 6146-1 du code de la santé publique en vigueur jusqu'au 3 mai 2005. Voir également l'ancien article L. 714-20 du code de la santé publique dans son ancienne rédaction.

[452] *Ibid.*

convient de retenir que cette évolution ne remet en rien en cause la logique de fonctionnement précédemment évoquée. De manière générale, « *la clinique privée est d'abord une entreprise de main-d'œuvre comme en témoignent les charges de personnel qui représentent en moyenne 50 % des charges d'exploitation d'une clinique privée (…). Comme dans les entreprises artisanales, la part du facteur travail dans les cliniques y est proportionnellement beaucoup plus développée que dans l'ensemble des autres entreprises, du fait de la nature des activités, du caractère « surmesure » des prises en charge, de la réticence aux processus industriels* ».[453]. Ce qui n'est d'ailleurs pas sans conséquence s'agissant de la gouvernance des structures, privées[454] ou publiques[455].

207. L'enjeu n'est certainement pas de constater ce phénomène mais bien d'en relever les conséquences et les effets. Par suite, la question de l'organisation juridique se pose lors d'une étude systémique. En effet, cette spécialisation va inévitablement impliquer la mise en place d'une construction favorisant la pluridisciplinarité, au risque que le cloisonnement généré n'ankylose le fonctionnement quotidien des établissements de santé. Justement, les conclusions du Ségur de la santé illustrent assez bien cette volonté des pouvoirs publics de ne pas laisser ce risque se réaliser. En ce sens, après avoir rapporté ce qui semble être un constat de terrain[456], la mesure 18 du précédent document vise à « *réhabiliter le rôle et la place*

---

[453] **J.-P. CLAVERANNE, D. PIOVESAN**, « *La clinique privée, un objet de gestion non identifié* », *op. cit.*

[454] Ainsi, « *la structure en Lego de la clinique consacre le pouvoir du médecin comme « marginalsécant » selon la définition pionnière que Jamous a pu donner à l'occasion d'une étude sociologique sur le processus de décision dans la réforme des études médicales. Les individus, du fait de leur multi-appartenance à des organisations différentes, détiennent un capital relationnel à même de leur donner un pouvoir considérable sur les zones d'incertitude. La maîtrise des interfaces entre les segments organisationnels confère au « marginalsécant » un rôle déterminant dans les processus de décision* ». *Ibid.* Voir également : **H. JAMOUS**, Contribution à une sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières, Copédith, Paris, 1968, p. 344-370.

[455] Laëtitia LAUDE retient en outre que « *la gouvernance hospitalière (…) reflète la complexité d'une gouvernance de type partenarial* » et que « *l'alliance médico-administrative est un facteur de performance à l'hôpital public* ». **L. LAUDE**, « *Chapitre 2. Gouvernance et organisation interne des hôpitaux publics français* », **M. LOUAZEL (éd.)**, Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé. Presses de l'EHESP, 2018, pp. 165-178.

[456] « *Je vais vous dire, les services me manquent. Non pas que les pôles ne fassent pas le job, mais quand même, la proximité des équipes, c'est bien quand on doit décider comment on organise les soins. Ce que je souhaite, c'est un service doté de moyens, de capacités de décision, et plus démocratique et transparent dans son fonctionnement* ». Conclusion du Ségur de la santé, dossier de presse, Juillet 2020, p. 30.

du service au sein de l'hôpital pour mettre fin aux excès de la loi HPST[457] »[458], notamment en donnant « *plus de marges de manœuvre et de responsabilité aux services* »[459], en permettant « *à chaque établissement public de santé de proposer et d'adapter son organisation interne à son contexte local* »[460] et enfin en rendant « *plus participatif le cadre de nomination du chef de service* ». Le rapport CLARIS présentait auparavant le service comme la « *pierre angulaire de l'hôpital* », en mettant notamment en lumière le fort sentiment d'appartenance des équipes et de reconnaissance des usagers[461]. Cette idée se vérifie également par son recours quasi-systématique dans le secteur privé en dépit de toute obligation légale. En effet, si le vocable de pôle se veut plus rarement employée en clinique, le service, lui-même, est omniprésent.

208. Le recours au service va peu à peu reconquérir son importance au sein de l'organisation interne, en dépit d'une volonté affichée de les reléguer au second plan[462]. Alors qu'après l'ordonnance du 2 mai 2005, l'inclusion des services au sein des pôles d'activités se voulait historique, accidentelle et visant à devenir résiduelle[463], la législation post-2016[464], comme évoquée précédemment, en fait la première composante envisageable de l'entité. Par la suite, les préconisations portées par le Ségur vont être suivies d'effets,

---

457 Hôpital, Patients, Santé, Territoires.

458 Mesure 18, *op. cit.*, p. 30. Bien qu'il faille reconnaitre que cela ne concerne pas forcément des points techniques ou médicaux à proprement parler, mais souvent organisationnels.

459 « *Avec des délégations de gestion accordées aux pôles et aux services dans chaque établissement : gestion des ressources humaines, des choix d'investissements courants…* », *Ibid.*

460 En rendant les pôles optionnels. Voir en ce sens, comme les conclusions y invitent : Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr. Olivier CLARIS, Juin 2020.

461 Le rapport retient notamment que « *le niveau du service de soins est celui où le sentiment d'implication et d'appartenance des équipes est le plus fort. C'est également celui que la patientèle reconnait* ». *Ibid.* p. 51.

462 La loi HPST notamment été allé jusqu'à ne plus renvoyer véritablement à la notion de service, et parlait de « *structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques qui leur sont associées* ». Art. L. 6146-1 du code de la santé publique tel que rédigé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009.

463 L'article L. 6146-1 du code de la santé publique en vigueur au 3 mai 2005 retenait notamment que « *les structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées peuvent être constituées par les services et les unités fonctionnelles créés en vertu de la législation antérieure à celle issue de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé* ».

464 Art. L. 6146-1 du code de la santé publique tel que rédigé par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.

puisque le service va retrouver une place centrale dans l'organisation interne hospitalière en bénéficiant d'une reconnaissance légale à part entière[465]. A ce titre, il constitue désormais « *l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail* »[466]. Le mode de nomination du chef de service[467] témoigne tout à la fois de la volonté d'inclure ce dernier dans la direction tout en maintenant le lien hiérarchique. En ce sens, est mise en lumière l'idée de placer la prise en charge, et notamment l'organisation globale au sein d'entité spécialisée, au cœur du fonctionnement de la structure[468]. Bien que le vocable soit plus souvent utilisé de manière généraliste ou banalisée, le propos s'agissant du service se vérifie également en droit privé pour les cliniques. Sans s'étendre davantage ici sur des discussions liées à la gouvernance plutôt qu'à la prise en charge, la nouvelle exposition du service témoigne de cette idée.

B. Coopération et indépendance professionnelle

209. Coopération entre professionnels. Pour autant, cette organisation pose la question de la coopération professionnelle. Ainsi, la construction d'établissement spécialisé amène inévitablement la mise en place d'une activité fortement compartimentée. En cela, le risque d'absence de dialogue voire de suivi du patient durant sa prise en charge se veut croissant à mesure que la spécialisation se développe. Dès lors, l'accueil de ce dernier devient certes multiple, plus précis, plus technique et donc plus approprié. Malgré tout, il peut également s'avérer plus parsemé, dépouillé. Justement, « *les réorganisations du travail médical et hospitalier, les reconfigurations des tâches des infirmières entraînent une certaine industrialisation*

[465] Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

[466] Art. L. 6146-1-1 du code de la santé publique.

[467] Celui-ci est « *nommé par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle* ». Art. L. 6146-1-1 al. 3 du code la santé publique.

[468] En ce sens, « *le chef de service et le cadre de santé sont associés au projet d'établissement, au projet de gouvernance et de management participatif et aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement* ». Par suite, « *le chef de pôle peut déléguer sa signature au chef de service pour la mise en œuvre du contrat de pôle* ». Art. L. 6146-1-1 al. 6 du code de la santé publique.

du travail. Pour une pathologie donnée, le parcours du patient est de plus en plus segmenté entre différents lieux et institutions. La standardisation des séjours et la formalisation des activités se traduisent par une grande répétitivité des tâches, avec une possibilité restreinte de tenir compte de la spécificité de chaque patient »[469].

210. Afin de répondre aux ambitions de pertinence, constantes en santé publique, le développement d'une logique de coopération entre les services devient prépondérant. Car paradoxalement, alors même que la multiplication des spécialités laisse à penser, par voie de conséquence, la mise en place d'un enfermement des professionnels sur leurs pratiques, il résulte pourtant parfois de ce phénomène des situations d'interdépendance entre eux[470]. Ainsi, « *transversalité, gestion des flux, organisation horizontale, management des projets, gestion des interfaces entre les fonctions, réingéniérie des processus… le thème du décloisonnement et la recherche d'une meilleure coordination entre les acteurs concourant à un même projet ou contribuant au fonctionnement d'un même processus apparaissent avec force, depuis quelques années, dans les réflexions sur les actions de changement à conduire* »[471]. Ceci venant inévitablement complexifier la pertinence, certes, du diagnostic, mais également la célérité pour le rendre. En ce sens, comme l'explique Jean-Marie CLEMENT, à propos de l'hôpital du XXème siècle, « *l'hôpital de la première moitié du siècle était servi, en matière médicale, par quelques personnalités qui ne rendaient des comptes qu'à elles-mêmes tant leurs pratiques ne mettaient en cause que leurs activités et, à titre subsidiaire, quelques interventions de commettants qui n'avaient pas une très grande connaissance technique. L'hôpital de la fin du siècle est une mosaïque de services qui ne peuvent plus fonctionner en s'ignorant* »[472]. Plus précisément,

---

[469] **F. ACKER**, « *Les infirmières hospitalières. Une segmentation du travail, une diversification des emplois et des métiers* » in : Un groupe professionnel aux multiples facettes : les infirmières – Sociologie santé, 2012, n°35, pp. 57-75.

[470] Ceci s'observant tant d'un point de vue vertical, notamment dans les rapports médecins-infirmiers que d'un point de vue horizontal dans les rapports entre professionnels de différents services, dans le cadre du suivi patient.

[471] **K. INTHAVONG**, « *Du projet de soins infirmiers au projet de soin médico-soignant. Une vision plurielle* », Recherche en soins infirmiers, vol. 91, no. 4, 2007, pp. 29-60. Elle ajoute fort justement que « *l'harmonisation des pratiques sur l'ensemble de l'établissement au bénéfice de l'usager (qui est un partenaire actif et responsable) est un gage de qualité des soins* ».

[472] **J.-M. CLÉMENT**, L'hôpital, la technique et l'éthique, LEH Éditions, Libre Propos, Bordeaux, 2006, p. 59.

au sein des établissements publics de santé, la question de la pluridisciplinarité a été envisagée dans la législation à travers, toujours, les pôles d'activités, notamment au regard de leur composition[473].

211. Question de l'indépendance professionnelle. La relativité de l'indépendance professionnelle des auxiliaires médicaux s'observe véritablement[474]. En effet, dans une construction où la spécialisation est partout, il convient de ne pas oublier à quel point la pratique médicale implique nécessairement une coopération entre les professionnels[475]. Surtout, elle nécessite également une certaine liberté d'agir, que les professionnels peinent souvent à identifier lorsque de simples listes d'actes viennent encadrer leur métier. Ceci pose nécessairement la question de la pertinence de la notion de fiche de poste. Non impérative par principe et souvent exigée par les professionnels de tout secteur pour sa dimension sécurisante, elle devient juridiquement contraignante lorsqu'elle est éditée par décret, comme cela peut être le cas pour les infirmiers. Dès lors, il devient difficile de se positionner lorsque l'action est posée par un texte réglementaire, *a fortiori* lorsque ces actes ne sont finalement que des actes, et non des compétences transverses. Cependant, opérer brutalement ce reproche serait injuste, tant la notion de parcours de soins vise principalement, et imparfaitement sans doute, à remédier à ces difficultés.

212. Indépendance professionnelle et responsabilité. Cette indépendance, ou peut-être absence d'indépendance professionnelle, entraine mécaniquement des conséquences en matière de responsabilité. En effet, il peut être distingué deux types d'implication à ce sujet. En premier lieu, la perception de l'agent ou du professionnel. En outre, le renvoi à une liste d'actes et le sentiment d'être tenu par une fiche de poste, ou ce qui s'y apparente

---

473 Ainsi, les pôles d'activités « *sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que, d'autre part, des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés* ». Art. L. 6146-1 al. 3 du code de la santé publique.

474 Bien que le code de déontologie des infirmiers, par exemple, énonce, à l'instar des médecins, que « *l'infirmier ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ». Art. R. 4312-6 du code de la santé publique.

475 Pour une approche intéressante sur la coopération entre les acteurs sanitaires et sociaux : **A. DOLLET**, « *Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé* », Recherche en soins infirmiers, vol. 118, no. 3, 2014, pp. 62-74.

grandement, génère fréquemment une perception d'enfermement, avec l'idée qui voudrait que l'on risque de graves conséquences dès lors que l'on s'éloignerait un tant soit peu du cadre. Cet élément, première amorce de critique, témoigne néanmoins de l'efficacité de la politique de santé publique où la définition d'un cadre s'assimile ici à un impératif.

213. L'autre aspect concerne cette fois-ci la responsabilité proprement dite. Celle-ci peut d'ailleurs traiter de différents niveaux juridiques. Ainsi, pour les salariés de droit privé, les conséquences seront le plus souvent disciplinaires, l'établissement assumant quant à lui fréquemment les implications en responsabilité civile[476]. Sur le plan pénal en revanche, l'agent devra inévitablement assumer le poids de son manquement, et l'agissement non-conforme aux éléments décrétés viendra manifestement l'exposer. Enfin, le ressort déontologique tend à gagner une certaine importance avec la croissance des instances ordinales chargées d'encadrer les professions d'auxiliaires médicales, comme les infirmiers diplômés d'État par exemple.

214. Persistance d'un certain cloisonnement professionnel. En définitive, il apparait que l'organisation du travail au sein des établissements de santé s'articule autour d'un fonctionnement désormais fortement cloisonné. En effet, la prise en charge des patients se résume à sa bonne orientation vers un service spécialisé. Celui-ci bénéficie ainsi d'un traitement particulièrement élaboré et adapté à sa situation en toute circonstance. Cette construction semble donc s'inscrire dans les objectifs de la politique de santé publique. En outre, la pertinence parait s'inscrire dans l'ensemble des mécaniques de fonctionnement des structures. Pertinence dans l'adaptation des soins pour apporter la bonne réponse à l'usager. Mais également dans la juste répartition des dépenses. Ainsi, l'efficience semble être le

[476] Les mécanismes dans ce cas de figure relèvent du principe de la responsabilité commettant-préposé en matière civile. D'un point de vue plus général, et puisqu'il s'agit d'une relation de travail, sanctuarisée donc par un contrat de travail, l'établissement répond de son salarié à ce titre de manière classique et admise sans réelle difficulté. Les contraintes sur les structures sont d'ailleurs aussi nombreuses que la jurisprudence est exigeante. En ce sens, la cour d'appel d'Agen, en rejetant la qualification de licenciement pour cause réelle et sérieuse d'une infirmière qui avait dépassé ses fonctions, avait pris le temps d'étudier le contexte de ce dépassement et d'expliquer notamment que la modification de traitement « *a été fournie dans l'urgence, pour pallier à l'indisponibilité du médicament dans l'établissement d'accueil en raison d'une carence d'organisation imputable non à la salariée mais à l'employeur* ». CA Agen, 14 février 2017, n°15/01594. Sur cet arrêt : **M. KRKAC**, « *On ne peut imputer aux soignants un défaut structurel d'organisation* », LEH Édition, RDS, n°77, Mai 2017, pp. 384-386.

moteur des établissements de santé. Cela étant, ce raisonnement n'est pas sans conséquences, et mène à la surspécialisation des structures, avec des difficultés potentielles pour les professionnels et les équipes à travailler ensemble.

215. Finalement, comme l'explique Étienne MINVIELLE, au sein de l'hôpital, « *l'activité de prise en charge s'y est profondément transformée ces dernières années, sous les impératifs économiques, l'innovation technologique et aussi la pression sociale. Un tel contexte suppose des adaptations au sein des unités de soins. Or, en comparaison, il est frappant de constater que les réponses organisationnelles nécessaires à cette évolution ne sont pas clairement dessinées, tant s'en faut. Les professionnels de soins ne sont pas, à de rares exceptions près, formés à la prise en compte de telles considérations. Ils restent avant tout des experts dont le principe d'excellence est celui de l'exécution des tâches élémentaires de soins. La division du travail se fait catégorie par catégorie. Les unités restent essentiellement cloisonnées* »[477].

216. Spécialisation et performance. En dépit de ces critiques, il semble que la spécialisation soit la conséquence de la quête constante de performance menée par les pouvoirs publics. Ainsi, ce phénomène vise à mettre en valeur l'efficience dans l'ensemble des champs de fonctionnement de la santé, notamment s'agissant de son volet hospitalier. En outre, il est exigé des professionnels d'adopter un comportement de travail adapté, et respectant certaines catégories d'actes estimées comme étant pertinents. En cela, on exige de veiller à la prise en charge adaptée au patient tout en s'assurant que le cadre soit maitrisé, dans ses dimensions juridiques mais aussi et surtout économiques[478] ce qui entrainera vraisemblablement certaines critiques plus ou moins fondées.

---

[477] **E. MINVIELLE**, « *1. Gérer et comprendre l'organisation des soins hospitaliers* », in : **G. CRESSON** (éd.), Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques. Presses de l'EHESP, 2000, pp. 115-131.

[478] Pour un retour sur la construction des hôpitaux durant la seconde moitié du XXème siècle, et sur les motivations, Marie-Odile TEIXIERA rappelle fort justement que « *si l'origine du choix de recourir à l'industrialisation des constructions pour mettre à niveau les équipements sanitaires et sociaux peut s'expliquer par plusieurs facteurs, la mise en place de cette nouvelle politique de construction au sein du ministère de la Santé est indéniablement liée au ministère des Finances* ». **M.-O. TEIXEIRA**, « *Le recours à l'industrialisation pour les constructions hospitalières. La politique d'industrialisation du ministère de la Santé, un choix politique* », Revue de la Société Française d'histoire des hôpitaux, n°123-124, 2006, pp. 29-33.

217. **Transition.** Ainsi, la spécialisation s'observe aussi dans l'organisation interne des établissements de santé. Que l'on parle de pôle, service, etc… n'a que peu d'importance face à une construction d'ensemble visant essentiellement à encadrer et compartimenter la pratique médicale. Si cela peut bien sûr s'expliquer par des considérations relevant du pragmatisme voire de la logique même dans certains cas de figure. Il apparait néanmoins que de cette organisation se déduise un certain nombre de frein aux coopérations professionnelles, internes ou externes, qu'il conviendra de surmonter. Surtout, il semble que cette recherche de spécialisation contamine également, et peut-être à plus forte raison, la pratique médicale elle-même. Après avoir défini des spécialités, le contenu de ces dernières à travers des listes d'actes, la politique de santé publique comprend également des recommandations, aux contours sans cesse plus impératifs, visant à encadrer la façon d'accomplir ces actes.

Section 2 : Normalisation de la pratique médicale

218. La politique de santé publique définit donc à la fois le cadre d'exercice des professions mais également par voie de conséquence l'organisation interne des établissements. Cela étant, de manière plus indirecte, elle va chercher à influencer le contenu de cet exercice en proposant diverses recommandations, avis, à travers différents types de normes. Ces dernières, à la valeur juridique variable, pour ne pas dire aléatoire, vont inévitablement impacter, si ce n'est parasiter, le quotidien professionnel. Alors qu'elles visaient à l'origine à définir, plutôt d'ailleurs en dehors du Droit, ce qui relevait, ou non, de la juste pratique scientifique, il semblerait qu'elles tendent désormais à perfectionner, voire normaliser[479], encore et toujours la pratique médicale.

[479] Il faut relever que la notion de normalisation semble concerner la majeure partie des domaines du droit. Son champ d'action est des plus vastes et s'accroit. Valérie LASSERRE explique ici de manière pertinente que « *d'une façon générale, le domaine de la normalisation n'a cessé de croître. A l'origine, son rôle était orienté vers la compatibilité des produits, ce qui déjà n'était pas mineur si l'on considère seulement l'extension géographique des marchés et le développement des produits de consommation depuis la fin du XIXème siècle. Au fil du temps s'est ajoutée à ce rôle classique une vocation plus haute, celle de définir des produits et services ne présentant pas de dangers pour la santé ou la sécurité des personnes (…). Elle est également un mode de régulation capable de s'infiltrer dans toutes les activités nouvelles en développement. La normalisation apparait ainsi comme un instrument protéiforme doté d'une immense capacité d'adaptation destiné à investir les nouveaux secteurs d'activités, que ce soit de services ou de production, comme par exemple celui des*

219. Si l'affirmation précédente n'appelle pas, sur le principe, à la levée de bouclier, il apparait pourtant qu'elle n'est pas sans risque pour le devenir de l'exercice. En effet, elle impacte le comportement professionnel, au risque de créer des crispations voire de réels freins à la pratique quotidienne. En outre, bien que la question de la valeur juridique de ces normes de droit souple ne soit toujours ni résolue, ni écartée, il convient malgré tout d'observer que celles-ci font l'objet d'une « juridicité interne » et propre à l'agent[480]. Ce dernier se sent notamment contraint, parfois enfermé par ces recommandations, ceci leur conférant inévitablement une normativité pratique indiscutable.

§1. Influence croissante du droit souple

220. Peu à peu, le droit souple a acquis une influence considérable. En effet, la multiplication de ces sources impacte l'activité professionnelle (A), ceci dans un souci de recherche de pertinence (B).

A. Multiplication des sources impactant l'activité professionnelle

221. Dans le cadre de son processus de standardisation de l'activité médicale, la politique de santé publique génère, cette fois par des procédés indirects, une multiplication des sources venant impacter l'activité professionnelle[481]. En effet, là-encore en conséquence

---

biotechnologies ou celui des nanotechnologies. Depuis peu, elle est également en train de mobiliser de nouvelles valeurs liées à la protection des salariés ou au commerce équitable. Mais surtout, la normalisation a remarquablement évolué. Elle ne se borne plus à assurer la standardisation et la qualité des produits. Elle est devenue, (…), une pièce maitresse du système de la régulation des échanges, des politiques économiques. En bref, force est de constater que « la normalisation est devenue un processus très internationalisé, ouvert, et qui gagne pratiquement tous les domaines » ; 90% des normes étant internationales ». **V. LASSERRE**, Le nouvel ordre juridique – Le droit de la gouvernance, Lexis Nexis, Paris, 2015, pp. 210-211.

[480] Le terme d'agent ne renvoyant ici pas au seul agent public mais bien au soignant exerçant en établissement dans leur ensemble.

[481] Il a notamment pu être expliqué que, à titre d'exemple, « *la mise sur pied d'un projet de références médicales opposables (RMO), puis son extension, sera un bon indicateur de l'introduction dans notre société de cette culture de santé publique* ». **J.-L. SAN MARCO**, « *Chapitre XI : Éthique et santé publique* » in **D. FOLSCHEID**, **B.**

des divers progrès largement étudiés précédemment, la nécessité d'encadrer et d'assurer la pertinence des actes produits s'est rapidement fait jour. Ainsi, la notion de données acquises de la science a émergé pour devenir un outil de référence permettant de veiller à cette cohérence.

222. Plus encore, le développement de recommandations de toutes natures a pu être mesuré, avec des conséquences pratiques variables mais toujours effectives. A ce titre, la confrontation entre médecine de ville et médecine institutionnelle est inévitable et l'encadrement, bien que différent, se veut comparable. Finalement, au-delà d'une recherche de maitrise dans l'accès à la profession, il apparait également une quête équivalente tout au long des différentes carrières, avec pour seul fil conducteur, le rattachement avec les principes véhiculés par la politique de santé publique.

223. Données acquises de la science. La notion de « données acquises de la science » contient et symbolise vraisemblablement les tenants et aboutissant de cette standardisation[482]. Celle-ci, dégagée et consacrée par le célèbre arrêt Mercier[483], sert de référentiel à la jurisprudence sur la maitrise du comportement des professionnels de santé. En ce sens, elle a été dans un premier temps la seule référence véritablement étudiée par le juge en cas de conflit. Cependant, elle s'est enrichie à travers le temps et de par la force productrice du législateur, mais également des pouvoirs publics, au sens large. Un véritable élan normatif s'est fait jour et parait désormais intarissable[484], tant la production qui s'en

---

FEUILLET-LE MINTIER, **J.-F. MATTEI**, Philosophie, éthique et droit de la médecine, Thémis Philosophie, PUF, 1ère éd. 1997, p. 507.

[482] Sur ces questions : **G. CANSELIER**, Les données acquises de la science. Les connaissances scientifiques et la faute médicale en droit privé, , LEH Édition, Thèses numériques de la BNDS, Bordeaux, 2010 ; **F. VIALLA**, « *Sciences médicales et droit* », Elsevier Masson SAS, Médecine et Droit, Vol. 2016, n°141, pp. 139-146.

[483] Cass. Civ. 20 mai 1936, Mercier

[484] En témoigne notamment son entrée au sein du code de déontologie médicale, en 1995 (seulement) : Art. 32 du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. En outre, les textes précédents usaient de formulations comparables mais qui semblaient accorder davantage d'importance à la liberté d'appréciation du médecin, n'envisageant la notion de « *méthodes scientifiques* » qu'à travers l'activité de diagnostic. Ainsi, l'article 23 du décret n°47-1169 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médical

dégage prend le rôle d'une boussole, le nord étant ici ce que l'on entend par une bonne pratique.

224. Face à ce développement, la jurisprudence a adopté une position qui a évolué vers un renforcement de la considération accordée à ces nouvelles catégories de normes[485]. En effet, elle a d'abord pris le parti de se fonder et de conserver sa notion référentielle, à savoir les données acquises de la science, celle-ci servant finalement de contenant, le droit souple ainsi que le travail scientifique en étant le contenu. Peu à peu, certains actes, au regard notamment de leur importance prise dans les usages professionnels, ont acquis une véritable autonomie au point de devenir des normes opposables par elles-mêmes. Que cela

énonce que « *le médecin, dès qu'il est appelé par le malade lui-même ou par un tiers à donner des soins à ce malade, et qu'il a accepté de remplir cette mission, s'oblige : 1°/ A lui assurer aussitôt tous les soins médicaux en son pouvoir et désirables en la circonstance, personnellement ou avec l'aide de tiers qualifiés* », formule quasiment reprise à l'identique par l'article 28 du décret n°55-1591 du 28 novembre 1955 portant code de déontologie médicale et remplaçant le règlement d'administration publique n°47-1169 en date du 27 juin 1947. Le renvoi à la science et aux « *méthodes scientifique*s » était cependant présent dès 1947 s'agissant de l'activité de diagnostic à l'article 30 : « *le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, sans compter avec le temps que lui coûte ce travail, et s'il y a lieu, en s'aidant ou se faisant aider dans toute la mesure du possible des conseils les plus éclairés et des méthodes scientifiques les plus appropriées* ». Des formulations comparables ont survécu dans les codes de déontologie postérieurs en 1955 (Art. 29), en 1979 (Art. 36, décret n°79-506 du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale), en 1995 (Art. 33, décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale), puis finalement lors de la codification de ce code à l'article R. 4127-33 (décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code).

[485] Ceci s'intégrant parfaitement dans le raisonnement des juges constituant à ne pas s'ingérer démesurément dans la définition du champ scientifique. On peut de toute manière douter qu'il s'agisse du rôle du Droit ou des pouvoirs publics en générale de le faire. En ce sens, la Cour de cassation expliquait très tôt « *que, sans doute, il est de la sagesse du juge de ne pas s'ingérer témérairement dans l'examen des théories ou des méthodes médicales, et prétendre discuter des questions de pure science* », Cass., 21 juillet 1862, Lodieu c/ Hyacinthe Boulanger. Tout au plus vise-t-elle à assurer un niveau satisfaisant et actualisé de la pratique médicale. En sens, l'arrêt précédent ajoutait justement « *qu'il est des règles générales de bon sens et de prudence auxquelles on doit se conformer avant tout, dans l'exercice de chaque profession, et que, sous ce rapport, les médecins restent soumis au droit commun, comme tous les autres citoyens* ». Sur ces questions : **C. BERGOIGNAN-ESPER, P. SARGOS**, « *31-34 : Fondement délictuel (1835) puis contractuel (1936), puis de nouveau délictuel (2002) de la responsabilité pour faute des professionnels de santé. Charge et difficultés de la preuve* », in Les grands arrêts du droit de la santé, Dalloz, 3ème éd., déc. 2020, pp. 233 à 254 et « 35 : Obligation de donner au patient des soins conformes aux données acquises de la science », *Ibid*., pp. 255-275.

soit par définition, à l'image des références médicales opposables (RMO), ou par voie de conséquence, en pensant ici aux recommandations de bonnes pratiques (RBP).

225. Présentation des différentes sources en question. Avant d'envisager les différentes catégories de normes[486], il est indispensable d'expliquer l'intérêt et les motivations poussant à cette construction. Cette mécanique s'inscrit parfaitement dans la quête de performance voulue et induite par la politique de santé publique. Plus qu'une conséquence, cette recherche est en réalité parfaitement assumée. En outre, elle symbolise avec une certaine efficacité le fonctionnement global du système. Ainsi, il est permis d'affirmer que la performance attendue est la maitrise de la pratique afin de correspondre et de répondre aux objectifs de santé publique. En ce sens, le développement de normes visant à orienter la pratique médicale témoigne avant tout d'une volonté de maitrise.

226. Celle-ci est technique, le but étant de veiller au bienfondé des actes pratiqués, dans un souci de cohérence. Elle est également sanitaire, standardiser les actions et procédures réduit mécaniquement les risques et les erreurs à la fois sources de danger mais surtout de contentieux. Peut-être est-elle statistique, en cela, la mise en place de référentiel a quelque chose de rassurant afin de contrôler et anticiper. Enfin, elle est aussi et surtout économique, celle-ci s'entendant ici comme une recherche de pertinence des pratiques au sein d'un système solidariste désormais davantage orienté vers la pérennisation que de développement. Finalement, cette normalisation correspond parfaitement avec la

[486] Le choix sera fait de se consacrer sur différentes notions prépondérantes sans s'attarder sur la totalité des normes concernées par ces développements. Ce travail serait vraisemblablement illusoire, tant les pouvoirs publics que les professionnels eux-mêmes peuvent en la matière faire preuve d'imagination pour nommer des documents à la logique pourtant similaire (avis, recommandations, références, guide, etc…). S'il ne s'agit pas, maladroitement, de parler de normes qui ont réussi, le choix opéré se justifie ici pour deux raisons. La première s'explique par le champ d'étude, et il s'agit ici d'envisager l'arsenal développé par les pouvoirs publics, au sens large, afin de traiter de la performance générée par le système de santé publique. La seconde par la complémentarité ou plus la synonymie d'objectif à travers une méthodologie pourtant différente. En ce sens, que l'on cherche à contraindre ou à orienter, on vise la maitrise à travers le consensus et l'adhésion. Ainsi, le choix s'est naturellement porté sur les références médicales obligatoires (RMO), à savoir la contrainte conventionnelle, et les recommandations de bonnes pratiques, c'est-à-dire l'orientation désormais plus qu'encouragée et, à vrai dire, quasi-exigée.

régulation. La performance du point de vue des pouvoirs publics s'entend ainsi : standardiser revient à réguler, et réguler revient à maitriser.

227. Des professionnels, tels qu'André GRIMALDI dans une interview, illustre avec efficacité la logique de construction du mouvement. L'auteur ici part notamment de l'exemple de l'émergence de l'épidémiologie en retenant que « *dans les années 1980, on est passé à une période où la discipline reine n'était plus la biologie, comme à l'époque de la création des CHU, mais l'épidémiologie, c'est-à-dire l'étude des populations et donc des grands nombres qui permettent de faire des statistiques. On peut calculer des moyennes. À partir de ces moyennes, on peut définir des normes. Et à partir de ces normes, on peut rédiger des recommandations que les cliniciens n'auront plus qu'à appliquer. Grâce aux progrès combinés de la technique et de la définition de normes, le médecin devient un technicien respectant des procédures. Il n'est plus un artisan guidé par le raisonnement clinique, prescrivant en fonction de son expérience, voire de son intuition* »[487].

228. Le développement du recours à un nouveau type de norme ne va pas véritablement de soi tant il peut paraitre éloigné de la règle juridique telle qu'elle est classiquement entendue. En ce sens, il témoigne vraisemblablement des insuffisances de la règle de droit, générale et impersonnelle, quand la pratique médicale inscrite dans un système de santé publique implique mécaniquement une dose de régulation[488]. En cela, la prise en compte d'une dimension technique parait inévitable, afin de maintenir un cadre à la fois efficace et efficient. Comme le retiennent certains auteurs[489], ces nouvelles constructions s'ajoutent au panel existant, et bien que différentes, elles viennent précisément le compléter.

---

[487] **F. PIERRU, L. WEBER**. « *L'hôpital entreprise n'est pas une solution* », Savoir/Agir, vol. 25, no. 3, 2013, pp. 63-73.

[488] La question restant toujours de trouver la façon de déterminer le bon dosage…

[489] En ce sens, Didier TABUTEAU explique que « *depuis une vingtaine d'années, de nouvelles formes juridiques sont apparues sur le champ de la santé. Référentiels, recommandations ou guides de bonnes pratiques fleurissent et viennent progressivement encadrer l'acte ou la prescription médicale* ». Surtout, il ajoute que « *ces nouvelles formes juridiques se trouvent ainsi à la frontière des normes techniques, des guides pratiques, des codes ou des chartes de déontologie, ou encore des usages commerciaux, quand elles ne se superposent pas avec ces constructions réglementaires ou professionnelles* ». **D. TABUTEAU**, « *Référentiels, bonnes pratiques et recommandations : nouvelles normes ou « quasi normes » en santé ?* », », Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM), vol. 11, no. 3, 2015, pp. 7-17.

229. Ainsi, Jean TAPIE illustre parfaitement la différence de nature des deux principales sources nouvelles, c'est-à-dire les recommandations et les références médicales. En effet, à visée opposée, elles sont parfaitement complémentaires. En ce sens, il explique que les recommandations sont des « *propositions de bonne pratique ou de stratégies diagnostiques ou thérapeutiques... destinées à aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés ». Les références, elles, identifiant « des soins et des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux », prennent la forme de préconisations négatives : « il n'y a pas lieu de... », « il n'est pas utile de... ».(…). Les (…) médecins disposent à la fois des références et des recommandations, de façon à connaître aussi bien ce qui ne doit pas être fait que la démarche à retenir* »[490].

B. Droit souple et recherche de pertinence

230. Présentation. La multiplication des normes de droit souple impactant l'activité professionnelle est incontestable et a pu prendre différentes formes, le tout dans une recherche authentique de pertinence des soins En effet, s'il n'est pas nécessaire de s'intéresser à l'ensemble de ces dernières, certaines parmi elles doivent en revanche être mises en lumière. Ainsi, ces normes ont parfois tenté de prendre l'habit de la contrainte, à l'image des références médicales opposables (RMO), avec un succès pour le moins relatif. Ensuite, et avec plus de réussite cette fois, se sont développées les recommandations de bonnes pratiques (RBP), avec pour objectif affiché de guider les soignants dans leur activité, mais dont la valeur juridique croissante suscite nécessairement l'intérêt.

231. Référence médicale opposable (RMO). Apparues en 1993, tout d'abord par la loi[491] puis mises en œuvre par la convention médicale nationale[492], avant d'être définies

[490] **J. TAPIE**, « *Les recommandations de bonnes pratiques et les références médicales, des outils à généraliser* », Dalloz, Droit Social, 1997, n°9-10, p. 828.

[491] Loi n°93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, dite « *Loi Teulade* ».

[492] Convention nationale des médecins signée le 21 octobre 1993, voir également : arrêté du 25 novembre 1993 portant approbation de la convention nationale des médecins.

précisément par les ordonnances Juppé. Elles ont pu être qualifiées d'« *outil emblématique de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé* »[493] ou encore de « *pierre angulaire de la maîtrise des dépenses de santé* »[494]. Exigées[495] et définies[496] par le code de la sécurité sociale, elles « *sont établies par la Haute Autorité de santé, à partir de critères scientifiques reconnus* » et « *identifient des soins et des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux* ». Bien que visant la médecine libérale, elles concernent, malgré tout, les établissements de santé de toute nature, y compris ceux exerçant le service public hospitalier s'agissant de leur activité libérale. Par ailleurs, le dispositif se veut particulièrement exigeant et performant puisqu'il envisage en théorie sa propre obsolescence afin d'éviter qu'une référence inadaptée ne perdure[497]. Leur particularisme réside assurément dans leur formalisme. En effet, leur rédaction impérative a pu susciter certaines inquiétudes quant à l'indépendance des médecins dans leur pouvoir de diagnostic[498]. Pour autant, il apparait que cette inquiétude ne s'est jamais véritablement matérialisée par une atteinte d'ampleur à cette prérogative. Ceci se justifie à plusieurs titres. En premier lieu au regard de la sanction encourue, essentiellement pécuniaire, et témoignant véritablement de l'objectif initial de ce mécanisme, à savoir la régulation des dépenses de

---

493 **H. ALLEMAND, M.-F. JOURDAN**, « *Sécurité sociale et références médicales opposables* », Revue Médicale de l'Assurance Maladie, n°3, Juillet-Septembre 2000.

494 **A. OGIEN**, « *Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle* », Revue française des affaires sociales, n°. 4, 2001, pp. 51-57.

495 Art. 162-5, 6° du code de la sécurité sociale.

496 Art. 162-12-15 du code de la sécurité sociale.

497 Art. 162-12-15, al. 7 du code de la sécurité sociale : « *A défaut d'actualisation, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, dans l'intérêt de la santé publique, après consultation de la Haute Autorité de santé ou de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans leur domaine de compétence respectif, demander aux parties à la convention concernée d'abroger une référence opposable dont le maintien en l'état n'est plus justifié ; en l'absence d'accord des parties, constaté deux mois après leur saisine, un arrêté des mêmes ministres peut procéder à cette abrogation* ».

498 Comme l'explique Christian ATIAS, « *certaines références sont radicales et péremptoires ; d'autres multiplient les conditions et les précautions. L'expression systématiquement reprise « Il n'y a pas lieu » paraît surtout mériter attention. Venue de la vieille rhétorique, de la logique de Port-Royal et des lieux du discours, elle ne relève pas de la constatation, de l'observation scientifiques. Elle est normative. C'est d'ailleurs pourquoi, elle n'est pas étrangère au juriste. S'il n'y a pas lieu, c'est qu'aucune circonstance ne pourrait justifier l'initiative visée ; le code civil use de ce genre d'affirmations bien voisines de l'interdiction pure et simple* ». **C. ATIAS**, « *Les références médicales opposables : révolution et continuité ?* », Dalloz, RDSS, 1995, p. 21.

santé[499]. Ensuite, pour ce qui est des éventuelles sanctions sur le plan de la responsabilité, leur rattachement à la notion de données acquises de la science permet d'affirmer que ces références constituent davantage des aides à la décision que des éléments coercitifs[500].

232. Toutefois, elles témoignaient d'un authentique changement de logique et d'une indéniable quête de performance. En prenant le temps de regarder au-delà de la seule vision économique, il apparait assez nettement qu'il existe une volonté, en quelques sortes, d'anticiper l'acte, et notamment ses conséquences, en cherchant à mettre de côté, par principe, certaines pratiques. Dès lors, et inévitablement, l'art médical se trouve nécessairement impacté, et mécaniquement standardisé. Ainsi, comme l'énonce Christian ATIAS, « *le passage des données acquises de la science aux références médicales opposables marque un véritable saut d'une médecine expérimentale, forte des certitudes que promet la vérification expérimentale, à une médecine de la vigilance. Des experts choisis peuvent déterminer des prescriptions, des traitements utiles ou inutiles, recommandables ou non, dangereux ou non* »[501].

233. Cela étant, en dépit de leur survivance, et même de l'extension de leur champ d'action, il semble pourtant que le dispositif n'ait pas convaincu[502], ceci témoignant

---

[499] Bien que l'on ait pu retenir d'éventuelles conséquences à propos du contrat médical entre le patient et le médecin. A ce titre, voir notamment : **A. LAUDE**, « *La force juridique des références médicales opposables* », Elsevier Masson SAS, Médecine & Droit, vol. 28, 1998, pp. 1-3.

[500] En ce sens, comme l'explique Pierre SARGOS, « *il apparait que les RMO ne peuvent être conçues par le médecin que comme un élément de son devoir de donner des soins conformes aux données acquises de la science et que sa responsabilité peut être engagée dans les termes du droit commun* ». Il insiste néanmoins sur le fait que « *la méthode mise en œuvre par l'Anaes pour déterminer tant les RMO que les recommandations de bonne pratique est d'une très grande rigueur scientifique* » et qu'« *on peut dès lors conclure de l'ensemble de cette analyse que les RMO, comme les recommandations de bonne pratique, ne peuvent être, par principe, que la « traduction » des données acquises de la science* ». **P. SARGOS**, « *Références médicales opposables et responsabilité des médecins* », Elsevier Masson SAS, Médecine & Droit, vol. 28, 1998, pp. 9-12.

[501] **C. ATIAS**, « *Les références médicales opposables : révolution et continuité ?* », *op. cit.* Il ajoute notamment que « *Parce qu'elles sont générales et posées a priori, les références médicales précèdent l'acte. Elles s'apparentent beaucoup plus à des règles que les données scientifiques. La médecine des références est plus directement soumise au droit que la science dont les données sont acquises* ».

[502] Le Conseil d'état, dans son étude annuelle de 2013 consacrée au droit souple, retient que « *la seule tentative de mettre en place des recommandations dotées d'une portée obligatoire et assorties de sanctions, n'a d'ailleurs pas prospéré* ». L'étude énonce que « *les explications données à cet échec sont diverses : certains auteurs mettent en avant les difficultés de contrôler le non-respect des références et de mettre en œuvre le dispositif de sanctions ainsi par le conflit existant entre la logique*

finalement du défaut d'effectivité d'un mécanisme visant à orienter la pratique par la contrainte[503]. En ce sens, comme l'explique Delphine KRZISCH, « *il faut ainsi noter que l'expérience des références médicales opposables (RMO), seule tentative de mettre en place des RBP dotées d'une portée obligatoire et assorties de sanctions, n'a pas été concluante. Bien que leur cadre légal demeure en vigueur, l'instrument est rapidement tombé en désuétude. Du fait de leur opposabilité et donc de la possibilité de sanctions, les RMO sont rejetées à la fois par le Conseil d'État et par les représentants de la profession. La lourdeur juridique de sa mise en œuvre a achevé de disqualifier le dispositif* »[504]. Finalement, les pouvoirs publics vont, en quelque sorte, arriver à leurs fins, grâce à un autre outil, avec une logique de fonctionnement opposée, à savoir les recommandations de bonnes pratiques[505], mais dont le succès relatif va justifier la reconnaissance d'un caractère opposable.

234. Recommandations de bonnes pratiques[506]. Autre logique donc, ou plutôt changement de vocabulaire tant la finalité semble similaire. Le déploiement des recommandations de bonnes pratiques témoigne d'une volonté de fédérer la pratique

---

répressive des RMO et la collaboration avec les médecins que l'assurance-maladie voulait développer par ailleurs ; d'autres soulignent que l'inscription des RMO dans une logique financière de maîtrise des dépenses, plutôt que de santé publique, n'a pas contribué à leur acceptation ». Conseil d'état, Le droit souple, étude annuelle 2013, La Documentation française, pp. 101-102.

503 A ce titre Albert OGIEN présente avec pertinence deux raisons pouvant justifier cet échec. La première résulte des difficultés de contrôle des RMO : « *Soit le libellé d'une RMO est précis et recense toutes les exceptions imaginables : l'interdiction qu'elle exprime perd alors toute pertinence aux yeux de contrôleurs, trop informés de la capacité des médecins à fournir une justification plausible (…). Soit la formulation exclut toute exception : elle bride alors si étroitement la démarche thérapeutique qu'elle perd tout crédit aux yeux des médecins* ». La seconde tient à l'absence de pertinence d'une politique coercitive à l'égard des médecins s'agissant de leur pratique : « *peut-on gérer le secteur de la santé de façon coercitive ? On sait que la réponse à cette question ne cesse de varier, car si les dirigeants savent qu'on ne peut conduire une politique de santé sans le faire avec les médecins, ils savent également que lorsqu'on le fait, on ne parvient jamais à réformer le système de soins (ou à modifier les comportements économiquement « irresponsables » des médecins)* ». **A. OGIEN**, « *Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle* », *op. cit.*

504 **D. KRZISCH**, « *Force normative et efficacité des recommandations de bonne pratique en matière médicale* », Dalloz, RDSS, 2014, p. 1087.

505 Voir notamment : **D. CRISTOL**, « *Le possible contrôle, par le juge de l'excès de pouvoir, des recommandations de bonne pratique* », Dalloz, RDSS, 2006, p. 53.

506 Voir en ce sens la publication du colloque « *Les recommandations de bonnes pratiques à l'épreuve du Droit* » dirigé par Didier TRUCHET et Marie-France CALLU. LEH Édition, RDS, n°15, 2007, pp. 7-52.

médicale autour de principes prédéfinis. L'idée est de susciter l'adhésion, non de contraindre. Pourtant, leur importance croissante met en lumière une dimension impérative. Autrefois une production de l'ancienne Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale[507] (ANDEM) puis par l'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES)[508], elles relèvent désormais des attributions de la Haute Autorité de Santé (HAS)[509] et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)[510].

235. Aujourd'hui, la HAS les définit classiquement comme étant « *des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* »[511]. En outre, elles peuvent être présentées « *en quelque sorte comme des actes d'exécution des règles législatives* »[512]. De manière intéressante, Guillaume ROUSSET explique que « *par principe, les recommandations présentent donc ce qui « pourrait » ou « devrait » être fait et non pas ce qui « doit » être. Ce conseil est essentiel car il permet une normalisation des pratiques et reflète l'état des connaissances soignantes à un moment donné, mais cela signifie que les recommandations ont surtout une légitimité scientifique en tant qu'avis sur ce qu'il convient de faire* »[513]. Le terme de recommandation est très important ici dans la mesure où le dispositif se veut soucieux de la liberté professionnelle du praticien. Plus encore, il est perçu comme étant un simple guide pratique, et ne doit pas permettre au médecin de se retrancher derrière lui. En effet, alors que le code de déontologie médicale prévoit expressément une obligation d'actualisation

---

507 Association loi 1901 créée le 7 février 1990 à la suite notamment d'un décret du 3 juin 1987 portant création du Comité national de l'évaluation médicale.

508 L'ANAES était un établissement public de l'État créée par l'ordonnance n°96-246 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

509 Art. L. 161-37, 2° du code de la sécurité sociale.

510 Art. L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale.

511 Multiples occurrences en ligne sur le site de la HAS.

512 **V. LASSERRE**, Le nouvel ordre juridique – Le droit de la gouvernance, *op. cit.*, p. 302.

513 **G. ROUSSET**, « *Les recommandations de bonnes pratiques : un outil, pas une recette magique* », Elsevier, La Revue Sage-Femme, 2010, 9, pp. 261-263.

des connaissances[514], la méthodologie introductive prévue par la HAS confirme que le professionnel doit agir de la façon qui lui semble la plus appropriée, en fonction notamment du patient qu'il a face à lui[515], solution que le Conseil d'État a, par exemple, pu reprendre[516].

236. Croissance du recours à ces éléments. Il semble d'ailleurs que cet interventionnisme visant le consensus des acteurs autour des valeurs de santé publique en soit la première matérialisation[517], la recherche de contrainte n'ayant jamais vraiment porté ses fruits, ou tout du moins pas directement. Surtout, il semble que ce fonctionnement met en lumière les différences de traitements effectuées par les autorités entre les professions médicales et paramédicales. Dans le second cas de figure, l'encadrement parait total, si bien qu'il est possible de limiter ces derniers à certaines catégories d'actes ou de missions. En revanche pour les premiers, le positionnement est nettement moins aisé. En effet, il est difficile par principe d'imposer le respect de certains principes au sein du déroulement d'une prise en charge dans laquelle règne, également par principe, la liberté du choix de la thérapeutique pour les professionnels.

---

514 Art. R. 4127-11 du code de la santé publique : « *Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu* ».

515 La HAS, dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles, reprend d'ailleurs une formule générique, à savoir : « *Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient* ». Pour des exemples (liste non exhaustive) : « *Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Principes généraux* » (Mai 2012), « *Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Méthode Recommandations pour la pratique clinique* » (Juin 2019), « *Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes. Méthode Recommandations pour la pratique clinique* » (Février 2019).

516 CE, 23 décembre 2020, n°428284.

517 En ce sens, comme l'expliquent Christine ROLLAND et François SICOT, « *le mouvement est amorcé en France dans les années 1970 dans le prolongement des démarches nord-américaines, alors que se formalisent les premières réflexions budgétaires et économiques relatives à la maitrise des dépenses de santé et à la « régulation » des pratiques professionnelles et, au-delà, du « système de santé » (…). L'État va se montrer de plus en plus interventionniste car il s'agit pour lui de garantir le bien-fondé des dépenses publiques de soins, c'est-à-dire la qualité des soins fournis aux individus par les médecins. C'est tout d'abord par le biais d'une évaluation des pratiques non sanctionnatrice qu'il met en place des dispositifs qui vont s'avérer de plus en plus encadrants. Pour ne pas susciter l'hostilité du monde médical, voire pour favoriser son adhésion, les décideurs politiques vont s'employer à associer des représentants de la profession à ces réformes* ». **C. ROLLAND, F. SICOT**, « *Les recommandations de bonne pratique en santé – Du savoir médical au pouvoir néo-managérial* », Presses de Sciences Po, Gouvernement et action publique, 2012/3, vol. 1, pp. 53-75.

237. Dès lors, la croissance du recours à ces normes de droit souple apparait comme l'aboutissement d'une construction visant tout à la fois à assurer une prise en charge pertinente et respectueuse de la liberté thérapeutique. Le médecin, en théorie seul maitre de ses choix, doit malgré tout être guidé dans son processus décisionnel. Surtout, le développement du caractère impératif témoigne également d'une recherche d'équilibre. En outre, celui-ci ne concerne pas véritablement de prime abord la pratique en elle-même mais en questionne sa cohérence dans un souci d'adhésion au système de santé publique. D'un point de vue synthétique, il n'est pas interdit de penser que si la liberté du médecin se doit d'être préservée dans la limite du consensus scientifique et technique, l'obligation de financer son exercice, elle-même peut être conditionnée. Ces normes de droit souple paraissent s'inscrire parfaitement dans cette logique.

238. Importance de la Haute Autorité de Santé. La HAS détient en la matière un rôle prépondérant[518]. En effet, le code de la sécurité sociale lui attribue notamment la tâche d'élaborer les recommandations de bonnes pratiques, mais également de les diffuser afin d'informer tant le public que les professionnels[519]. Fortement influencé par une logique économique, il est également prévu que « *l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les caisses nationales chargées de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie peuvent consulter la Haute Autorité de santé sur tout projet de référentiel de pratique médicale élaboré dans le cadre de leur mission de gestion des risques ainsi que sur tout projet de référentiel visant à encadrer la prise en charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins* »[520]. Plus encore, il lui revient une obligation de mise à jour assez importante[521], notamment au regard de la valeur juridique qu'on leur

---

[518] Justine CHOCHOIS parle notamment d'« *une institution experte au service du système de santé* ». Elle explique que « *la création d'une autorité publique indépendante, dans le domaine de la santé, est justifiée en ce qu'elle permet de normaliser les pratiques médicales et d'améliorer la gestion administrative des offreurs de soins* ». **J. CHOCHOIS**, *La justiciabilité post-moderne du droit souple de la santé*, Thèse de doctorat en Droit, préparée sous la direction du Pr. J. SAISON-DEMARS et soutenue le 18 octobre 2019 au sein de l'Université de Lille, pp. 51-54.

[519] Art. L. 161-37, 2° du code de la sécurité sociale.

[520] Art. L. 161-39 du code de la sécurité sociale. La HAS doit rendre un avis dans un délai de 2 mois, sans quoi elle sera réputée avoir rendu un avis favorable.

[521] En dépit, certes, d'une quelconque obligation législative ou réglementaire en la matière.

accorde. A ce titre le Conseil d'État a prévu une injonction relativement étendue puisqu'elle peut concerner tout à la fois la recommandation dans son ensemble qu'un point précis devenu obsolète[522], alors même que la HAS prévoyait à l'origine une actualisation à l'échelle de l'acte entier[523].

239. Droit souple et recherche de pertinence. Il apparait que ce recours au droit souple, ou plus justement à des recommandations, c'est-à-dire des normes non impératives, s'inscrit avant tout dans une façon particulière de mener la politique de santé publique[524]. La recherche ici ne semble pas être celle de la contrainte[525] mais de l'adhésion, de sorte que les professionnels de santé contribuent à la réalisation des objectifs de cette démarche. La réalisation de ces derniers apparait être la priorité, non la prescription d'un comportement[526]. En ce sens, comme l'explique très bien Denys de BECHILLON, « *poser un impératif hypothétique ou conditionnel, c'est vouloir ne pas interdire, c'est chercher à orienter la conduite d'un sujet sans l'assujettir à l'intransigeance d'une obligation absolue et non consentie. C'est solliciter son*

---

[522] CE, 23 décembre 2020, n°428284, point 10 : « *dans l'hypothèse où une recommandation de bonne pratique comporterait, sur un point précis, une recommandation manifestement erronée au regard des données acquises de la science, il incomberait à la Haute Autorité de santé, alors même que l'engagement de travaux de refonte de l'ensemble de la recommandation ne serait pas justifié, d'en tirer les conséquences, sans qu'aucune disposition ne réserve la faculté de la saisir à cette fin aux associations agréées d'usagers du système de santé. Par suite, l'association requérante est fondée à soutenir que la décision qu'elle attaque est entachée sur ses deux motifs d'erreur de droit* »

[523] A ce propos, Frédéric TIBERGHIEN explique notamment que : « *Même si cet aspect de la décision n'est pas le plus intéressant, son apport est important dans la mesure où elle ouvre très largement le champ de la révision des RBP de la HAS, en y incluant la révision partielle ou limitée, et donc l'accès du prétoire aux acteurs ou utilisateurs, des différentes méthodes évaluées. La HAS avait en effet retenu une conception éminemment restrictive de ses obligations en la matière. Elle estimait que les RBP ne pouvaient donner lieu qu'à une révision d'ensemble, dont il lui appartenait d'apprécier seule l'opportunité et la périodicité* ». **F. TIBERGHIEN**, « *Droit souple et Haute Autorité de Santé* », Dalloz, AJDA, 2021, p. 948.

[524] En ce sens : « *Le recours au droit souple apparaît plus approprié que les règles générales du droit dur pour promouvoir la prise en compte des données acquises de la science et des connaissances médicales avérées. Il l'est d'autant plus que dans ce domaine, la recommandation doit, pour être légitime, émaner directement d'experts, que ceux-ci opèrent de manière autonome au sein de sociétés savantes ou dans le cadre de commissions mises en place par un organisme public* ». Conseil d'état, Le droit souple, étude annuelle 2013, La Documentation française, p. 101.

[525] Didier TABUTEAU retient en ce sens que « *cette intrusion du droit dans la pratique médicale hésite à revêtir les habits traditionnels de la police sanitaire* ». **D. TABUTEAU**, « *Référentiels, bonnes pratiques et recommandations : nouvelles normes ou « quasi normes » en santé ?* », », *op. cit.*

[526] Ce qui ne veut pas dire que ce n'est pas vécu ainsi par les professionnels…

adhésion au lieu de provoquer son obéissance. C'est prescrire sans commander. Le conseil et l'ordre appartiennent tous deux à l'arsenal juridique désormais. Le Droit contemporain a enrichi sa palette normative »[527]. Surtout, il semble que cette construction et ces développements s'inscrivent dans une recherche évidente de pertinence, à la fois médicale et économique[528]. En effet, cette idée peut être relevée à trois niveaux. En premier lieu s'agissant de la volonté de centraliser le pouvoir productif ou de labellisation[529] d'une référence ou d'une recommandation. Ainsi, en conférant celui-ci à une autorité administrative indépendante, il en résulte nécessairement une mécanique visant le consensus autour d'un prescrit, à savoir les objectifs de santé publique. Ensuite, la pertinence est recherchée d'un point de vue qualitatif, avec l'idée de prescrire ou proposer, selon les cas, l'action la plus conforme à l'état actuel de l'art, afin de maintenir un niveau technique maximal pour l'usager[530]. Enfin, dans un système solidariste, l'enjeu inévitablement est économique et serait de définir voire limiter les actes conformes aux données acquises de la science afin d'articuler la pratique

---

[527] **D. DE BECHILLON**, Qu'est-ce qu'une règle de droit ?, Odile Jacob, 1997, p. 194. Voir également, **V. LASSERRE**, Le nouvel ordre juridique – Le droit de la gouvernance, *op. cit.*, p. 307.

[528] « *Dans le secteur médical, le professionnel de santé doit pouvoir s'écarter d'une recommandation lorsqu'il considère que la situation particulière du malade le justifie : le recours au droit souple apparaît dès lors plus approprié que le droit dur. En outre, la préoccupation de la « maîtrise médicalisée des dépenses de santé », apparue dans les années 1990, pousse à la standardisation des soins* ». Conseil d'état, Étude annuelle 2013, Le droit souple, 7 fiches thématiques sur l'utilisation du droit souple dans 7 domaines significatifs, p. 4.

[529] Car il serait faux de retenir que les professionnels sont exclus de cette production. En effet, les recommandations de bonnes pratiques sont certes établies par la HAS à titre exclusif, mais ceci doit être effectué de concert avec ces derniers. Quant aux références médicales opposables, ce dernier caractère est établi de manière conventionnelle.

[530] En ce sens, à propos de l'intérêt des recommandations de bonnes pratiques : « *Elles normalisent les processus de soins et de prévention susceptibles d'obtenir les meilleurs résultats et permettent de fonder sur des bases scientifiquement validées le contrôle de la qualité de la pratique médicale. Les normes que constituent ces recommandations exigent une mise à jour permanente intégrant les résultats cliniques anciens connus et, pour les techniques ou produits nouveaux, les résultats obtenus sur les cas en expérimentation ou en essais cliniques. Elles constituent, pour le malade comme pour le médecin, une garantie en cas d'accident ou d'incident, facilitant l'appréciation de l'existence d'une faute par le juge notamment (qui d'ores et déjà fonde aujourd'hui ses décisions sur l'état connu de la science)* ». **J. TAPIE**, « *Les recommandations de bonnes pratiques et les références médicales, des outils à généraliser* », *op. cit.*

autour d'une quête de pertinence s'agissant de la dépense publique[531], dimension assez fortement critiquée, avec un ton souvent dévastateur[532].

240. Malgré tout, la question du temps reste prépondérante. En effet, alors que l'évolution technique et scientifique semble n'avoir de cesse d'accélérer, la construction juridique voire normative se veut lente par essence. Ainsi Axel KAHN s'interrogeait[533] et répondait fort élégamment sur la compatibilité de ces deux rythmes opposés. Il retenait que « *l'accélération du temps liée à la succession rapide des progrès scientifiques et techniques est loin d'imposer son rythme à la réflexion morale et à sa traduction dans le droit. Au contraire, la coexistence de la chronologie lente de cette dernière, de sa capacité à ne rien renier d'une pensée et d'une sagesse*

---

[531] Toujours à propos de l'intérêt des recommandations de bonnes pratiques : « *Elles permettent de traduire la demande des malades en besoins de prévention et de soins précis et quantifiables. Dans un système de santé où toute l'activité médicale serait conforme à des recommandations de bonne pratique, la dépense générée par l'activité des professionnels et des établissements de santé pourrait être considérée comme une expression des besoins* ». *Ibid.*

[532] A ce titre, Henri BERGERON et Patrick CASTEL présentent notamment les craintes, quasi-prophétiques, exprimées par Éric MYKHALOVSKIY et Lorna WEIR, dans le cadre du courant de « l'économie politique » à travers une perspective néo-marxiste, à savoir que « *la médecine des preuves serait associée aux restructurations néolibérales de l'État-providence : elle serait non seulement le bras armé de la rationalisation des services de santé (restreignant l'autonomie économique et clinique des médecins) mais elle contribuerait également à se focaliser sur le patient individuel, empêchant une approche sociale et environnementale de la maladie* ». Voir en ce sens : **E. MYKHALOVSKIY, L. WEIR**. « *The problem of evidence-based medicine: directions for social science* », Social Science & Medicine 59: 1059-69, 2004. Ils recensent également un second courant de critiques, dites « humanistes » : « *la médecine des preuves aurait tendance à réduire les patients à des objets technologiques ; et les médecins à des techniciens. La médecine des preuves priverait ainsi les patients de leur histoire et du sens de leur expérience, ces dimensions n'étant plus l'objet d'une attention particulière dans la relation de soins. Une critique contre la réification du sujet, en somme. La médecine des preuves tendrait à présenter, sous forme technique et scientifique, au nom du sacro-saint ratio coût/efficacité, des choix qui sont en réalité des choix essentiellement axiologiques et politiques et de soustraire ainsi au débat démocratique des questions politiques pourtant d'importance* ». Voir en ce sens : **S. HARRISON**, « *The Politics of Evidence-Based Medicine in the UK* », Policy and Politics, 1998, 26, 1, pp. 15-32 ; **F. PIERRU**, Hippocrate malade de ses réformes, Paris, Edition du Croquant, coll. « Savoir/agir », 2007 ; **K. SYRETT**, « *A Technocratic Fix to the "Legitimacy Problem"? The Blair Government and Health Care Rationing in the United Kingdom* », Journal of Health Politics, Policy and Law, 2003, vol. 28, No. 4, 715-746. Globalement : **H. BERGERON, P. CASTEL**, « *Normalité, normalisation et normation* », Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM), vol. 12, no. 4, 2015, pp. 7-17.

[533] **A. KAHN**, « *Temps, Droit et Progrès médical* », Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé, 2006/4, n°13, pp. 87-97 : « *Le droit est-il condamné à courir après la science et les techniques pour tenter, toujours en retard, de s'y adapter ? Ou bien fixe-t-il des principes d'une relative stabilité dans les limites desquels devraient se déployer les innovations du monde moderne ?* ».

multimillénaires, et celle toujours plus rapide de l'évolution des savoirs et des savoir-faire, constitue sans doute le gage d'une société future capable de s'approprier ses pouvoirs, d'une collectivité ne subissant pas le progrès, mais se l'appropriant, l'utilisant comme un moyen supplémentaire d'expression de sa liberté et de manifestation de sa volonté »[534]. Ces considérations amènent cependant nécessairement à s'interroger quant à la valeur juridique qu'il convient d'accorder à ces normes nouvelles. En effet, s'il est admis que le Droit doit prendre le temps d'assimiler le progrès, la question de la normativité juridique des données acquises de la science et de ses conséquences éventuelles, notamment en termes de responsabilité, reste assez nettement à étudier.

241. Transition. Ainsi, il apparait qu'à travers une quête de pertinence et de cohérence scientifique, a vu le jour une multitude de normes professionnelles, juridiques, voire éthiques visant à encadrer la pratique médicale. En ce sens, si l'objectif semble atteint, il ne permet pas de répondre véritablement aux questions portant sur ses conséquences sur cet exercice quotidien. Dans une construction d'ensemble recherchant la maitrise des catégories de professions, d'établissements, mais également des conditions d'exercice, voire d'accès à l'offre, il est nécessaire de s'interroger quant aux impacts sur l'indépendance professionnelle. En outre, la normalisation s'observe ainsi dans toutes les strates du système de santé publique. Finalement, celle-ci aura mécaniquement des répercussions sur le vécu professionnel de l'agent, et donc par voie de conséquence sur ses actions.

§2. Juridicité croissante du droit souple

242. Du fait de cette influence croissante, il semble que la juridicité du droit souple se renforce, à travers notamment le développement du caractère opposable (A), ce qui n'est pas sans présenter de nombreuses conséquences pratiques (B).

A. Développement du caractère opposable de ces sources

243. Présentation générale : problématique de la juridicité du droit souple. L'exercice médical fait l'objet d'un large développement de normes venant l'impacter, tant

[534] **A. KAHN**, « *Temps, Droit et Progrès médical* », *op. cit.*

dans son contenu que dans son fonctionnement. Alors que les conséquences juridiques sont nombreuses, la question de leur juridicité réelle se pose. En effet, celles-ci sont bien souvent présentées comme n'ayant aucune valeur contraignante et ne servant que de référentiel, voire parfois de guide à l'usage des professionnels. Il est indubitablement nécessaire de relativiser ce propos à plusieurs titres[535]. En premier lieu, à travers les différents débats sur la valeur juridique accordée au droit souple, sur lesquels il conviendra de passer rapidement au risque de dépasser l'enjeu de l'étude initiale.

244. Mais pour autant, il semble absolument illusoire de les éluder complètement. Il devient donc indispensable de traiter de la valeur que l'usager peut accorder à ces éléments. Peut-il questionner le professionnel qui s'en éloignerait, ou plus vraisemblablement ne se justifierait pas quant à son bon usage ? En outre, alors qu'un acte publié, *a fortiori* lorsqu'il émane d'une autorité publique, parait toujours juridique, et surtout toujours contraignant du point de vue du justiciable qui estime ainsi pouvoir s'en prévaloir, il n'est dès lors pas inutile de s'interroger quant aux implications que cette affirmation génère pour les professionnels.

245. De par leur origine et des risques qu'elles semblent, *a minima*, générer, notamment en termes de responsabilité, ces recommandations ou normes de droit souple entrainent une juridicité interne et propre à l'agent qui s'estime, par principe, contraint, alors même que l'acte lui-même ne le prévoit pas véritablement. En effet, la normalisation semble désormais ancrée dans le ressenti professionnel. Si bien qu'en définitive, elle en finisse par influencer de manière durable et quasi perpétuelle l'exercice quotidien. En conséquence, il semble que l'importance du cadre de santé publique s'en trouve manifestement renforcée, à travers le poids accordé à chacune de ses productions. Il en ressort également une responsabilité renforcée s'agissant de la production, afin d'inclure et de rassurer le

[535] Moustapha MEKKI retient d'ailleurs une approche sociétale pour caractériser l'importance à accorder au droit souple : « *la fonction du droit consiste traditionnellement à réguler les comportements des individus vivant en société. Notre société est dite « postmoderne » et, à ce titre, la régulation des comportements ne peut plus se satisfaire d'une simple contrainte étatique* ». **M. MEKKI**, « *Propos introductifs sur le droit souple* », p. 8 in Association Henri Capitant, Le droit souple, Dalloz, coll. Thèmes et commentaires, 2009.

comportement des soignants, au risque de s'en éloigner, et par extension compromettre les objectifs de santé publique énoncés.

246. Question de la valeur juridique de ces sources. A propos des recommandations de bonnes pratiques, il a également pu être expliqué que « *si elles ménagent en pratique une grande souplesse d'application à ceux qui y sont assujettis, n'imposant à leurs destinataires que l'obligation de prendre en compte certains critères dans leur décision et leur laissant la possibilité de s'en écarter, les RBP constituent une étape au sein d'une normativité graduée qui diffère en fonction de la force juridique des instruments de droit, ce qui peut conduire vers une éventuelle sanction de leur méconnaissance* »[536]. De manière générale, le recours à ces normes nouvelles est non-seulement croissant, mais surtout mieux perçu, tant par les acteurs que par les juridictions elles-mêmes. En outre, autrefois réticentes à s'aventurer vers ces textes aux contours jugés maladroits ou venant contester leur champ d'action réservé, ces dernières font désormais preuve d'une certaine bienveillance ou plutôt d'une tolérance vis-à-vis de ces derniers[537].

247. Par suite, l'origine de ces normes d'apparence technique induit inévitablement ce questionnement quant à leur valeur juridique. En effet, le fait qu'elles soient édictées par des autorités publiques, ou assimilées aux yeux du professionnel ou des justiciables, amène nécessairement à penser un caractère contraignant, qui doit dès lors éventuellement être reconnu, alors même que l'objectif pouvait au départ être tout autre. A ce sujet, Paul VERON explique notamment que « *la question se pose avec une acuité particulière dès lors que ces*

---

536 **D. KRZISCH**, « *Force normative et efficacité des recommandations de bonne pratique en matière médicale* », *op. cit.*

537 En ce sens, Jacky RICHARD et Christian VIGOUROUX se sont consacrés au rapport annuel du Conseil d'état en 2013, celui-ci portant sur le droit souple. Ils relèvent notamment de manière intéressante que l'instance a changé de terminologie avec le temps, passant du droit « *mou* » au droit « *souple* », cette transition témoignant, selon eux, d'une meilleure acceptation de la notion par la juridiction. Ainsi, ils expliquent qu'« *alors que l'emploi du vocable « droit mou » entendait dénoncer la présence de dispositions dépourvues d'obligation et de sanction dans l'appareil normatif, l'usage des termes « droit souple », moins péjoratifs, envisage une forme de réhabilitation d'une notion juridique encore mal définie, qui séduit autant qu'elle étonne, voire irrite* ». **J. RICHARD et C. VIGOUROUX**, « *Du droit « mou » au droit « souple »* », Dalloz, AJDA, 2013, p. 1825. Bien qu'il ne soit pas interdit de penser que cette évolution ne soit vécue comme un regret par le Conseil. En outre, la première partie de l'étude précédemment citée parle de « *Prendre acte de l'omniprésence du droit souple* ». Plutôt que d'une reconnaissance, il convient vraisemblablement de parler d'une simple admission d'une réalité impossible à nier. Conseil d'état, Le droit souple, étude annuelle 2013, La Documentation française, p. 23.

modèles de référence sont édictés par des autorités publiques. En effet, si ces recommandations avaient été énoncées dans des traités médicaux, manuels d'enseignements ou guides privés, la question de leur force obligatoire ne se serait sans doute pas posée. C'est bien parce que les recommandations, dont l'élaboration est confiée à des autorités administratives (indépendantes), sont d'origine institutionnelle et prennent en quelque sorte l'habit de la règle de droit traditionnelle qu'est posée la question de leur juridicité »[538].

248. Développement du caractère opposable des sources. L'enjeu de ces propos sera précisément d'envisager l'hypothèse du développement du caractère opposable de ces sources. En effet, alors que les vocables employés laissent à penser une absence de force contraignante, la pratique professionnelle comme juridique permet clairement de dépasser cette idée. Aussi, certains auteurs ont notamment pu expliquer que ces éléments, relevant pourtant du droit souple, n'avaient que peu de souplesse dans leur rédaction. En outre, il faut envisager « *les « fausses » recommandations et les « faux » avis par lesquels l'AAI[539] dépasse le caractère consultatif de sa compétence en énonçant des règles impératives* »[540].

249. Devant l'administration, l'analyse doit se porter sur la possibilité pour une telle norme d'être considérée comme un acte faisant grief ou non[541]. A ce titre, le Conseil d'état a eu l'occasion d'affirmer que les recommandations de bonnes pratiques n'avaient pas forcément par elles-mêmes une valeur impérative mais qu'elles constituent des données acquises de la science, si bien qu'un manquement à l'une d'entre elles entrainant un dommage peut justifier la condamnation d'un praticien[542]. Cela étant, cette solution revient

---

[538] **P. VERON**, « *L'évolution du contrôle des recommandations de bonnes pratiques* », Elsevier Masson SAS, Médecine & Droit, 2015, pp. 53-62.

[539] Autorité Administrative Indépendante (AAI).

[540] **A.-S. BARTHEZ**, « *Les avis et recommandation des autorités administratives indépendantes* », p. 68., in. Association Henri Capitant, Le droit souple, Dalloz, coll. Thèmes et commentaires, 2009.

[541] Voir notamment, à propos des circulaires, la jurisprudence Duvignères et l'abandon de la distinction, posée par l'arrêt CE, Ass. 29 janvier 1954, Notre-Dame du Kreisker, n°07134, entre circulaire « *interprétative* », et qui par conséquent ne faisait pas grief, et « *réglementaire* », qui pouvait a contrario se voir attribuer une telle qualité. Depuis cette jurisprudence, une simple rédaction impérative d'une circulaire suffit à lui attribuer la qualité d'acte faisant grief. Cass. Sec. 18 décembre 2002, Mme Duvignères, n°233618.

[542] CE, 12 janvier 2005, M. Kerkerian. Sur ces questions : **D. KRZISCH**, « *Force normative et efficacité des recommandations de bonne pratique en matière médicale* », *op. cit.* L'auteur précise en outre : « *le suivi d'une RBP ne peut*

en définitive à leur accorder une valeur ou force normative équivalente[543]. Finalement, le Conseil d'état va franchir le pas en 2011 en estimant que les recommandations de bonnes pratiques sont bel et bien des actes faisant grief et sont donc susceptibles de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant lui[544]. Toutefois, bien qu'il reconnaisse expressément cette qualité, le contenu de cette solution ne diffère pas véritablement de celle rendue en 2005 et tend en réalité à confirmer la synonymie consacrée entre recommandations de bonnes pratiques et données acquises de la science[545]. Par voie de conséquence, il semble que cette décision ne permette pas d'envisager le danger que constituerait une recommandation obsolète et donc non conforme aux règles de l'art[546].

B. Conséquences pratiques de ce développement

250. Conséquence pratique du caractère opposable. Finalement, Jean-Paul MARKUS résume assez bien le fonctionnement d'ensemble quant à leur valeur juridique,

---

protéger le médecin de toute poursuite s'il s'avère que la RBP était obsolète. A charge pour le médecin de poursuivre éventuellement l'institution émettrice, mais c'est lui qui demeure le seul maître et responsable de sa prescription, les RBP n'étant qu'une des données de la science parmi d'autres ».

543 Caroline MASCRET fait remarquer que le Conseil d'état, dans un premier temps, s'est bien gardé de prendre position sur la valeur normative de la recommandation elle-même en l'intégrant dans la catégorie des données acquises de la science : « *Le Conseil d'État évite ainsi toute la polémique qui aurait pu naître autour de la valeur à accorder de façon sémantique au terme recommandation. En disposant que des recommandations de bonnes pratiques puissent être intégrées à la catégorie « données acquises de la science, le Conseil d'État reconnaît à ces recommandations une valeur juridique. Dès lors que celles-ci intègrent le champ des données de la science, elles deviennent, de ce fait, opposables aux professionnels de santé* ». **C. MASCRET**, « *Les recommandations des autorités sanitaires : quelle valeur juridique ?* », Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM), vol. 11, no. 3, 2015, pp. 20-28.

544 CE 27 avril 2011, Association pour une formation médicale indépendante, req. n°334396.

545 En effet, le Conseil d'état fonde sa solution autour d'obligations déontologiques : « *qu'eu égard à l'obligation déontologique, incombant aux professionnels de santé en vertu des dispositions du code de la santé publique qui leur sont applicables, d'assurer au patient des soins fondés sur les données acquises de la science, telles qu'elles ressortent notamment de ces recommandations de bonnes pratiques, ces dernières doivent être regardées comme des décisions faisant grief susceptibles de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir* ».

546 La définition retenue par le Conseil d'état aux recommandations de bonnes pratiques, en lien avec l'obligation déontologique, semble par ailleurs confirmer cette idée : « *les recommandations de bonnes pratiques élaborées par la Haute Autorité de santé sur la base de ces dispositions ont pour objet de guider les professionnels de santé dans la définition et la mise en œuvre des stratégies de soins à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique les plus appropriées, sur la base des connaissances médicales avérées à la date de leur édiction* ».

« *il en résulte que, pas plus que les références et recommandations n'ont de valeur exonératoire si elles sont mises en œuvre avec automaticité, elles ne peuvent fonder une sanction si elles sont reconnues (ou devenues) contraires aux données acquises de la science. Simple instrument d'aide à la décision pour les professionnels de santé, le dispositif référentiel mis en œuvre par le législateur aux fins de maîtrise des dépenses de santé l'est également pour le juge. Ni plus, ni moins* »[547].

251. Il apparait que ces différents types de normes ont pu acquérir une valeur juridique indiscutable, dès lors qu'elles font parties intégrantes des données acquises de la science[548]. Certains auteurs ont notamment pu expliquer que ces recommandations ou références médicales bénéficieraient d'une présomption de force obligatoire[549] avec pour conséquence, un impact direct sur la responsabilité du médecin[550]. Cette idée pouvant d'ailleurs être

---

[547] **J.-P. MARKUS**, « *La faute du médecin et les bonnes pratiques médicales* », Dalloz, AJDA, 2005, p. 1008.

[548] A ce titre, Olivier SMALLWOOD retient que « l'intégration des recommandations et références médicales au sein des données acquises de la science fait appel au « *jeu des présomptions » (…). Les recommandations de bonnes pratiques et les références médicales opposables sont intégrées aux données acquises de la science. Notons pourtant que ces données ne semblent plus constituer que de simples normes techniques dès lors qu'il n'existe pas de coïncidence (notamment temporelle) avec les données acquises de la science* ». **O. SMALLWOOD**, « *La normalisation des règles de l'art médical : une nouvelle source de responsabilité pour les professionnels de santé ?* », Elsevier Masson SAS, Médecine & Droit, 2006, pp. 121-126.

[549] **O. SMALLWOOD**, « *La normalisation des règles de l'art médical : une nouvelle source de responsabilité pour les professionnels de santé ?* », *op. cit.* : « *Un médecin est donc présumé ne pas avoir respecté les données acquises de la science dès lors que la preuve d'un dommage est rapportée, sauf pour ce dernier à démontrer l'absence de faute ou l'inadaptation des données au cas d'espèce. Les conséquences de ce régime de présomption semblent dès lors plus évidentes. Le praticien qui respecte le « plancher » des recommandations ou références médicales est présumé avoir respecté les données acquises de la science et inversement* ». L'auteur prend en outre que « *l'assimilation des données acquises de la science aux règles de l'art médical semble davantage envisageable dans la mesure où les champs d'application visés sont sensiblement identiques, la jurisprudence ne manquant pas d'opérer une appréciation de la conformité des soins par référence aux « règles consacrées par la pratique médicale et aux données de la science »* ». Voir également : **F. VIALLA**, « *Anaes et HAS oracles des données acquises de la science ?* », LEH Éditions, RDS, n°7, p. 399.

[550] La jurisprudence a pu notamment considérer que le respect des RMO conformes aux données acquises de la science permettait d'écarter la responsabilité du médecin (Aix-en-Provence, 10 décembre 1996). Dans le même ordre d'idée, la responsabilité est écartée par la Cour de cassation après avoir relevé que le médecin avait respecté plusieurs prescriptions ou publications conformes aux données acquises de la science (Cass. Civ. 1ère. 4 janvier 2005, n°03-14.206). Voir : **O. SMALLWOOD**, « *La normalisation des règles de l'art médical : une nouvelle source de responsabilité pour les professionnels de santé ?* », *op. cit.* ; **D. TABUTEAU**, « *Référentiels, bonnes pratiques et recommandations : nouvelles normes ou « quasi normes » en santé ?* », », *op. cit.* : « *Plus généralement, les référentiels, bonnes pratiques et recommandations constituent des éléments de référence pour l'appréciation par le juge de l'état*

assurément renforcée en matière pénale[551]. A ce sujet précisément, « *il est vrai que les recommandations constituent aujourd'hui l'outil privilégié, dans le contentieux de la responsabilité médicale, pour apprécier l'existence d'une faute technique du praticien. Sans leur conférer le caractère de normes à part entière, le médecin demeurant dans une certaine mesure libre de ses prescriptions, il faut reconnaître qu'elles possèdent aujourd'hui une force contraignante et par-delà, un certain degré de normativité* »[552].

252. Impact sur la « juridicité interne » de ces sources. Les praticiens restent, bien sûr, attachés à leur indépendance thérapeutique, et notamment les juridictions ordinales. En ce sens, la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins a eu l'occasion de retenir que les recommandations de bonnes pratiques devaient certes être prises en compte par le professionnel, mais qu'elles n'étaient pas contraignantes, laissant ainsi à ce dernier la possibilité de recourir à un autre traitement qu'il maitriserait mieux, ou qu'il estimerait tout aussi adapté, s'il estime encore que les garanties proposées au patient sont équivalentes[553].

253. Il a pu être retenu que « *ces documents apportent aujourd'hui, aux professionnels de très nombreux secteurs d'activités, des outils et des repères pour la conduite de leur activité journalière, dont ils attendent qu'ils guident et sécurisent leurs interventions en leur permettant de tenir compte des derniers acquis*

---

de la science ou des connaissances médicales. De ce fait, les quasi normes s'imposent indirectement aux professionnels de santé puisque leur responsabilité, en cas de faute, peut être appréciée au regard du respect ou de la méconnaissance de celles-ci ».

[551] La Cour de cassation a notamment pu valider le raisonnement d'une cour d'appel qui condamne un médecin pour homicide involontaire car « *le prévenu a contrevenu aux règles de la bonne pratique médicale qui prévalait à la date des faits et ainsi commis une faute caractérisée exposant l'enfant à naître à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer* ». Le manquement en question portait sur une prise en charge inadéquate et visiblement contraire aux règles de l'art effectuée en 2000. Seulement, la « *recommandation pour la pratique médicale* » avait fait l'objet d'une publication en 1999 avant de n'être entérinée par l'ANAES qu'en … 2001. Il apparait que les attentes des juges en la matière sont des plus exigeantes. Cass. Crim. 18 mai 2010, n°09-84.433. Voir à ce sujet : **C. MASCRET**, « *Les recommandations des autorités sanitaires : quelle valeur juridique ?* », *op. cit.*

[552] **P. VERON**, « *La Haute autorité de santé soumise au principe d'impartialité dans l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques* », Revue droit & santé, vol. 42, 2011, pp. 438-440.

[553] Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre national des médecins, décision du 27 octobre 2015, n°12319 : « *si les recommandations de bonnes pratiques édictées par la HAS doivent être prises en compte par les médecins dans la détermination des soins à apporter à leurs patients, elles ne s'imposent pas à eux de façon contraignante (…) » ; que les médecins sont ainsi habilités à recourir à d'autres techniques ou pratiques, dont ils peuvent, en conscience, estimer qu'elles apportent les mêmes résultats ou garanties, dès lors qu'ils maîtrisent ces techniques ou pratiques et qu'ils ne font courir à leurs patients aucun risque injustifié* ».

de la science et des savoir-faire reconnus mais dont ils peuvent également redouter qu'ils constituent des carcans bridant toute initiative personnelle. A cela s'ajoute le fait que, s'il s'agit, le plus souvent, de documents élaborés au sein des professions concernées et à leur seule initiative, les pouvoirs publics leur font désormais une place de plus en plus grande notamment dans certains secteurs, tel celui de la santé publique, où ils sont devenus incontournables »[554].

254. Importance croissante pour les praticiens s'y référant. De manière générale, il semble que les praticiens accordent à ces normes nouvelles une importance grandissante dans leur exercice professionnel[555]. En ce sens, toujours à propos des recommandations de bonnes pratiques, Delphine KRZISCH retient qu'« *il faut noter que, lorsque des RBP sont portées par les professionnels eux-mêmes, largement diffusées, expliquées au public et fortement relayées, on observe une nette amélioration des pratiques, comme en témoigne le succès des programmes visant à limiter la prescription des antibiotiques* »[556]. Par suite, d'un point de vue juridique, Alain GARAY explique en outre que « *si les guides cliniques ne sont pas « l'alpha et l'oméga » de la protection juridique médicale parce que le juge n'est pas lié par les protocoles scientifiques, les normes scientifiques ne disposant pas d'un statut juridique obligatoire, le fait qu'un acte de soin soit dispensé en application des guides et des protocoles médicaux reste une indication très sérieuse de sa régularité juridique* »[557].

255. Surtout, il semble de manière générale que ces référentiels ont vocation à aider ou du moins orienter les professionnels dans leurs pratiques. L'ambition apparente n'est pas tant d'obliger ou prescrire que d'accompagner le soignant vers les objectifs attendus par une politique de santé publique visant l'anticipation des conséquences grâce à une standardisation des processus. En ce sens, il apparait qu'on « *ne peut ignorer que ces « petites sources » de droit, qui relèvent pour certains auteurs de l'infra ou du « para juridique », ont aujourd'hui un*

---

[554] **P. SABLIÈRE**, « *Une nouvelle source du droit ?* », Dalloz, AJDA, 2007, p. 66.

[555] En ce sens, Jean-Claude DOSDAT retient que « *ces recommandations deviennent de plus en plus des références quasi normatives pour les professionnels concernés* ». **J.-C. DOSDAT**, *Les normes nouvelles de la décision médicale*, Thèse en Droit, préparée sous la direction du Pr. Gérard MEMETEAU et soutenue le 6 mars 2004 au sein de l'Université de Poitiers, p. 110.

[556] **D. KRZISCH**, « *Force normative et efficacité des recommandations de bonne pratique en matière médicale* », *op. cit.*

[557] **A. GARAY**, Gestion juridique du risque médical, Berger-Levrault, Les Indispensables, Juillet 2013, p. 265.

impact réel sur les pratiques professionnelles. Parce qu'elles sont élaborées par des experts, parce qu'elles orientent sans obliger directement, les recommandations professionnelles sont censées bénéficier d'une plus grande légitimité auprès du corps médical et susciter une meilleure adhésion »[558].

256. Encadrement inévitable de leur action. Avant tout développement, il peut être intéressant de relever le rejet, voire peut-être le mépris de la doctrine médicale fasse à la reconnaissance du caractère opposable, et donc d'une potentielle force obligatoire, au point d'aller jusqu'à envisager d'en jouer pour contrer la HAS[559] ! Malgré tout, l'impact sur les professionnels de santé semble inévitable. A ce titre, Gérard MEMETEAU retient que « *le droit trace aux praticiens des règles d'action, au premier rang desquelles la liberté de prescription, à laquelle le droit de l'assurance maladie attente plus que celui de la responsabilité par l'édiction de ses « bonnes pratiques » et « références médicales opposables » qui ne sont pas forcément les « données acquises de la science »* »[560].

257. Se faisant, un encadrement se fait jour quant à leurs pratiques. Ainsi, « *les médecins n'échappent guère à ces opérations de normalisation. Faisant notamment suite au repérage répété – repérage parfois fortuit – d'une grande diversité des pratiques médicales, jugée problématique et nécessitant d'être corrigée (…), la médecine des preuves peut ainsi se lire comme un exemplaire dispositif de sécurité. Certaines pratiques et certains traitements sont jugés anormaux, en ce que leur efficacité ou efficience s'avère, relativement, comme le montrent les résultats des essais thérapeutiques randomisés contrôlés, inférieure à celles d'autres pratiques ou traitements. Il convient alors de convaincre les médecins, en tablant sur leur*

---

[558] **P. VERON**, « *L'évolution du contrôle des recommandations de bonnes pratiques* », *op. cit.*

[559] En ce sens, Frédérique CLAUDOT et Yves JUILLIERE estiment que « *dire que les recommandations sont obligatoires dans leur application revient à standardiser la prise en charge des patients, et, en quelque sorte, à standardiser les patients ! On peut donc laisser les juristes gloser sur le caractère obligatoire des recommandations… l'espièglerie de la nature humaine fait qu'il n'est pas toujours possible de classer les patients dans un logigramme* ». Par suite, ils vont jusqu'à expliquer qu'il « *est intéressant de noter que les recommandations de la HAS faisant désormais grief, elles deviennent attaquables devant un tribunal et engagent la responsabilité de la HAS, voire des rédacteurs de ces recommandations. Hypothétiquement, on pourrait donc imaginer que la HAS soit appelée en garantie dans une affaire de responsabilité médicale ayant trait à l'application de ses recommandations* ». **F. CLAUDOT, Y. JUILLIERES**, « *La portée juridique des recommandations de la HAS : les appliquer ou ne pas les appliquer ?* », Consensus cardio pour le praticien, n°72, octobre 2011, pp. 30-32.

[560] **G. MEMETEAU**, « *L'enseignement du droit médical* », LEH Édition, RGDM, 2007, n°22, pp. 175-200.

intégrité déontologique et leur fascination pour le prestige social de la science, d'abandonner ces pratiques pour en adopter d'autres, réputées plus efficaces »[561].

258. Conséquence : mise en place d'une pratique médicale standardisée. Ainsi, il résulte de ces développements que la mise en place d'une pratique médicale standardisée est parfaitement observable. En effet, la multiplication des normes guidant l'exercice professionnel amène inévitablement une organisation orientée où le libre arbitre peu à peu s'efface au profit du respect d'un fonctionnement commun. Jean TAPIE, s'agissant des recommandations de bonnes pratiques et des références médicales, résume assez bien le propos en retenant que « *ce dispositif est justifié par le fait que la médecine clinique est une science qui laisse désormais de moins en moins de place à l'improvisation (…). La liberté de décision et de prescription du médecin est ainsi beaucoup moins grande qu'on ne le croit, et diminue au fur et à mesure que la connaissance progresse* »[562].

259. Quid de l'indépendance professionnelle ? En outre, il semble que l'indépendance professionnelle du praticien est *a minima* discutée par ces évolutions, si ce n'est perturbée. En ce sens, Olivier SMALLWOOD explique notamment qu'il « *apparait incontestable que le quotidien des professionnels de santé se trouve influencé par les recommandations et les références médicales. Ces dernières tendraient même à restreindre fortement leur liberté dans l'appréciation du traitement approprié* »[563]. Surtout, plusieurs éléments tendent à démontrer que l'objectif de mise en conformité, pour ne pas dire au pas, des praticiens est atteint. En effet, une étude visant à mettre en lumière les différents blocages relatifs au comportement des médecins généralistes à l'égard des recommandations de bonnes pratiques expose que « *l'analyse des*

---

[561] **H. BERGERON, P. CASTEL**, « *Normalité, normalisation et normation* », *op. cit.*

[562] **J. TAPIE**, « *Les recommandations de bonnes pratiques et les références médicales, des outils à généraliser* », *op. cit.* Il ajoute même que « *dans son acception classique, elle est devenue un mythe dès lors que le diagnostic est établi ou le syndrome bien identifié. La part d'initiative et d'appréciation propre du praticien se trouve concentrée, pour l'essentiel, en amont, au stade de l'écoute et de l'examen du malade, puis lors de la synthèse des premiers résultats et au moment de l'établissement du diagnostic. Une fois la situation clinique caractérisée ou le diagnostic posé, la démarche du praticien peut parfaitement être encadrée par des recommandations de bonne pratique* ».

[563] **O. SMALLWOOD**, « *La normalisation des règles de l'art médical : une nouvelle source de responsabilité pour les professionnels de santé ?* », *op. cit.*

opinions des médecins concernant les RBP fait apparaitre un cluster de médecins récalcitrant de moins de 10% »[564]. Elle permet surtout d'attirer l'attention sur l'idée suivante, à titre de résultats : « *il semble que les a priori des médecins jouent sur la démarche préalable de collecte des RBP (les médecins récalcitrants ou moyennement adhérents connaissent moins de guides), mais ne jouent plus ensuite sur la mise en application (les guides connus sont utilisés, quelle que soit l'opinion préalable)* »[565].

260. Symbole de standardisation. Finalement, « *la relation entre le patient et le médecin, autrefois qualifiée de « colloque singulier » par M. G. Duhamel, ne se caractérise plus par sa singularité mais tend de plus en plus à devenir une relation automatisée, systématisée et normalisée* »[566]. Malgré tout, la façon dont le droit souple est utilisé semble soucieuse du respect de cette indépendance, et vise davantage, en principe, à la concilier avec les objectifs de régulation portés par la politique de santé publique. En ce sens, « *le compromis entre la formalisation de la pratique médicale et la préservation de la liberté de l'exercice de cet art, qui tient dans la singularité et l'incertitude des patients, est un enjeu majeur pour la normalisation et la rationalisation du système de santé. La régulation et la rationalisation de ce système sont au cœur de la dynamique professionnelle de l'exercice de la médecine. Mais cette dynamique doit être construite sur un équilibre entre standardisation des pratiques et autonomie du jugement clinique* »[567].

261. Transition. Ainsi, il semble que la question de la valeur juridique de ces normes de droit souple appliquées à la santé reste en suspens mais perde indirectement en intérêt pratique. En effet, alors même qu'il ne soit absolument pas certain que toute production en ce sens soit voulue ni même effectivement construite comme possédant un quelconque caractère contraignant, il n'en reste pas moins que le formalisme adopté génère pour le

---

[564] **I. CLERC, B. VENTELOU, P. VERGER**, « *Comportement des médecins généralistes face aux recommandations de bonnes pratiques : où sont les éventuels blocages ?* », Revue d'épidémiologie et de santé publique, Vol. 58, 2010, p. S78.

[565] *Ibid.*

[566] **O. SMALLWOOD**, « *La normalisation des règles de l'art médical : une nouvelle source de responsabilité pour les professionnels de santé ?* », *op. cit.*

[567] **J. CHOCHOIS**, *La justiciabilité post-moderne du droit souple de la santé*, Thèse de doctorat en Droit, préparée sous la direction du Pr. J. SAISON-DEMARS et soutenue le 18 octobre 2019 au sein de l'Université de Lille, p. 119.

professionnel un indéniable sentiment de contrainte[568], laissant à ces actes une juridicité pratique indiscutable. En ce sens, la recherche de performance de la politique de santé publique semble avoir atteint un objectif, à savoir maitriser toutes les typologies d'exercice. Cependant, des conséquences pratiques se font jour, et la part d'humanité attachée à ces exercices semble, avec le temps, en recul[569].

[568] Voir peut-être même d'égarement. En effet, Denys de BECHILLON explique en outre que « *là où l'État prenait la parole pour dire du « Droit » régnait une normativité hard, inconditionnelle, « dure ». Le langage de l'État et du Droit était réputé contraignant par essence… Aussi bien, le développement assez soudain de formes soft, adoucies, plus compréhensives de la normativité juridique produisit une sérieuse désorientation. Incongrue un demi-siècle plus tôt, la question de savoir où commence l'obligation juridique s'est tout à coup imposée comme appelant dans l'urgence des réponses fiables* ». **D. DE BECHILLON**, Qu'est-ce qu'une règle de droit ?, *op. cit.*, p. 193. Voir également, **V. LASSERRE**, Le nouvel ordre juridique – Le droit de la gouvernance, *op. cit.*, p. 307.

[569] Pour un regard sur les conséquences de la pandémie de Covid-19, et notamment sur les invariants qu'il convient de garder à l'esprit : **G. REACH**, « *Normes et invariants en médecine. Une réflexion au temps du Covid* », Les Tribunes de la santé, vol. 64, no. 2, 2020, pp. 21-36. L'auteur explique à ce propos « *qu'afin de réussir la construction du nouveau système de santé qui émergera dans ce que l'on appelle déjà « le monde de demain », la véritable question est en fait celle de la recherche, à côté des valeurs et des normes, de ce que j'appellerai des « invariants » de la médecine, qu'il s'agit à tout prix de préserver : acquis par des siècles de maturation, ces « invariants » ont fini par définir la médecine et lui permettront de continuer d'exister, constituant le ressort grâce auquel elle pourra faire l'effort de persévérer dans son être* ».

Conclusion du chapitre

262. Après s'être longuement attardé sur la question de la prise en charge proprement dite, et notamment dans sa dimension visant à accueillir le patient au sein d'une structure de soins, il était indispensable de s'intéresser au contenu de cette construction, à savoir l'exercice du soin. Et à ce titre, il est apparu que l'impact du progrès est manifeste, au point de justifier la mise en place d'un encadrement particulièrement pressant et coercitif à l'encontre du soignant, parfois et souvent limité dans son action.

263. Au regard de l'accroissement du champ des possibles, il a parfois été nécessaire de d'édicter des décrets d'actes visant à dire à chaque profession ce qu'elle peut faire ou non. Il apparaît surtout une volonté très nette des pouvoirs publics de maitriser la réalisation médicale. Par suite, lorsque le métier ne permet pas de limiter son exercice à une tâche prescrite, c'est notamment le cas des médecins, le choix a cette fois été fait d'opter pour la sphère extra juridique de principe, à savoir le droit souple. A travers diverses méthodes de recommandations[570], des autorités telles que la HAS ont réussi à influencer très largement la pratique. Le succès de cette méthodologie est considérable, au point de pénétrer désormais le champ de la juridicité.

264. En définitive, il apparaît que la recherche de performance imposée aux établissements de santé se matérialise au sein d'une exigence constante de pertinence. Ceci n'est pas sans risque. En effet, avec cette standardisation qui émerge, la mise en place d'une organisation en silo semble inévitable.

[570] En dépit d'un incontestable échec d'injonction, avec les références médicales opposables (RMO).

Conclusion du titre

265. Dans cette première étape de l'étude, il a pu être exposé combien l'évolution des modalités de prise en charge a pu être accompagnée par les pouvoirs publics ou par le Droit. En effet, à travers une volonté constante de recherche de performance, l'accueil du patient comme la thérapeutique qui lui est appliquée se sont lourdement transformés. En outre, l'ensemble s'est matérialisé principalement autour d'une logique d'industrialisation de la relation de soins qui, avant d'être amplement critiquée par la suite, présente à l'évidence de nombreux bénéfices pour l'usager, tout en se montrant particulièrement exigeante pour l'établissement de santé.

266. Industrialisation de l'accueil proprement dit tout d'abord à travers l'assimilation des différents progrès techniques par les structures. Alors que la fonction d'accueil est, certes, devenue accessoire dans la prise en charge globale, il n'en demeure pas moins qu'elle s'est technicisée. Celle-ci est désormais stratégique, et permet aux entités d'exposer leur savoir-faire, tout en relevant une authentique visée commerciale. Quant aux professions chargées de les réaliser, elles ont fait l'objet d'une croissance comparable aux conséquences des avancées médicales, au point parfois de sembler démesurées. Dans cette construction, la place du patient, elle-aussi, a changé. Les impacts consuméristes sont palpables, et sa parole bénéficie d'une écoute qui ne cesse de croître.

267. S'agissant de la pratique médicale proprement dite, elle a pu tantôt faire l'objet de recommandations, tantôt d'encadrement pur et simple, en fonction du degré d'autonomie réellement accordé aux différents métiers. Les auxiliaires médicaux, certes invités à coopérer, voient malgré tout leur quotidien s'uniformiser. Quant aux médecins eux-mêmes, alors qu'une liberté leur est par principe laissée aux niveaux juridiques et déontologiques, force est de constater que l'importance prise par le droit souple montre à quel point la régulation joue désormais un rôle tout bonnement prépondérant. Il s'en suit une recherche de performance imposée et particulièrement rigoureuse à l'encontre des établissements de santé, mais qui reste toutefois très nettement accompagnée.

Titre 2 : L'encadrement normatif de la production en santé

« La santé n'a pas de prix. Le gouvernement mobilisera tous les moyens financiers nécessaires pour porter assistance, pour prendre en charge les malades, pour sauver des vies. Quoiqu'il en coûte. »[571]

268. Les établissements de santé sont désormais de véritables pôles de performance et en ce sens, se sont structurés non seulement dans la façon d'accueillir le malade, aspect indispensable bien qu'insuffisant, mais aussi dans leur manière d'exercer. Ainsi, le personnel soignant, autrefois largement bénévole, a opéré une transition de la seule vocation sanitaire et éthique à la profession qualifiée et reconnue. Puis, une seconde transition s'est organisée de la profession à la profession de pointe au regard des différentes interventions rendues possibles par un progrès en mouvement constant. Et qui dit profession, dit cadre juridique venant la définir, c'est pourquoi il a fallu expliciter non seulement les conditions de travail mais également les responsabilités envisageables[572]. Surtout, l'activité au sein d'une structure se perfectionnant, les exigences ne se résument plus à la seule prise en charge soignante. Dorénavant les attentes se situent davantage au niveau de l'efficience[573], qu'elle soit technique ou économique, avec pour objectif de faire toujours plus en rationnalisant les moyens à disposition.

---

[571] **E. MACRON**, propos tenus par le Président de la République lors de son allocution télévisée du jeudi 12 mars 2020.

[572] **N. DESCOURS-ALFANDARI**, « *Vers une efficience du système de compétence des professionnels dans le secteur de la santé ?* », *op. cit.* ; **J. PAGES**, « *La qualité : Une démarche cruciale* », LEH Édition, RDS, n° 10, 2006, pp. 180-182..

[573] **J.-E. BAZIN**, « *Efficacité, efficience et éthique en santé* », CDSA, n° 25, 2017, pp. 35-42

269. La performance a donc entraîné l'organisation normative du travail en établissement de santé (Chapitre 1), mais aussi par la suite celle de l'efficience au sein de ses structures (Chapitre 2), notion qui, en dépit des critiques, reste malgré tout une source certaine de bienfaits éthiques.

Chapitre 1 : La démarche qualité, quintessence de la standardisation en santé

270. Souvent considérée comme le reflet de la notion de performance, la qualité est érigée en santé au rang de démarche[574]. Omniprésente dans la gestion des structures, celle-ci constitue la quintessence de la standardisation en leur sein. Une logique de protocolisation[575] est mise en valeur, tant dans le fonctionnement quotidien que dans la gestion de l'urgence. Plus encore, elle induit différents mécanismes de contrôle visant à encadrer l'activité des établissements[576]. Le développement particulièrement éloquent de ces derniers permet de considérer cette démarche comme la normalisation de la performance au sein des structures.

271. A ce titre, son étude doit faire l'objet d'une distinction efficace. En premier lieu, la question de l'organisation et du contenu de la démarche (Section 1). Issue du domaine marchand, son développement en santé s'inspire forcément de ses logiques, tout en conservant un authentique particularisme. Pour autant, les objectifs ne sont pas nécessairement propres à la santé, en témoigne notamment la bien connue gestion des risques. Dans un second temps, après sa mise en place vient le temps du contrôle et du développement de la qualité (Section 2). Reposant essentiellement sur une logique d'évaluation, celle-ci s'oriente désormais davantage vers un contrôle continu, témoin d'une quête de performance renforcée.

Section 1 : Organisation et contenu de la démarche qualité

272. L'émergence de la démarche qualité tient son origine d'autres secteurs d'activité, dont certains peuvent paraitre assez éloignés du domaine de la santé, eu égard notamment

---

574 Le code de la santé publique parlant de « *politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins* ». Art. L. 6111-2 du code de la santé publique.

575 **P. CLOAREC**, « *Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : autonomie collective et dépendance personnelle* », Recherche en soins infirmiers, vol. 93, n°2, 2008, pp. 28-31.

576 **ANAES**, Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, Avril 2002.

de la divergence d'objectif qui les sépare. Cette démarche entraine, par principe (§1), une standardisation des pratiques, qui va trouver à se matérialiser autour d'une recherche de sécurité par le biais de la gestion des risques (§2).

§1. Principe de la démarche qualité

273. Afin de mener une étude exhaustive de la démarche qualité, une présentation de la notion est indispensable (A), tout comme sa particularité lorsqu'elle s'applique à la matière médicale (B).

A. Présentation de la notion

274. Présentation générale. La notion de qualité est omniprésente au sein du langage sanitaire. En effet, cette démarche est pensée comme devant imprégner l'ensemble du fonctionnement de la santé publique. Ainsi, les autorités ont souhaité employer des outils profondément performanciels pour définir et développer leur système. Cela étant, le terme souffre particulièrement de son emploi, voire son suremploi, justifiant nécessairement un indispensable effort de définition. Plus encore, comme l'explique Michel WEILL, « *la qualité n'a cessé d'évoluer au cours des années quatre-vingt-dix, un peu comme si sa place dans l'ensemble des outils de gestion était constamment réévaluée au regard des transformations de la société. Le mot lui-même a souffert des conséquences propres aux effets de mode. Les pays anglo-saxons semblent bien lui avoir définitivement préféré le terme d'excellence, indiquant par-là clairement l'ambition stratégique du concept* »[577]. Par suite, différentes difficultés peuvent être identifiées. En ce sens, « *si l'on interroge le personnel des entreprises, la qualité n'apparaît pas comme une préoccupation éloignée des salariés : tout le monde a une idée de ce qu'est la qualité, et chacune semble revendiquer la qualité des produits qu'il fabrique. Le questionnement central devient alors le suivant : y-a-t-il une et une acception de ce qu'est la qualité d'un produit ?* »[578]

---

[577] **M. WEILL**, Le management de la qualité, La Découverte, Repères, p. 75.

[578] **E. BONNET**, « *Les « visions indigènes » de la qualité. A propos de l'appropriation de la démarche qualité dans l'industrie* », Revue d'économie industrielle, Normalisation et organisation de l'industrie, Vol. 75, 1er trimestre 1996, pp. 77-93.

275. Définition(s) de la (des) notion(s). La qualité au sein des structures de santé ne peut être définie indépendamment de la démarche. En effet, la conjugaison des deux notions permet de comprendre le fonctionnement global des structures. S'agissant de la qualité, le terme vient du latin « *qualitas* », signifiant « *qualité, manière d'être* »[579]. Par suite, l'Académie française a légèrement évolué dans la définition du premier terme. Elle parlait originellement de l'« *accident par lequel une personne, une chose est dite estre telle, ou telle ; bonne, ou mauvaise ; grande, ou petite ; chaude, froide, blanche, noire &c* »[580]. Il convient néanmoins d'observer que ces définitions renvoient davantage aux qualités d'une chose, la notion singulière n'était pas encore envisagée. Justement, cette logique est bien mise en valeur puisque l'on peut désormais appréhender une qualification plus adaptée, à savoir, le « *degré d'excellence relative, valeur que l'on attribue à une chose et qui permet de la juger, de la classer par rapport à une norme de référence ou par rapport à des choses analogues* »[581]. Surtout, un renvoi est également effectué vers d'autres notions telles que le « *management de la qualité* », qualifié de « *gestion visant à obtenir un meilleur résultat grâce à une démarche d'ensemble fondée sur la qualité* »[582].

276. Précisément, le terme de démarche peut être exploité, y compris dans son sens historique au regard notamment de la première définition de l'Académie française qui en parlait déjà comme de « *la manière d'agir de quelqu'un dans une affaire* »[583]. Là-encore, celle-ci a été précisée, adaptée à la nouvelle approche dont elle fait l'objet. Ainsi, elle désigne désormais une « *action entreprise en vue de faire aboutir un projet, une affaire, particulièrement auprès*

---

[579] Dictionnaire Gaffiot, 1934, p. 1290.

[580] Dictionnaire de l'Académie française, 1ère édition, 1694. Par extension, le dictionnaire Littré précise en outre qu'une qualité est « *ce qui fait qu'une chose est telle* ». **E. LITTRE**, Dictionnaire de la langue française, Tome 4, Paris, 1873-1874, p. 1400.

[581] Dictionnaire de l'Académie française (9e édition), t. 3 (de Maquereau à Quotité), Imprimerie nationale/Fayard, 2011, (ISBN 2-213-66640-7).

[582] France Terme, http://www.culture.fr/franceterme/terme/ECON980, consulté le 18 novembre 2021.

[583] Dictionnaire de l'Académie française, 1ère édition, *op. cit.* Là-encore, le dictionnaire Littré permet d'avoir un début d'affinage de la notion. En effet, celui-ci qualifie la démarche de la « *manière d'agir* » mais également de « *ce qu'on fait pour la réussite de quelque chose* ». **E. LITTRE**, Dictionnaire de la langue française, Tome 2, Paris, 1873-1874, p. 1043.

d'une autorité »[584]. L'association des deux termes ne va pour autant pas forcément de soi sur le principe. En outre, « *que faut-il entendre par démarche qualité ? Est-il incongru de s'interroger sur le sens même de cette incontournable formule « perroquet » devenue maître mot du secteur sanitaire et médicosocial ?* »[585]. Le constat est parfaitement adapté tant cette expression est employée en permanence sans bénéficier à proprement parler d'une définition légale précise[586]. Finalement, le Professeur François VIALLA proposera fort justement une définition de cette formule, à savoir les « *actions entreprises afin de conduire à l'excellence de la prise en charge des personnes accueillies* »[587]. En outre, l'ANAES, ancêtre de la HAS, a pu expliquer, s'agissant des démarches qualité en général, que ces dernières touchent des « *aspects techniques* »[588] et des « *aspects humains* »[589]. Par suite, « *traditionnellement, la qualité s'apprécie de façon multidimensionnelle, à partir de cinq notions : l'éthique, la sécurité, la pertinence, l'accessibilité et l'efficience* »[590].

---

584 Dictionnaire de l'Académie française (9e édition), t. 1 (de A à Enzyme), Imprimerie nationale/Fayard, 1992, (ISBN 2-11-081249-4).

585 **F. VIALLA**, « *Démarche qualité, quelle place pour la personne. Libres propos* », in **S. RABILLER (dir.)**, Démarche qualité en EHPAD de part et d'autre des Pyrénées, actes du colloque du 21 septembre 2012, Presses de l'université de Pau et des Pays de l'Adour 2013, p. 107.

586 Les exemples en la matière sont extrêmement nombreux. En ce sens, l'ANAES précise notamment que la démarche qualité « *n'est pas un terme normalisé et il faut lui conférer un sens très ouvert. Une démarche qualité est une « façon d'agir » en qualité* », **ANAES**, Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, Avril 2002, p. 70.

587 **F. VIALLA**, « *Démarche qualité, quelle place pour la personne. Libres propos* », *op. cit.*, p. 108.

588 « *Les aspects techniques s'intéressent à la réalisation d'un produit ou d'un service qui répond aux attentes d'une clientèle donnée en terme de qualité, de coût et de délai. Ceci nécessite de maîtriser les différentes étapes de la production pour éliminer la non qualité génératrice de coûts inutiles et d'être attentif aux attentes des clients, voire si possible, les anticiper par l'innovation afin d'en conquérir de nouveaux* ». **ANAES**, Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, *op. cit.*, p. 12.

589 « *Les aspects humains concernent la motivation et l'implication des personnes qui travaillent dans l'entreprise concernée. Les méthodes utilisées cherchent à développer une réelle implication et permettent de répondre au besoin de reconnaissance des professionnels en prenant en compte leurs idées, leur créativité, leur sens des responsabilités. La motivation des professionnels est essentielle pour progresser dans la qualité des produits ou des services* ». Elle ajoute en outre que « *la démarche qualité ne relève pas de l'utopie. Elle est un moyen d'efficacité économique, celle-ci supposant entre autres une grande motivation des hommes* » *Ibid.*

590 Définition de la qualité in **M.-F. CALLU, M. GIRER, G. ROUSSET**, Dictionnaire de droit de la santé, Secteurs sanitaire, médico-social et social, *op. cit.*, p. 327.

277. Bref historique de la notion. Malgré tout, il est indispensable de retenir que cette logique de démarche qualité n'est pas propre au domaine de la santé[591] et une approche embryonnaire peut être mise en valeur dans diverses situations historiques, notamment dès l'édiction des Lois de Hammourabi[592] ou encore dès le XVIIème siècle[593]. Sans s'étendre démesurément dans un historique précis de la qualité et de ses développements[594], il apparaît néanmoins que la construction de cette démarche, d'abord propre au secteur industriel, a été effectué en quatre temps.

278. En premier lieu, dans une période pouvant être située entre la fin du XIXème et le début du XXème siècle, celle-ci se cantonnait à une logique de contrôle de conformité du produit fini, en se fondant notamment sur l'étude d'échantillon. Par suite, le contrôle a pu concerner non seulement le produit, mais bien les étapes de la production[595]. On estime en

---

591 En ce sens : « *Historiquement les démarches qualité ont débuté, comme nous l'avons vu précédemment, dans les entreprises industrielles. Elles ont ensuite accompagné la transformation de l'économie en diffusant vers le secteur des services. Plus récemment ces démarches ont commencé à gagner les organisations non marchandes (enseignement, santé, secteur social, etc.) sous l'influence du constat de variations inexpliquées des pratiques et des résultats. La pression des usagers, plus avertis et donc plus exigeants, a également joué en ce sens* », **ANAES**, Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, *op. cit.*, p. 11.

592 Le Code des Lois de Hammourabi encadre notamment l'office de l'architecte devant bâtir une maison des §228 au §233. Il est notamment expliqué que « *si un architecte a construit une maison pour un autre, et l'a mené à bonne fin, il lui donnera pour son cadeau deux sicles d'argents, par sar de superficie* » (§228), ou encore que « *si un architecte a construit pour un autre une maison, et n'a pas rendu solide son œuvre, si la maison construite s'est écroulée, et a tué le maitre de la maison, cet architecte est passible de mort* » (§229), mais surtout que « *si un architecte a construit une maison pour quelqu'un, et n'a pas solidement basé son œuvre, si un mur tombe, cet architecte affermira ce mur, à ses propres frais* » (§233). **V. SCHEIL**, La loi de Hammourabi, 1904, pp. 46-47, halshs-00766666.

593 **M. WEILL**, Le management de la qualité, *op. cit.*, pp. 13-17 : « *De façon tout à fait classique, il serait évidemment possible de faire remonter un historique aux temps les plus anciens de l'activité humaine. De plus proche de nous, Colbert n'a-t-il pas écrit dans un rapport à Louis XIV : « Si nos fabriques imposent à force de soin la qualité supérieure de nos produits, les étrangers trouveront avantage à se fournir en France… » ; mais le véritable essor du concept correspond à l'apparition de l'Organisation scientifique du travail et au développement de la production de masse* ».

594 Voir notamment en ce sens : **M. WEILL**, Le management de la qualité, *op. cit.* ; **ANAES**, Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, *op. cit.* ; **R. FEY, J.-M. GOGUE**, La maîtrise de la qualité, Economica, 1991 ; **J.-M. GOGUE**, Traité de la qualité, Economica, 2000.

595 Ainsi, « *cela a permis d'anticiper les défaillances en détectant précocement les anomalies, en les analysant, puis en intervenant sur les procédés de fabrication afin d'éviter que les défauts ne se reproduisent. La recherche de la qualité est ainsi passée progressivement d'une méthode « a posteriori » à une méthode d'anticipation* ». **ANAES**, Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, *op. cit.*, p. 10

outre être passé d'une politique de contrôle à une politique d'assurance qualité. Dans ce procédé, la satisfaction des clients est prise en compte de manière croissante sans être une priorité à part entière. A cette époque, la qualité représente surtout une affaire de normes[596]. Peu à peu, le positionnement du client, ou plus tard de l'usager, va gagner en importance[597]. Pour satisfaire cette évolution, la simple logique de contrôle a dû être surpassée, afin d'atteindre une construction impliquant un management de la qualité. Cette dernière concerne désormais l'ensemble des éléments d'une entreprise. En ce sens, différentes constructions, telles que l'approche zéro défaut[598], ont pu voir le jour. Par la suite, l'assurance qualité va laisser place à d'autres théories ou systèmes[599] pour s'orienter vers une logique de management de la qualité, impliquant son application à l'ensemble de la vie de

---

596 En témoigne notamment la création de l'Association française de normalisation (AFNOR) le 22 juin 1926, puis de l'Organisation internationale de normalisation (ISO) le 23 février 1947.

597 En ce sens, « *se développe la notion de client-roi, symbolisée par un client représentatif de l'ensemble du marché dont les attentes et les comportements sont présumés mesurables, ce qui représente un élargissement de l'approche scientifique hier encore réservée à la fonction de production (…). Aux exigences de l'entreprise s'ajoutent celles éventuellement contradictoires d'un client qui, par son comportement collectif, peut faire entendre sa voix* ». **M. WEILL**, Le management de la qualité, *op. cit.*, pp. 15-17. L'auteur ajoute notamment que « *c'est par référence à ce client théorique que commencent à se développer les premières réflexions relatives à l'assurance qualité au début des années cinquante* ». Voir également sur ces questions : **P.-Y. GOMEZ**, Qualité et théorie des conventions, Economica, Paris, 1994.

598 **M.-O. JAFFRE**, « *Chapitre 10. Efficience et optimisation au bloc opératoire, cœur de l'hôpital-entreprise* », in **F. LANGEVIN (dir.),** Architecture et ingénierie à l'hôpital. Le défi de l'avenir. Presses de l'EHESP, 2018, pp. 95-104 :« *L'approche zéro défaut regroupe la grande famille des activités liées à la qualité et la gestion des risques. Les Anglo-saxons évoquent depuis plusieurs décennies le sujet et parlent de Risk Management. Car réduire les risques d'erreur revient à réduire les pertes financières immanquablement associées (Mc Lain, 1980 ; Zinzindohoue, 2008). L'idée est donc d'obtenir un système sans défaut. L'écrit est la grande composante de la démarche en tant que vecteur d'une information normalement systématique et fiable* ». L'auteur explique en outre que « *cette approche zéro défaut se traduit au bloc opératoire par diverses mesures : il participe directement au système de vigilance sanitaire et à la déclaration des événements indésirables déployée désormais en interne dans tous les établissements* ».

599 Il serait notamment possible de citer la « *qualité totale* », bien qu'en lien avec la recherche du « *zéro défaut* ». Apparue dans les années 1970, elle repose sur quatre principes, à savoir « *donner la priorité au client* », « *améliorer les processus* », « *réduire les gaspillages et maitriser les coûts* » puis enfin « *obtenir l'engagement de tous les hommes de l'entreprise* ». Le succès de cette démarche repose sur « *l'adoption d'un management de type participatif* », « *la conformité par rapport aux spécifications quantifiables du client* », « *la prévention* », « *la recherche de l'excellence* » et « *la mesure* ». Elle témoigne d'un déploiement de la qualité à l'ensemble de la structure, exposant une bascule de l'assurance qualité vers le management de la qualité. **A. GRATACAP, P. MÉDAN**, « *Chapitre 6. Le management intégré de la qualité* », dans : **A. GRATACAP, P. MÉDAN (dir.)**, Management de la production – Concepts – Méthodes – Cas, Dunod, Paris, 2013, pp. 319-390. Sur ces questions : **J. DEMONSANT**, « *Plans d'expériences et qualité totale* », Forum Qualité Scientifique, automne 2000.

la structure. En témoigne notamment la mise en place des normes de référence des systèmes de management de la qualité ISO 9000[600].

B. Particularisme de la notion appliquée à la matière médicale

279. Particularité de la notion en matière médicale[601]. Cette démarche, par essence productiviste, présente malgré tout quelques particularités dans son application en santé, au regard notamment de la limite de recherche de profit. Cela étant, l'approche prévoit une logique similaire à bien des égards, centrée sur une recherche constante de pertinence dans la délivrance des soins, une exigence d'accessibilité et de sécurité formulée par l'usager. En outre, il a pu être précisé que « *l'hôpital est en pleine mutation, il est l'objet du regard des autres et en particulier des usagers qui le considèrent comme une institution distributrice de soins pour un droit désormais revendiqué à la santé dans l'espace qui se constitue d'une démocratie sanitaire. L'hôpital se réorganise, construit des systèmes et veille à assurer des soins performants ; on voit ainsi apparaitre de multiples procédures de vigilance pour répondre à ces contraintes* »[602]. Ainsi, la principale particularité réside dans la conciliation avec la différence de nature des secteurs concernés. En effet, alors qu'une démarche qualité vise à assurer une certaine rentabilité au sein d'une entreprise, ce concept ne s'articule que très imparfaitement, si ce n'est impossiblement avec la prise en

---

600 **F. COCHOY, J.-P. GAREL, G. DE TERSSAC**, « *Comment l'écrit travaille l'organisation : le cas des normes ISO 9000* », Revue française de sociologie, Année 1998, 39-4, pp. 673-699 : Les normes ISO 9000 seraient les « *normes internationales de management qui subordonnent l'amélioration de la qualité dans les organisations à la codification systématique des pratiques de travail* ». Par suite, les auteurs précisent que « *la mise en œuvre des ISO, parce qu'elle ne laisse pas d'avoir des effets internes pour l'entreprise qui la mène, rouvre le vaste chantier de l'explication de la mise en forme des pratiques. De ce point de vue, il se pourrait bien qu'elle contribue de façon décisive et singulière à notre compréhension des processus d'encadrement. Décisive car elle vise à confiner et à influencer le comportement de l'utilisation dans le respect de règles de travail dûment codifiées, là où l'opacité et le clandestin étaient auparavant la règle ; singulière car elle s'inscrit dans un climat de normativité distribuée, dans lequel producteurs et destinataires des règles se trouvent, pour un temps au moins, du même côté* ». Cette démarche globale, impliquant l'ensemble des acteurs de la structure, ainsi que l'ensemble de ses activités, semble avoir inspiré la certification des établissements de santé.

601 Voir notamment : **O. SMALLWOOD**, *La qualité des soins à l'épreuve du droit : Étude à travers l'exemple des infections associées aux soins*, Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. François VIALLA et soutenue en 2008 au sein de l'Université de Montpellier 1.

602 **R. CLEMENT, O. RODAT, G. NICOLAS**, « *Procédures d'accréditation et nature des obligations en matière de responsabilité médicale* », Elsevier Masson SAS, Médecine & Droit, 2002, n° 57, pp. 1-3.

charge en santé qui n'a, bien sûr, pas vocation à être rentable. En revanche, il apparait très clairement que l'efficience est, quant à elle, recherchée désormais inlassablement par les pouvoirs publics. En ce sens, si « *l'idée d'évaluer la performance d'un acteur sanitaire* » n'était « *initialement pas admise dans le secteur de la santé* », elle « *a dû être imposée comme une démarche structurante du système de soins* »[603].

280. Pour autant, alors qu'il serait aisé de considérer que la qualité est à l'origine d'une standardisation voulue dans un souci de rationalisation économique, il apparaît plus justement que la première est davantage une conséquence de la seconde qu'un fondement. En outre, la surspécialisation du soin, ayant pour effet une certaine industrialisation de celui-ci, impose, en quelque sorte, la mise en place d'une telle démarche. En cela, il semble en définitive que les raisons ayant entrainé sa naissance peuvent être comparées à celles des autres secteurs d'activité. Ainsi, comme l'explique Jean-Marie CLEMENT, « *cette production de type industriel exige, en contrepartie, la définition de critères de qualité afin de rassurer les consommateurs de soins qui sont désormais les malades* »[604]. Plus encore, les différentes acceptions de la démarche qualité ont pu être opposées[605] avant de dépasser cette confrontation en montrant en

---

[603] **A. COULOMB**, Un regard différent sur le management hospitalier, d'après une étude réalisée pour la CAHPP, Éditions CAHPP, janvier 2009, p. 85. L'auteur précise en outre que « *la santé n'est certes pas un secteur industriel comme les autres, où l'évaluation de la qualité ne dépend que de critères objectifs. Néanmoins, il ne faut pas créer un mythe autour du soin, faisant de celui-ci une prestation de nature purement subjective. Comme nous sommes peu à peu passés, en matière de responsabilité médicale, de l'obligation de moyen à l'obligation de résultat, nous devons appréhender la santé sur la base de critères statistiques de résultats obtenus* », p. 87.

[604] **J.-M. CLÉMENT**, L'Hôpital, la technique et l'éthique, *op. cit.*, p. 74.

[605] Ont notamment pu être opposées les démarches qualité reposant sur une représentation industrielle de la qualité des soins et celles reposant sur la qualité médicale portée par les médecins : « *Ces démarches qualité s'appliquent au processus de soins en exigeant sa reproductibilité et sa traçabilité par un ensemble de documents écrits comme les tableaux de bord ou le dossier médical. Elles reposent donc sur une représentation industrielle de la qualité des soins : celle-ci est le produit de l'interaction entre plusieurs intervenants et vise la satisfaction du client-patient (…). A cette conception industrielle de la qualité des soins s'oppose la qualité médicale portée par les médecins. La bonne exécution de l'acte médical et la non reproductibilité du processus de soin est alors au fondement de la qualité (…). Cette conception médicale de la qualité aurait cédé la place à la conception industrielle (Setbon, 2000) du fait de la recherche de nouveaux modes de régulation des dépenses de santé, de la découverte de l'hétérogénéité des pratiques médicales (Kerleau, 1998), de la multiplication des enjeux de sécurité dans le système de soins et de la multiplication des attaques en justice contre les médecins* ». **M. ROBELET**, « *La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité* », in : Sciences sociales et santé. Volume 19, n°2, 2001, pp. 73-98. Voir également : **M. SETBON**, « *La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ?* », Sociologie du travail, Vol. 42, n° 1, 2000, pp. 51-68.

quelques sortes une certaine synthèse de ces dernières autour de ce que serait devenue la qualité en santé[606]. En conséquence, « *la mise en place, dans les établissements de santé, de systèmes d'assurance qualité est un premier pas vers l'instauration de programmes de développement continu de la qualité* »[607].

281. Modalités de fonctionnement : visée de santé publique. Surtout, ce développement de la qualité répond, là-encore, à une exigence de santé publique. Pourtant, notamment au regard des développements précédents, cette idée n'allait pas de soi. En effet, la mise en place d'une démarche qualité au sein d'une activité relève à l'évidence de l'initiative privée et vise à ce que l'acteur économique évalue, de lui-même, son propre niveau de performance afin de développer ses résultats. En ce sens, cette logique de standardisation précédemment évoquée ne relève pas véritablement d'une volonté des pouvoirs publics de mener un quelconque contrôle. Il s'agit avant tout d'un outil d'évaluation interne. Ainsi, que l'on se situe au niveau de l'époque du simple contrôle qualité, a posteriori sur l'objet et a priori sur l'acte, ou de la période du zéro défaut, l'objectif est avant tout d'automatiser le travail et la production afin de limiter les temps perdus et les surcoûts inutiles, ce qui a nécessairement pour conséquence de maximiser le profit.

282. Dans le cas de la santé, l'initiative du développement de cette politique est à mettre au crédit des pouvoirs publics, ceci quelle que soit la nature juridique ou la typologie de l'établissement étudié. Plus encore, la divergence se situe au niveau des modalités d'exercice. En effet, ce qui n'était donc, à l'origine, qu'un outil de performance interne devient un outil de régulation et d'évaluation des structures. Les standards visant à maximiser la performance sont désormais imposés par les pouvoirs publics afin d'obliger les établissements de santé à se conformer à la vision de santé publique définie par les autorités.

---

606 « *Par ailleurs, l'opposition entre conception médicale et conception industrielle de la qualité n'est peut-être pas la plus pertinente. Si la qualité médicale est associée à de fortes modalités de contrôle laissant peu de place à l'expression individuelle de la « mentalité du clinicien » (Freidson, 1984), les médecins n'y adhèrent plus. Ils peuvent alors lui préférer une conception industrielle qui standardise les processus de soins sans toucher à la pratique médicale : en ce cas en effet, le cœur du métier n'est pas atteint par la standardisation* ». **M. ROBELET**, « *La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité* », *op. cit.*

607 **D. FROMENTIN, J. BRUN et J. LENGLART**, Santé et assurance qualité – Vers l'accréditation, Berger-Levrault, Collection « H », Juin 1998, p. 34.

En cela, il apparaît très clairement qu'elles se sont inspirées des leviers du secteur privé ou, plus justement, marchand, pour développer un système performant, à visée de santé publique. Cela étant, alors que l'idée questionne légitimement au regard de la particularité de l'activité de santé, le choix a été fait d'adopter de méthodes propres à l'industrie, témoignant de la mécanisation du soin, au sein d'un organisme à grande échelle. Malgré tout, l'approche de la qualité est plus complexe, et vise également à assurer un haut niveau de sécurité dans la pratique médicale, justifiant ainsi cette double casquette rattachée à l'efficience, à savoir l'assurance qualité, mais aussi la gestion des risques. Il est d'ailleurs possible de parler de parcours ou même de circuits au sein duquel la prise en compte de la qualité est omniprésente. Le terme de circuit est important dans la mesure où il témoigne assez bien de la logique de fonctionnement d'ensemble. En effet, le degré d'exigence proposé ou imposé aux structures de soins les oblige à mener cette démarche de la préparation à la fin de la prise en charge.

283. Précisément, cette approche régulatrice des pouvoirs publics se matérialise en trois axes particuliers, à savoir la prévention par le biais de la gestion des risques, l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité. En outre, « *s'inscrivant dans un courant plus général qui touche l'ensemble des politiques publiques, les politiques sanitaires en général et l'activité hospitalière en particulier ont été soumises peu à peu à des formes d'évaluation qualitative qui, au-delà de la maitrise des coûts ou de la répartition de l'offre de soins, entendent apprécier l'efficacité des structures et des professions par rapport à la demande de soins. Cette préoccupation prend au moins trois formes : une évaluation des risques sanitaires, une évaluation de l'activité des établissements et enfin la recherche d'une adaptation en continu des services rendus aux patients par les établissements* »[608].

284. Modalités de fonctionnement : participation professionnelle. Avant même d'étudier la question de la participation globale des professionnels, il est indispensable d'envisager le cas des nouvelles professions qui ont dû émerger pour encadrer cette exigence de qualité[609]. Ainsi, ont notamment proliféré les responsables qualités, aux

[608] **M. BORGETTO, R. LAFORE**, Droit de la sécurité sociale, Dalloz, Précis, 19ème édition, 2019, p. 578.

[609] Il s'agit même, indirectement d'une obligation : « *Le représentant légal de l'établissement de santé désigne, en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics ou la conférence*

dénominations multiples[610] mais aux attributions similaires, ou les différents référents en fonction des thématiques à encadrer. Ces professions, à mesure que l'exigence de qualité augmente, deviennent des postes de pointe avec des compétences nécessairement étendues. Plus encore, ce développement ne concerne pas que le secteur de la santé, mais s'étend à l'ensemble de l'activité professionnelle. Surtout, plus cette activité sera exercée ou exerçable à grand volume, plus le service qualité devra être élaboré. A titre d'exemple, Emmanuelle LECLERCQ, en parlant de la fonction hygiène, qualité, sécurité et environnement (HQSE), explique notamment que « *la fonction HQSE est récente et peut être définie, au sein des entreprises enquêtées, comme support aux autres services, tout à la fois centrale et transversale (…). L'activité des responsables HQSE est multiforme (…). Elle s'articule ainsi autour de multiples tâches variées, de complexité différente : veille réglementaire, gestion de laboratoire, interprétation de résultats d'analyse, suivi de la conformité du produit et du processus, de l'application de la réglementation, audits, gestion de formations… Elle repose sur un certain nombre de savoirs et de pratiques s'harmonisant autour d'actions de prévention et de contrôle, maintes fois répétées et rationnalisées par des outils de suivi* »[611]. Cette variété de missions à remplir cause une difficulté évidente et pragmatique. En effet, elle entraine un exercice pluridisciplinaire et nécessite la coopération de chacun des intervenants de la structure. Cela étant, la responsable qualité doit certes mener cette politique, mais ne dispose généralement pas d'un pouvoir hiérarchique. En conséquence, la réussite de sa

médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins afin de veiller à ce que les missions mentionnées aux 1° à 6° de l'article R. 6111-2 puissent être remplies. Ce coordonnateur dispose d'une formation adaptée à l'exercice de ses missions. Il a accès aux données et aux informations, notamment les plaintes et réclamations des usagers, nécessaires à l'exercice de celles-ci ». Article R. 6111-4 du code de la santé publique.

[610] On parle en outre de responsable qualité, responsable assurance qualité (RAQ) ou encore de responsable assurance qualité et gestion des risques, sans doute la dénomination la plus complète et exprimant le mieux l'étendu des missions à savoir mener, avec le directeur d'établissement, la politique de qualité de la structure tout en veillant à l'encadrement des vigilances et des évènements indésirables.

[611] L'auteur précise en outre que « *les responsables HQSE sont face à une activité qui se généralise – ce sont en effet des conseillers, animateurs, gestionnaires de processus – et se spécialise ; les données juridiques, techniques, organisationnelles sur lesquelles repose leur activité se complexifiant et leurs domaines d'application s'étendant* ». **E. LECLERCQ,** « *Lorsque l'activité professionnelle recompose les parcours de transition : les responsables « Hygiène, qualité, sécurité, environnement »* », Formation emploi, 128 | 2014, 47-64. Voir également en ce sens : **J.-P. BRUN, C.-D. LOISELLE,** « *Le métier de préventionniste : contexte de travail et profils d'activités* », Relations industrielles/industrial relations, vol. 56, 2001, pp. 141-164. ; **A. GARRIGOU, G. PEISSEL-COTTENAZ,** « *Reflexive approach to the activity of preventionists and their training needs : results of a French study* », Safety Science, vol. 46, 8, 2008 pp. 1271-1288. DOI : 10.1016/j.ssci.2007.07.006

fonction ne dépendra pas uniquement de la pertinence des actions réalisées ou proposées mais du soutien que la direction leur accordera, ou non. Cette dimension constitue, à n'en pas douter, l'une des raisons ayant poussé les pouvoirs publics à non seulement imposer l'exercice de ces missions, mais également à développer des modalités d'intéressement, liant ainsi les objectifs de qualité aux questions budgétaires.

285. Surtout, à travers les différents dispositifs mis en place, la participation des professionnels de terrain est largement exigée, à tous les niveaux de responsabilité ou d'implication. Le propre de la démarche qualité est précisément d'être multifactorielle. Sa visée principale reste cependant la prise en charge. En conséquence, son champ d'action s'étend de l'admission du patient, au sens large, à sa sortie et son orientation. A dire vrai, ce fonctionnement découle directement de la nature même de leur profession. En effet, « *il semble que par-dessus tout, les professionnels en France comme ailleurs, gagnent à développer et mesurer la qualité et la performance de leur activité, ne serait-ce que pour apporter le service attendu par les patients, ce qui fonde leur existence et leur pratique* »[612]. Ainsi, non content d'être impliqués, les acteurs de terrain doivent aussi mener son déploiement dans leur exercice, ou par le biais des différents protocoles.

286. Modalités de fonctionnement : participation des usagers. Au sein de cette politique, la participation des usagers est non seulement attendue, mais tout simplement essentielle. A ce titre, la démarche qualité n'a de sens qu'à travers le patient, qui est placé au cœur même du système. En effet, il est positionné, au moins en principe, au centre de toutes les étapes de la démarche, bien que ce positionnement ne soit pas forcément toujours explicite[613]. Pour autant, les dispositifs visent bien sa prise en charge, les modalités

---

[612] **M. DECOUVELAERE, D. FABREGA**, « *En temps de crise, le patient importe et la qualité compte* », IRBM News, Vol. 31, Issue 1, 2010, pp. 9-16.

[613] De manière surprenante, l'article L. 6111-2 du code de la santé publique relatif à l'obligation de mettre en place une politique de qualité ne mentionne à aucun moment les termes « patient », « malade » ou « usager » : « *Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les évènements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité*

d'évaluation le concernent[614] tout particulièrement, voire l'impliquent[615] et la mesure de sa satisfaction devient un objectif stratégique. Cette idée se retrouve notamment au sein du code de la santé publique qui définit la qualité de la prise en charge du malade comme un « *objectif essentiel pour tout établissement de santé* »[616]. Surtout, les établissements de santé doivent « *procéder à une évaluation régulière* » de la satisfaction des patients, « *portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour* »[617]. Globalement, la place de cette mesure de la satisfaction de l'usager se veut grandissante, tant dans sa variété que dans ses implications pour les structures[618]. En témoigne la multiplication des demandes de retour d'expérience patient, notamment par le biais de questionnaire de satisfaction[619].

287. **Transition**. L'ensemble de cette démarche, orientée vers une recherche constante de pertinence et d'amélioration des pratiques, est désormais ancrée dans le fonctionnement des établissements de santé au quotidien. En son sein, la gestion des risques est primordiale.

---

de la stérilisation des dispositifs médicaux ». La rédaction de l'article vise ainsi, et avant tout, à définir le contenu de l'obligation et ainsi des missions de la structure sans forcément s'attarder sur les objectifs associés.

[614] Il est intéressant ici d'oser partir sur la métaphore de l'omelette aux lards s'agissant de la décision médicale, chère au Pr. François Vialla, et d'observer que dans le cas de la mise en place de la démarche qualité son positionnement est inversé. Ainsi, alors que le patient joue bien entendu le rôle du porc, impliqué dans le plat, et le soignant le rôle de la poule, seulement concernée par celui-ci, il semblerait que le porc se transforme en poule dans ce cas de figure : si l'évaluation de la qualité concerne évidemment l'usager, l'enjeu implique davantage l'établissement qui se verra contrôlé, évaluée voire sanctionnée. En conséquence, l'usager devient la poule, et la structure le porc !

[615] En témoigne notamment le dispositif du patient traceur mis en place par la HAS dans le cadre de la certification.

[616] Article L. 1112-2 du code de la santé publique.

[617] *Ibid.*

[618] Par ailleurs, il serait difficile de limiter ici l'importance de la participation des usagers-clients au seul domaine de la santé. En effet, « *nous sommes maintenant dans une économie de services où le client est coproducteur du service avec l'entreprise. Dans ces conditions, le contrôle des processus de la chaîne de valeur dans les services est à la fois une nécessité et une difficulté : l'entreprise doit garantir la qualité de la prestation délivrée ; elle doit gérer et contrôler aussi bien la relation que les opérations ; elle doit veiller à l'efficience des actions et à la productivité de ses personnels au contact du client ; etc.* ». **F. MEYSSONIER, M. ZAKAR**, « *Satisfaction du client et efficience du personnel en contact dans la relation de service. Étude du cas d'une entreprise de grandes surfaces de bricolage* », Recherches en Sciences de Gestion, 2016/1, n°112, pp. 59-76.

[619] Notamment dans le cadre du dispositif E-SATIS développé par la HAS.

§2. Qualité et sécurité : la gestion des risques

288. A certains égards, il semble que la gestion des risques résume et concrétise particulièrement bien la démarche qualité au sein des établissements. Ceci impliquant une étude des notions la composant (A), mais aussi et surtout de son fonctionnement (B).

A. Présentation des notions

289. **Présentation et historique.** Ainsi, il est impossible de distinguer, au sein de la politique de la santé, les notions de qualité et de sécurité. Cette association se matérialise par la gestion des risques. En outre, comme l'explique Isabelle ROGER, « *la gestion des risques associés aux soins constitue un enjeu majeur pour les établissements de santé (…). Garantir la sécurité des soins est devenu une priorité de santé publique se traduisant à travers des orientations du programme national pour la sécurité des patients, d'exigences réglementaires renforcées et par l'évolution de la certification des établissements de santé* »[620]. De plus, il est loisible de penser que « *renforcer la sécurité des patients dans les organismes de soins* » est « *un objectif qui a de quoi surprendre puisqu'il est bien question de protéger l'individu des risques « sanitaires » qu'il encoure durant son parcours au sein d'un établissement public ou privé dont l'objectif premier, en principe, est de « guérir » la personne des maux qui affectent son état de santé* »[621].

290. Pour autant, il apparaît que la complexification du soin apporte son lot d'insécurités et de risques pour le patient qui doivent être gérés par les structures[622], cette dimension

---

[620] **I. ROGER**, « *Management des risques dans un établissement de santé* », Transfusion Clinique et Biologique, Volume 24, Issue 3, Supplement, Septembre 2017, p. 286. Elle précise en outre que « *cette approche nécessite une mobilisation collective et une implication forte des acteurs clés des établissements : directions, président de la CME, coordonnateur de la gestion des risques associée aux soins, commissions spécifiques et responsables des pôles d'activité cliniques ou médicotechniques* ».

[621] **T. BREGER**, « *Sécurité et droits des patients : approche des fondements juridiques de l'identito-vigilance* », LEH Édition, RGDM, n° 43, 2012, pp. 201-235. L'auteur ajoute très justement que « *pourtant, tel est bien aujourd'hui et pour l'avenir l'un des enjeux, l'un des piliers phares de la politique de santé publique en France comme à l'étranger* ».

[622] En ce sens : « *Le développement d'une médecine d'excellence, fondée sur des approches scientifiques et technologiques, a permis d'obtenir un niveau d'efficacité exceptionnel dans les pays industrialisés. La médecine est aussi devenue plus complexe et source de risques plus importants* ». L'auteur cite en outre Sir Cyril CHANTLER qui explique que « *la médecine*

prenant désormais une place essentielle. Ainsi, « *l'objectif d'amélioration de l'état de santé des individus et des populations ne peut pas être atteint si les soins produisent plus d'insécurité que d'efficacité et inversement. La balance entre les bénéfices attendus et les risques encourus représente un principe cardinal de la performance des soins depuis toujours. Aussi, la question de l'efficience des soins dans le cadre d'une balance à trois (qualité, sécurité et coûts) est devenue une priorité au même titre que l'efficacité des soins et la sécurité des patients* »[623].

291. Définition de la gestion des risques. De manière générale, le ministère des solidarités et de la gestion défini la gestion des risques comme un « *processus continu et intégré à l'ensemble d'une organisation, qui permet de diminuer la survenue des risques et de leurs conséquences par l'identification, l'analyse, l'évaluation des situations dangereuses et des risques qui causent ou qui pourraient causer des dommages aux personnes, aux biens ou à l'environnement et le contrôle des risques résiduels* »[624]. La partie réglementaire du code de la santé publique explique en outre que « *la gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins (…) et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise* »[625].

292. La gestion des risques constitue par ailleurs un enjeu majeur de gestion, pour ne pas dire une exigence. Ainsi, « *l'HAS souhaite désormais renforcer la maîtrise des risques et l'effet de la certification sur le management de l'établissement et des secteurs d'activité. En d'autres termes, la stratégie*

était simple, inefficace et relativement sûre ; elle est maintenant complexe, efficace et potentiellement dangereuse ». **J.-M. JANUEL, P. ASTAGNEAU**, « *8. Qualité des soins et sécurité des patients : quel rôle dans la performance, quels modes d'évaluation et quels outils ?* », in : **E. MINVIELLE** éd., Manager une organisation de santé. L'apport des sciences de gestion. Rennes, Presses de l'EHESP, « Recherche, santé, social », 2018, pp. 157-179. **C. CHANTLER**, « *The role and education of doctors in the delivery of health care* », Lancet, n° 353 (9159), 1999, pp. 1178-1181.

[623] **J.-M. JANUEL, P. ASTAGNEAU**, « *8. Qualité des soins et sécurité des patients : quel rôle dans la performance, quels modes d'évaluation et quels outils ?* », *op. cit.*

[624] Définition de la gestion des risques, site internet Ministère des solidarités et de la santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/gestion-des-risques, consulté le 21/11/2021.

[625] Article R. 6111-1 du code de la santé publique.

de l'établissement doit s'appuyer sur une identification de risques hiérarchisée »[626]. En outre, un observatoire des risques médicaux avait été mis en place en 2007[627], rattaché à l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), « *dont l'objet est d'analyser les données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales, à leur indemnisation et à l'ensemble des conséquences, notamment financières, qui en découlent* »[628]. Un rapport annuel doit en théorie être produit en ce sens[629]. Elle est aussi envisagée dans une dimension sécuritaire, en témoigne notamment le régime des autorisations sanitaires qui prévoit que « *quelle que soit la forme de gestion ou d'exploitation adoptée par la personne titulaire de l'autorisation, celle-ci en demeure le seul responsable, notamment au regard des obligations relatives à l'organisation et à la sécurité des soins* »[630]. Enfin, en élargissant nettement le propos, il apparaît que la notion est omniprésente, et surtout qu'il ne s'agit pas pour les structures d'éviter strictement le risque,

---

[626] **E. RAGNI, B. LASSALE**, « *Certification des établissements de santé pour la qualité des soins : le regard évolue sur le risque transfusionnel en ES* », Transfusion Clinique et Biologique, Volume 28, Issue 4, Novembre 2021, pp. 349-352. Appréciation portant sur les objectifs de la V2014 de la certification de la HAS.

[627] Article 22 de la loi n°2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique (Titre résultant de la décision du Conseil constitutionnel n°2007-546 DC du 25 janvier 2007).

[628] Article L. 1142-29 du code de la santé publique.

[629] Article D. 1142-68 du code de la santé publique : « *l'Observatoire des risques médicaux procède, dans l'intérêt de la santé publique, à l'analyse des données définies au premier alinéa de l'article L. 1142-29 à des fins de connaissance des risques médicaux, dans le cadre de son rapport annuel. Il met ainsi en évidence les grandes caractéristiques de la sinistralité et du coût de l'indemnisation qui en découle, y compris leur évolution dans le temps. Il fait ressortir les relations existant notamment entre le type de spécialité concernée, la nature du sinistre, le montant de l'indemnisation due par sinistre et la durée moyenne de règlement. Il en dégage le coût pour l'ensemble des acteurs et détaille la répartition des charges d'indemnisation entre les différents organismes mentionnés à l'article L. 1142-29* ». Il est cependant permis de douter de l'efficacité du dispositif en observant que le dernier rapport produit date de 2015.

[630] Art. L. 6122-3 al. 7 du code de la santé publique.

mais bien de le gérer, y compris dans la délivrance des soins[631], dans l'information à donner au patient[632], y compris lorsque le risque est exceptionnel[633].

293. Comparaison avec d'autres secteurs d'activité. Globalement, il faut noter que l'émergence d'une telle conception de la gestion de la qualité n'est pas propre au secteur de la santé. En ce sens, « *au cours de ces dernières décennies, les entreprises industrielles se sont retrouvées dans l'obligation de s'adapter à un environnement très fluctuant. Parmi ces obligations, l'entreprise doit répondre aux exigences de la qualité des produits/processus, de la sécurité des hommes et des matériels, aux exigences de la protection d'environnement et d'amélioration de la productivité. Cela place, par conséquent, les systèmes qualité, sécurité et environnement, appelés souvent QSE, au centre des préoccupations liées à l'optimisation des processus industriels* »[634]. La majorité des secteurs d'activité ont opté pour cette approche, qui résulte en outre du cheminement global de la démarche qualité. En effet, avec une volonté de réduire au maximum les risques éventuels dans la production afin de veiller au bon contenu de la prestation. Ainsi, Yvon PESQUEUX explique que l'on « *peut*

---

631 En témoigne notamment l'article L. 1110-5 al. 1er du code de la santé publique qui pose indirectement l'idée d'une balance bénéfice-risque : « *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté* ».

632 Art. L. 1111-2 al. 1er du code de la santé publique : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver* ».

633 Au sein de l'ordre judiciaire, voir Cass. Civ. 1ère. 7 octobre 1998, n°97-10.267 : « *le seul fait que ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas le médecin de son obligation d'information* ». Au sein de l'ordre administratif, voir CE, sect., 5 janvier 2000, n°181899 A et 198530 : « *la seule circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les praticiens de leur obligation* ».

634 Pour une comparaison avec le secteur industriel notamment. **B. DAKKAK, Y. CHATER and A. TALBI.** « *Proposition d'Une Matrice De Criticité Intégrant Les Systèmes Qualité, Sécurité Et Environnement Pour La Fonction Maintenance* ». Journal of Decision Systems, vol. 21, no. 4, 2012, pp. 291-305 ABI/INFORM Collection. ISSN 12460125.

véritablement parler d'un « modèle simplifié, voire simpliste » de l'organisation prenant appui sur un management par la qualité, de la sécurité et de l'environnement qui viendrait constituer aujourd'hui un mode de gouvernement de l'organisation »[635]. Il ajoute de manière intéressante que « *sécurité, sûreté et risque constituent une trilogie conceptuelle de référence. Les notions sont distinctes, mais les protocoles de gestion du risque tendent aujourd'hui à les rapprocher. C'est en particulier le cas de la sécurité informatique et de la sûreté de fonctionnement, ce qui est normal au regard du tressage qui existe, depuis la décennie 80, entre les techniques informatiques et celles de l'automatisation, ce rapprochement étant effectué sous le chapeau commun de la gestion des risques* »[636]. En conclusion, la logique développée au sein des établissements de santé est comparable, sinon similaire, aux autres secteurs d'activité. En effet, ici la volonté sera de réduire au maximum les risques dans la production de soins, afin de favoriser la bonne qualité de prise en charge du patient, le tout dans un cadre de sécurité.

B. Fonctionnement global et interne

294. Présentation. Aujourd'hui, la démarche qualité au quotidien s'entend peut-être avant tout autour de la gestion des risques. En effet, la recherche des cas de figure négatifs semble permanente. A ce titre, la gestion des événements indésirables doit être envisagée. Par suite, la notion de vigilance est centrale dans cette démarche. L'ensemble s'inscrivant dans une logique de fonctionnement global, y compris lorsqu'il s'agit d'évoquer la gestion de crise.

295. Gestion des évènements indésirables. Dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins, l'objectif principal est donc d'éviter les évènements indésirables associés

---

635 **Y. PESQUEUX**, « *Qualité & sécurité & environnement: conjonction et non jonction* ». Groupe Experts Qualité CNAM, Oct 2008, Toulouse, France. hal-00480061, p. 3.

636 *Ibid.* p. 4. L'auteur précise en outre de manière intéressante que « *la montée en puissance de la thématique du risque a également conduit à mettre en exergue d'autres déclinaisons du concept de sécurité. Il en va ainsi de la notion de sécurité sanitaire apparue avec les problèmes du sang contaminé, de l'hormone de croissance, de la maladie de Creutzfeldt-Jacob, du rôle de l'amiante dans les cancers du poumon, etc. qui ont illustré les défaillances des structures de veille et de contrôle sanitaires. L'objectif de la sécurité sanitaire est d'éviter que de tels risques viennent détériorer la santé, notamment ceux qui peuvent être modifiés du fait de l'environnement physique, chimique et microbiologique. La sécurité sanitaire ne peut donc pas ainsi se diviser aussi aisément que cela en sécurité médicale, alimentaire ou environnementale, d'où l'idée d'une agence de sécurité sanitaire unique, assurant veille et contrôle en amont, indépendante et non soumise aux pressions* » (p.9).

aux soins (EI). Ainsi, un EI est « *un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et ayant des conséquences potentiellement préjudiciables* »[637]. Par extension, on distingue de cette l'hypothèse le cas de l'événement indésirable grave, à savoir « *un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale* »[638]. Il revient au représentant légal de la structure, en corrélation avec le président de la Commission médicale d'établissement (CME), de définir l'organisation de cette gestion[639]. La procédure de déclaration auprès du directeur général de l'ARS implique directement le personnel médical qui est débiteur d'une obligation en la matière[640], bien que sa réalisation soit grandement facilitée[641]. Cette procédure est, là-aussi, standardisée autour d'un formulaire type[642] qui garantit l'anonymat du patient comme du

---

637 Article R. 1413-66-1 du code de la santé publique.

638 Article R. 1413-67 du code de la santé publique.

639 Article R. 6111-2 du code de la santé publique. Celle-ci vise notamment la mise en œuvre « *des actions de formation des personnels et des actions de communication en direction des personnels et des usagers permettant de développer la culture de sécurité dans l'établissement* ». Plus largement, elle doit prévoir une expertise en la matière ainsi qu'un dispositif permettant le recueil de ces EI. La CME dans ce contexte doit bénéficier de tous les éléments nécessaires afin d'établir un programme d'actions permettant de lutter contre les EI ainsi qu'un bilan annuel des actions établies. Surtout, elle doit « *assurer la cohérence de l'action des personnels qui participent à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins* » et « *permettre à la commission médicale d'établissement ou à la conférence médicale d'établissement de disposer des éléments relatifs à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance et à assurer la cohérence de l'action des personnes qui assurent une activité transfusionnelle* ».

640 De manière générale, l'article L. 1413-14 du code de la santé publique prévoit un certain nombre de déclaration obligatoire : « *Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé* ».

641 En ce sens, si l'article R. 1413-68 du code de la santé publique rappelle cette obligation de déclaration pour le professionnel de santé, il précise que celui « *qui informe par écrit le représentant légal de l'établissement de santé ou de l'établissement ou du service médico-social dans lequel il exerce de la survenue d'un événement indésirable grave associé à des soins dans cet établissement ou service est réputé avoir satisfait à son obligation de déclaration prévue à l'article L. 1413-14* ».

642 Article R. 1413-69 du code de la santé publique. Le formulaire est notamment composé de deux parties, la première doit être transmise immédiatement et comprend « *la nature de l'événement et les circonstances de sa survenue ou, à défaut, de sa constatation* », « *l'énoncé des premières mesures prises localement au bénéfice du patient et en prévention de la répétition d'événements de même nature* » et « *la mention de l'information du patient et, le cas échéant, de sa famille, de ses proches ou de la personne de confiance qu'il a désignée* ». La seconde partie est transmise dans les trois mois par le déclarant et comprend cette fois « *le descriptif de la gestion de l'événement* », « *les éléments de retour*

professionnel concerné[643]. D'une manière générale, le traitement de ces déclarations constitue une mission à la fois importante et complexe. En effet, « *le repérage d'un signal signifiant est difficile, il nécessite de la part du récepteur une excellente connaissance du terrain, une forte compétence en santé et une solide expérience du travail dans les différents champs de l'administration de la santé : épidémiologie, fonctionnement et organisation des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, santé environnementale, organisation de l'offre de soins, cadre légal et réglementaire du système de santé* »[644].

296. Présentation de la notion de vigilance. La présentation de la notion de manière générale n'est pas dépourvue d'intérêt, tant son acception par les pouvoirs publics témoigne de la vision de la performance qu'ils cherchent à déployer au sein des établissements de santé. En effet, alors que le terme s'attarde davantage sur le soin accordé à une chose ou quelqu'un, il fait l'objet d'une définition sécuritaire dans le domaine sanitaire. Ainsi, l'Académie française en 1718 parlait de « *l'attention sur quelque chose ou sur quelqu'un, accompagnée de diligence & d'activité* »[645], définition qui n'a d'ailleurs pas véritablement évoluée depuis[646]. Le dictionnaire Littré, quant à lui, renvoie à vigilant et parle de ce « *qui veille avec beaucoup de soin à ce qu'il doit faire* »[647]. D'autres dictionnaires renvoient à des définitions certes plus proches de celles connues dans le champ de la santé[648], mais son étymologie quant à elle

d'expérience issus de l'analyse approfondie des causes de l'événement effectuée par les professionnels de santé concernés avec l'aide de la structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients » et « *un plan d'actions correctrices comprenant les échéances de mise en œuvre et d'évaluation* ».

643 Article R. 1413-70 du code de la santé publique.

644 **A. AIMEUR, J.-P. GUYONNET**, « *Déclarer un événement indésirable grave associé à des soins, de la fonction de prévention à la fonction d'alerte de l'autorité sanitaire* », LEH Édition, RDS, n° 83, 2018, pp. 356-367. C'est d'ailleurs au regard de cette complexité que les auteurs parlent de « *la qualification de la ressource médico-technique affectée à l'analyse et au traitement du signal au sein des ARS* » comme d'un « *défi* ».

645 Dictionnaire de l'Académie française, 2ème éd., 1718. Nouveau Dictionnaire de l'Académie françoise dedié au Roy (2ème éd.), 1718.

646 « *Attention que l'on porte avec diligence, avec activité, sur quelque chose ou sur quelqu'un* ». Dictionnaire de l'Académie française, 8ème éd., Paris, 1932-1935.

647 Dictionnaire Littré, « vigilant ». **E. LITTRE**, Dictionnaire de la langue française, Tome 4, Paris, 1873-1874, p. 2490.

648 En ce sens, le Trésor de la langue française informatisé (TLFI) définit la vigilance comme suit : « *attention soutenue à veiller sur quelqu'un ou quelque chose ; surveillance attentive, sans défaillance* ».

confirme l'idée précédente. En effet, vigilance renvoie au latin *vigilantia*, c'est à dire l'« *habitude de veiller, soin vigilant, attention* ».

297. Application au domaine sanitaire. La notion de vigilance a été introduite en 1998[649] qui avait ajouté aux missions des établissements de santé la participation « *à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire (…) et organisent en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales et autres affections iatrogènes* »[650], formule désormais simplifiée mais toujours d'actualité[651]. Elle résulte d'un contexte sanitaire préoccupant et notamment des multiples catastrophes connus au cours des années 1990[652] telles que le sang contaminé ou encore l'épidémie de la vache folle. Le dispositif se veut particulièrement exhaustif puisqu'il va prévoir par exemple l'hémovigilance[653], la pharmacovigilance[654],

[649] Loi n°98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

[650] Ancien article L. 711-1 du code de la santé publique.

[651] Article L. 6111-1 al. 4 du code de la santé publique : « *ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire* ».

[652] Comme l'explique Vincent VIOUJAS, « *cette transformation est relativement récente et procède directement des différentes catastrophes sanitaires auxquelles la France a été confrontée au cours des dernières décennies du siècle dernier* ». **V. VIOUJAS**, « *Surveiller et prévenir : la réorganisation des vigilances sanitaires* », CDSA, n°24, 2017 (v. numérique 2018), p. 45-60. Sur ces questions : **D. VIRIOT-BARRIAL (dir.)**, « *Les catastrophes sanitaires. Modèle repensé et controversé de gestion du risque* », Cahiers de droit de la santé, n° 17, LEH Édition, 2013 ; **F. ROUSSEAU, K. FOUCHER (dir.)**, « *Les réponses du droit aux crises sanitaires* », L'Harmattan, 2016.

[653] Article L. 1221-13 du code de la santé publique, elle est notamment définie comme un élément de la sécurité transfusionnelle par l'article R. 1221-22 du Code de la santé publique.

[654] Article L. 5121-22 du code de la santé publique : « *la pharmacovigilance a pour objet la surveillance, l'évaluation, la prévention et la gestion du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits mentionnés à l'article L. 5121-1* ».

l'addictovigilance[655] ou encore l'identitovigilance[656], sans aller au-delà dans le listing[657]. Ainsi, ces éléments représentent autant de protocoles de gestion que d'éléments de standardisation. Par suite, ceux-ci s'inscrivent dans une démarche globale de sécurisation[658] des pratiques et de la prise en charge. Surtout, elle reste très fortement centralisée et témoigne d'une organisation de santé publique. En ce sens, les ARS sont notamment responsables de la mise en place du déploiement territorial de ces vigilances[659]. Les pouvoirs publics imposent une logique de performance sécuritaire mais s'y impliquent en veillant à sa diffusion et son contrôle. En conséquence, les établissements de santé se trouvent concernés par une exigence de performance résultant d'un système de santé publique.

298. Lien avec la gestion de crise. Plus encore, il semble difficile de ne pas envisager la gestion des risques et des vigilances sans aborder la question d'une crise éventuelle. A ce

---

655 Article L. 5133-1 du code de la santé publique : « *l'addictovigilance a pour objet la surveillance, l'évaluation, la prévention et la gestion du risque des cas d'abus, de dépendance et d'usage détourné liés à la consommation, qu'elle soit médicamenteuse ou non, de tout produit, substance ou plante ayant un effet psychoactif, à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac* »

656 Article R. 1112-3 du code de la santé publique, bien que la notion n'ait pas de définition légale à proprement parler. Cela ne remet nullement en cause son importance dans la gestion de la sécurité des structures. La HAS dans son manuel de certification définie le processus comme étant un « *système de surveillance et de gestion des risques liés à l'identification des patients. Il vise à garantir l'identification correcte des patients tout au long de leur prise en charge à l'hôpital et dans les échanges de données médicales et administratives. L'objectif est de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge en fiabilisant les données* ». **HAS**, Manuel : Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, Septembre 2021, p. 301, M-à-J Version 2023, p. 294.

657 On trouve également la biovigilance (article L. 1211-7 du code de la santé publique), la matériovigilance (articles L. 5212-1 à L. 5212-3 du code de la santé publique), la réactovigilance (article R. 5222-1 du code de la santé publique), la cosmétovigilance (article L. 5131-5 du code de la santé publique) ou encore la radiovigilance (article L. 1333-3 du code de la santé publique).

658 Ceci est d'ailleurs un droit de première importance, en ce sens l'article L. 1110-5 du code de la santé publique dispose que « *toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé ni de l'application du titre II du présent livre* ».

659 Article L. 1435-12 du code de la santé publique.

sujet, les pouvoirs publics ont doté les structures sanitaires d'un mécanisme, appelé plan blanc, visant à affronter ces types de situation tout en leur permettant, au moins en théorie, de conserver un niveau de qualité de prise en charge suffisant. Ainsi, « *chaque établissement de santé est doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale* »[660]. Un dispositif équivalent existe également dans le secteur médico-social, celui-ci est, quant à lui, appelé plan bleu[661]. Sans nécessairement s'étendre davantage sur les implications et les modalités de déclenchement de ces procédures, elles témoignent, là-encore, d'une gestion standardisée et protocolisée. Elles s'inscrivent également dans une logique de gestion des risques, dans la mesure où elles visent l'anticipation des situations critiques, l'idée est de faire en sorte de n'être jamais dépassé, d'envisager tous les cas de figure, ceci exigeant un niveau de performance incontestable.

299. Logique de fonctionnement : approche globale. De manière générale, les professionnels font partis des acteurs majeurs de cette démarche de gestion des risques. Cela implique tout d'abord un certain nombre d'adaptation dans leur exercice professionnel. A ce titre, Alain GARAY énonce le propos suivant : « *érigée en vertu démocratique, la transparence constitue un facteur de prévention et de gestion des risques sanitaires et médicaux contrainte par la culture traditionnelle du secret. Les professionnels de santé, dans certaines circonstances débiteurs d'informations, ont de toute évidence un intérêt certain à adapter leurs pratiques*

660 Article L.3131-7 du code de la santé publique.

661 Voir notamment le Décret n°2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Désormais, l'article D. 312-160 du code de l'action sociale et des familles précise que « *les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 sont tenus d'intégrer dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 311-8 un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. Ce plan doit être conforme à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et des personnes âgées* ».

professionnelles à l'aune d'exigences déclaratives pesantes au risque d'exposer leurs pratiques à d'indésirables effets. C'est affaire d'exercice professionnel et de santé publique »[662].

300. Finalement, la qualité orientée par la gestion des risques s'apparente à une organisation globale de la structure. En effet, elle vise un fonctionnement allant de l'anticipation à la correction. Ainsi, l'anticipation, telle que la gestion de crise, permet aux établissements de santé de ne pas être pris au dépourvu en prévoyant un protocole d'urgence particulièrement étoffé. Durant la prise en charge, une autre procédure permet, dans le cadre du signalement des évènements indésirables, de veiller à un traitement quasi-immédiat de toute survenance impromptue de ces EI, afin d'adopter une attitude correctrice dans les plus brefs délais.

301. **Transition.** À l'image de son développement dans les champs industriels ou mercantiles, la démarche qualité a adopté une place de choix dans le fonctionnement des structures de soins. En effet, plaçant le patient au cœur de sa construction, elle adopte un positionnement orienté vers une recherche de sécurité et la visée de la gestion des risques en leur sein. S'agissant de sa mise en œuvre, l'évaluation représente l'outil de prédilection et le plus évident. Cependant, et bien que l'objectif soit affirmé dès l'origine, la mise en place d'une démarche continue ne cesse de se faire jour, avec des leviers d'action de plus en plus variés.

Section 2 : Contrôle et développement de la qualité

302. La démarche qualité se trouve matérialisée par une politique d'évaluation des structures particulièrement élaborée (§1). En outre, celle-ci tient compte des différents types de structure et présente des conséquences qui peuvent être extrêmement importantes pour les établissements. Cela étant, cette politique s'accompagne également d'une volonté de renforcement de la place de cette démarche dans la vie sanitaire (§2), que cela consiste en des actions de promotion ou d'incitation.

---

662 **A. GARAY**, « *Sur les déclarations professionnelles des risques, des dommages, des anomalies survenues et des événements indésirables graves associés aux soins* », LEH Édition, RGDM, n° 63, 2017, pp. 123-134.

§1. Politique d'évaluation de la qualité

303. Une logique de contrôle a vu le jour au sein des établissements de santé durant les années 1990 (A), il convient en conséquence d'étudier le contenu, le déroulement les implications de l'évaluation (B).

A. Émergence d'une logique d'évaluation

304. **Présentation.** La principale acception de la qualité, ou tout du moins sa perception classique et première renvoie à l'évaluation des structures. Celle-ci fait l'objet d'une procédure bien connue du secteur sanitaire, procédure qui s'est grandement perfectionnée et améliorée depuis sa mise en place, à savoir la certification. Cela étant, il ne serait pas pertinent de limiter cette politique à cette seule procédure. En effet, l'évaluation externe s'est toujours vu associée à une évaluation interne ou préalable, parfois appelée auto-évaluation, élément qui pousse les structures à mesurer leur propre niveau de performance. Cette politique est multifactorielle, comme l'ensemble de la démarche, paraît malgré tout mettre en lumière deux thématiques, à savoir l'évaluation des pratiques, et la prise en compte du niveau de satisfaction des usagers.

305. **Émergence de l'accréditation.** Les pouvoirs publics ont développé un outil visant à évaluer la qualité de la prise en charge dans son ensemble au sein des structures. Ainsi, en 1996, est mise en place la procédure d'accréditation, définie comme visant « *à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement* »[663]. Toutefois, il faut noter qu'à l'origine le dispositif n'était pas forcément pensé comme un élément coercitif ou pouvant entraîner des sanctions[664]. Il s'agissait davantage d'une volonté

[663] Article 2 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée modifiant l'ancien article L. 710-5 du code de la santé publique.

[664] Elle a d'ailleurs été qualifié de « *procédure administrative non contentieuse* ». Sur ces questions, **O. CIAUDO**, « *La procédure d'accréditation des établissements de santé* », LEH Édition, RGDM, n° 8, 2002, pp. 21-46.

de mise en conformité. Ainsi, « *la démarche menée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé conduit à une procédure d'accréditation car, curieusement, le législateur n'a pas prévu la non-accréditation d'un établissement qui conduirait à sa fermeture. De sorte que la conséquence directe pour l'établissement n'est qu'une alternative : soit il s'agit d'une accréditation sans ou avec des recommandations (…). L'autre possibilité est une accréditation avec réserves ou avec des réserves majeures qui stigmatisent des dysfonctionnements importants* »[665].

306. De plus, au-delà de la nature du contrôle, elle peut avoir pour conséquence de créer une sorte de compétition entre les structures, les résultats étant publiés et accessibles au public, une incitation plus ou moins directe à la performance a été mise en place par ce dispositif. Ainsi, « *même si l'A.N.A.E.S. se défend de contribuer à établir un palmarès comparatif entre les établissements de santé, l'évaluation de la qualité de ces établissements par des professionnels eux-mêmes en activité, devrait aboutir au moins à une émulation entre établissements et ce d'autant que le public sera largement informé des résultats des procédures* »[666].

307. Depuis 2004[667], on ne parle plus d'accréditation mais de certification[668]. Ainsi, le code de la santé publique prévoit qu'afin « *d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la*

---

[665] **R. CLEMENT, O. RODAT, G. NICOLAS**, « *Procédures d'accréditation et nature des obligations en matière de responsabilité médicale* », *op. cit.*

[666] **O. CIAUDO**, « *La procédure d'accréditation des établissements de santé* », *op.cit.* L'auteur nuance malgré tout son propos : « *Bien loin de concourir au classement des établissements de santé dans un illusoire palmarès, la procédure d'accréditation, (…), a pour but d'apprécier la qualité globale des soins délivrés dans les établissements de santé quel qu'en soit le type* ».

[667] Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

[668] Si l'on se limite seulement aux définitions et l'étude des normes, il semble que ce changement de dénomination résulte finalement d'une simple clarification. En effet, le comité français d'accréditation (COFRAC) explique la différence entre accréditation et certification. La première est « *une attestation délivrée par une tierce partie à un organisme d'évaluation de la conformité. Elle constitue une reconnaissance formelle de la compétence de dernier pour réaliser des activités spécifiques d'évaluation de la conformité* ». La certification est « *une attestation délivrée par une tierce partie relative à des produits, des processus, des systèmes ou des personnes* ». Ainsi, elles « *n'interviennent donc pas au même niveau. Si la seconde est délivrée par des organismes de contrôle appelés communément organisme de certification, la première est du ressort des organismes d'accréditation dont la mission est de contrôler les organismes de contrôle ». Elle précise enfin que « la certification permet d'établir, au regard d'exigences spécifiées, la conformité de produits et de services (…), de systèmes de management (…), ou de personnes (…). Toutes les entreprises sont donc susceptibles de faire appel à une certification* ». En outre, il apparaît donc que l'appellation « certification » est plus adaptée à la procédure vécue

sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification. Cette procédure, conduite par la Haute Autorité de santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs pôles, structures internes ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement »[669]. En outre, cette procédure « *est engagée à l'initiative de l'établissement de santé, notamment dans le cadre du contrat qui le lie à l'agence régionale de santé* »[670]. Par suite, le rapport de certification est transmis à l'agence régionale de santé compétente[671].

308. S'agissant de la procédure proprement dite, la HAS la définit comme « *une procédure d'évaluation du niveau de qualité et de sécurité des soins des établissements de santé, publics et privés. Elle est effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS, les experts-visiteurs. Cette procédure, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Celui-ci est évalué au décours d'une visite de l'établissement par référence à des objectifs collectivement définis au niveau national par les professionnels et les usagers* »[672]. Elle accorde en outre une place importante à l'évaluation de la satisfaction des patients[673].

309. Particularisme du secteur médico-social : l'évaluation externe. Dans le secteur médico-social, une procédure d'évaluation externe a été mise en place plus récemment[674].

---

par les structures, en leur qualité d'acteur économique ou technique. COFRAC, Certification et accréditation : quelles différences ?, https://www.cofrac.fr/quest-ce-que-laccreditation/certification-et-accreditation-quelles-differences/, consulté le 07/12/2021.

669 Article L. 6113-3 du code de la santé publique.

670 Article L. 6113-4 du code de la santé publique.

671 Article L. 6113-6 du code de la santé publique.

672 **HAS**, Manuel : Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, *op. cit.*, p. 11, M-à-J Version 2023, p. 20.

673 Article R. 6113-12 du code de la santé publique : « *La procédure de certification des établissements de santé (…) a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et de l'ensemble des prestations délivrées, par services ou par activités, en tenant compte notamment de leur organisation interne ainsi que de la satisfaction des patients. La certification prend en compte (…) les résultats de l'évaluation de la satisfaction des patients* ».

674 En ce sens, l'article 22 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a défini l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles comme suit : « *Les établissements et services*

S'il existe un certain nombre de similitudes, notamment d'objectifs[675], avec la certification des établissements sanitaires, quelques différences notables doivent être soulignées. Tout d'abord, il est précisé que « *dans un objectif d'amélioration continue de la qualité, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 évaluent et font procéder à l'évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent selon une procédure élaborée par la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale* »[676]. Cela signifie que si la HAS est à l'origine du contenu de l'évaluation, elle n'est pas à la manœuvre de son déroulement[677]. En effet, « *les organismes pouvant procéder à cette évaluation sont habilités par la Haute Autorité de santé, qui définit le cahier des charges auquel ils sont soumis* »[678]. S'agissant de son contenu, il est notamment prévu que « *l'évaluation doit viser à la production de connaissance et d'analyse. Cette évaluation doit permettre de porter une appréciation qui l'inscrit dans une logique d'intervention et d'aide à la décision. Elle a pour but de mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits au regard des objectifs tels que précisés ci-après, en référence aux finalités prioritairement définies pour l'action publique* »[679]. Les

mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation ».

675 Aussi, Jacques PAGÈS explique très bien que « *l'évolution culturelle du secteur, le nouveau rôle de l'usager, l'exigence accrue de sécurité et d'excellence des prestations, le développement des mises en jeu de responsabilités, mais aussi l'impératif de maitrise des dépenses sociales sont autant d'éléments annonciateurs d'une consécration législative de l'exigence de qualité dans le secteur social et médico-social* ». Sont ici mis en lumière des objectifs similaires et précédemment définis pour l'accréditation du secteur sanitaire. **J. PAGÈS**, « *La qualité : Une démarche cruciale* », LEH Édition, RDS, n° 10, 2006, pp. 180-182.

676 Article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles. Il convient de souligner que, là-encore, la législation prévoit un double degré d'évaluation, interne et externe.

677 Ce qui n'est pas sans susciter de nombreuses critiques, tant il est possible de douter de l'effectivité réelle du contrôle réalisée. Ainsi, la procédure est réalisée, comme cela existe dans de nombreux secteurs d'activité, par un prestataire extérieur, certes habilité par la HAS, mais désigné … et financé par la structure elle-même ! Voir Art. L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

678 *Ibid.*

679 Annexe 3-10, Chapitre 1er, Section 1, 1.1, du code de l'action sociale et des familles. Les points 1.3 et 1.4 précisent en outre que « *l'évaluation interroge la mise en œuvre d'une action, sa pertinence, les effets prévus et imprévus, son efficience, en considération du contexte observé. Elle implique un diagnostic partagé, la construction d'un cadre de référence spécifique d'évaluation, le choix d'outils de mesure et d'appréciation adaptés. Elle repose sur la mobilisation des partenaires*

objectifs de cette évolution sont également envisagés[680], tout comme les étapes de la procédure[681] ainsi que les résultats[682].

B. Contenu, déroulement et implications de l'évaluation

310. Contenu et déroulement. Son contenu a évolué et s'est développé au gré des différents déploiements ou périodes d'évaluation. La HAS, en charge de la construction de la procédure de certification dans son ensemble[683] et notamment d'en définir le contenu[684], met en lumière ces évolutions. Elle précise ainsi que la première mouture « *a permis de développer la culture de qualité et de sécurité des soins et d'impliquer les établissements dans une démarche d'amélioration continue* »[685]. Le second temps en 2005 a inséré « *l'évaluation des pratiques professionnelles dans les unités de soins* ». La « *V2010* » a accentué les exigences « *en termes de prise en charge du patient et de gestion des risques* », quand la « *V2014* » visait à « *renforcer la capacité des établissements de santé de santé à identifier et maitriser leurs risques en continu* », à travers la méthode

concernés aux différentes étapes de la démarche évaluative », mais également qu'elle « *contribue à la coopération entre les usagers, les professionnels, les gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les autorités publiques* ».

680 Ainsi le chapitre II de l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles liste ces différents objectifs, à savoir « *porter une appréciation globale* », « ex*aminer les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne* », « *examiner certaines thématiques et des registres spécifiques* » et « *élaborer des propositions et/ou préconisations* ».

681 Définies au sein du chapitre IV de l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles : « *observation et description* », « *étude et analyse* » et « *synthèse* ».

682 Définis au sein du chapitre V de l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles et notamment au sein des principes généraux prévus à la section 1 : « *Les résultats de l'évaluation externe sont remis par l'évaluateur à la personne physique ou à la personne morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médico-social sous la forme d'un rapport d'évaluation. (…) Le document produit doit avoir une visée informative et refléter l'ensemble des différentes étapes de l'évaluation. (…) Le rapport ne peut se limiter à un résumé de l'évaluation conduite. Il doit apporter à l'autorité ayant délivré l'autorisation une argumentation sur les données recueillies et l'analyse qui en résulte, permettant de l'éclairer utilement. (…) L'évaluation doit répondre à des exigences de qualité en termes de pertinence, de fiabilité, d'objectivité et de transparence* ».

683 Article L. 161-37 4° du code de la sécurité sociale.

684 Article R. 161-74 du code de la sécurité sociale.

685 **HAS**, Manuel : Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, *op. cit.*, p. 3, M-à-J Version 2023, p. 21.

d'évaluation s'appuyant sur le « *patient traceur* »[686]. Aujourd'hui, le contenu du manuel de certification se veut particulièrement étoffé, avec une augmentation des domaines d'expertise et des listes thématiques[687], montrant toute la profondeur de cette procédure, les implications pour les services ainsi que l'exigence de performance qui en découle.

311. S'agissant du déroulement, il est notamment prévu que la certification « *a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et de l'ensemble des prestations délivrées, par services ou par activités, en tenant compte notamment de leur organisation interne ainsi que de la satisfaction des patients* »[688]. Elle « *prend en compte les mesures prises par les établissements de santé, en vertu de l'article L. 1110-7, pour assurer le respect des droits des personnes malades, les résultats de l'évaluation de la satisfaction des patients prévue à l'article L. 1112-2 et l'amélioration des pratiques hospitalières résultant des mesures prises dans le cadre des accords prévus à l'article L. 6113-12* »[689]. Au préalable, l'initiative de l'entrée dans la certification revient à l'établissement de santé[690].

312. Concernant le déroulement de la visite, le pouvoir de contrôle de la HAS se veut particulièrement intrusif puisque la structure doit communiquer « *aux experts chargés de ces*

---

[686] Méthodologie particulièrement intéressante par ailleurs et témoignant du degré d'exigence : « *La méthode du patient-traceur permet d'analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge (…). La méthode du patient-traceur a une double originalité : • elle prend en compte l'expérience du patient ; • elle permet de réunir les professionnels de l'équipe autour de la prise en charge du patient tout au long de son parcours, et favorise ainsi les échanges et la communication entre les acteurs de la prise en charge et avec le patient acteur de celle-ci. Son approche pédagogique, sans jugement ni recherche de responsabilités, permet l'adhésion des professionnels et donc un déploiement pérenne de la méthode* ». **HAS**, Guide méthodologique : Le patient-traceur en établissement de santé, méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Novembre 2014, p. 4.

[687] Ainsi, le manuel de certification des établissements de santé en date du septembre 2021 (logique conservée par la mise à jour pour 2023) propose un référentiel organisé en 15 objectifs répartis en 3 chapitres, « *le patient* », « *les équipes de soins* » et « *l'établissement* ». La variété est partout au sein des objectifs à titre d'exemple, on vérifie que « *le patient est informé* » et que « *son implication est recherchée* », ou encore que « *la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe* », mais également que « *l'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté* ». HAS, Manuel : Certification des établissements de santé, Septembre 2021, pp. 14-15, M-à-J Version 2023, pp. 23-24.

[688] Article R. 6113-12 du code de la santé publique.

[689] *Ibid.*

[690] Article L. 6113-4 du code de la santé publique.

visites tout document nécessaire à leur analyse »[691]. Dorénavant, au-delà du patient traceur, le manuel de certification prévoit différentes méthodes d'évaluation visant à assurer à la fois un contrôle précis, tant sur la prise en charge que sa continuité[692]. Ainsi, les objectifs de la visite s'inscrivent pleinement dans une logique de parcours de santé publique et les établissements de santé sont clairement audités quant à leur insertion dans cette démarche.

313. Certification et procédure de résultat[693]. Une fois la visite achevée, la définition des résultats, à savoir le rapport de certification fait l'objet d'une procédure particulière et visant à impliquer autant que possible les acteurs de terrain. Ainsi, les experts-visiteurs envoient à l'établissement un pré-rapport de certification, portant sur le déroulement de la visite. Ensuite, la structure peut transmettre ses observations sous un mois. Au regard de ces éléments, la HAS établit un rapport de certification accompagné de sa décision pouvant revêtir trois formes. En premier lieu, une certification appelant une nouvelle visite sous quatre ans. Celle-ci peut s'accompagner d'une mention reconnaissant la haute qualité des soins de la structure. Alors, l'établissement peut être certifié sous condition, lorsque la démarche qualité est à améliorer. Dans ce cas de figure, une visite sera reprogrammée entre six et douze mois afin que la structure puisse se remettre à niveau. Enfin, il peut se voir refuser la certification, lorsque sa démarche est insuffisante. Cette hypothèse, visant des cas de figure plutôt graves, appelle la mise en place d'une nouvelle procédure dans les deux ans. Le résultat est diffusé et accessible en ligne à tous[694].

---

691 Article R. 6113-14 du code de la santé publique.

692 Le manuel de certification prévoit notamment, au-delà des simples observations, la méthode du « *parcours traceur* », à savoir l'évaluation de « *la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, et le travail en équipe* », la méthode du « *traceur ciblé* », c'est à dire l'évaluation « *sur le terrain* » de « *la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs* », ou encore la méthode de « *l'audit système* » qui « *consiste à évaluer un processus pour s'assurer de maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs* », celui-ci partant « *de la compréhension du processus jusqu'à la vérification, sur le terrain, de sa mise en œuvre réelle par les professionnels* » quand le traceur ciblé « *part du terrain pour remonter, en cas de dysfonctionnements observés, vers le processus* ». **HAS**, Manuel : Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, *op. cit.*, pp. 20-21, M-à-J Version 2023, pp. 34-35.

693 **HAS**, Manuel : Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, *op. cit.*, pp. 25-26, M-à-J Version 2023, pp. 29-30

694 Article R. 6113-15 du code de la santé publique, et notamment : « *La procédure de certification établie par la Haute Autorité de santé prévoir notamment : (…) les modalités de consultation par le public du rapport et de la décision de*

314. Lien avec les autorisations. Si le contenu de la certification semble s'étoffer au fil du temps, il apparait que son importance dans la gestion et le devenir des structures se veut pour le moins grandissante. En effet, depuis 2018[695], l'ARS délivre les autorisations sanitaires « *en tenant compte des éléments des rapports de certification émis par la Haute Autorité de santé qui concernent le projet pour lequel elle est sollicitée et qui sont pertinents à la date de la décision* »[696]. L'idée se vérifie plus nettement encore dans le secteur médico-social puisque le législateur a dès l'origine prévu un impact de l'évaluation externe sur le renouvellement d'autorisation[697]. En conséquence, la bonne tenue de la démarche qualité d'un établissement de santé aura un impact direct sur le développement voire dans certains cas la survie de son activité. Il parait, dès lors, impensable de ne pas en faire un objectif stratégique, ceci induisant indubitablement une logique de performance dans l'organisation de la structure.

315. Évaluation de la satisfaction des usagers[698]. Autre manifestation de la politique d'évaluation de la qualité au sein des structures, la mesure de la satisfaction des usagers. En effet, elle devient un élément majeur, central, dans l'activité de l'établissement. Bien sûr, cette évaluation n'est pas nouvelle, en effet, dès 1947 dans la première charte du patient hospitalisé, les pouvoirs publics recommandaient aux établissements de santé de la

certification ». La HAS, désormais, diffuse elle-même ces éléments avec son outil Qualiscope, après la fermeture de la plateforme Scope Santé en décembre 2021.

695 Article 1er de l'Ordonnance n°2018-21 du 17 janvier 2018.

696 Article L. 6122-2 du code de la santé publique.

697 En ce sens, l'article 29 de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale proposait pour la rédaction suivante pour l'article L. 313-5 du code de l'action sociale et des familles : « *L'autorisation est réputée renouvelée par tacite reconduction sauf si, au moins un an avant la date du renouvellement, l'autorité compétente, au vu de l'évaluation externe, enjoint à l'établissement ou au service de présenter dans un délai de six mois une demande de renouvellement* ». Plus largement, l'article 25 de la même loi expliquait au sein de l'article L. 313-1 du même code que « *l'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe* ».

698 Sont étudiés ici les dispositifs où la volonté des structures d'évaluer la qualité de la prise en charge. Le propos peut s'orienter autour du ressenti patient, à l'image de l'expérience-client souvent étudiée par les entreprises. Est donc mis sur le côté l'étude des plaintes ou contentieux éventuels, avec le rôle en outre de la commission des usagers, qui représente un autre outil de prise en compte de la satisfaction, mais qui ne relève pas véritablement de l'évaluation.

mesurer[699]. Par la suite, la recommandation va devenir obligation avec l'ordonnance du 24 avril 1996[700], en liant notamment les résultats à l'accréditation. Le lien avec cette procédure est permanent, et de nombreux critères dans le dernier manuel de certification y font référence, montrant ainsi le niveau d'exigence de la HAS en la matière[701]. Les outils de mise en œuvre sont très variés et permettent une étude en profondeur de la thématique et d'inclure le patient, à l'image des référentiels, des questionnaires de satisfaction. Désormais, l'évaluation de la satisfaction prend une dimension stratégique[702], relevant parfois presque de la publicité[703]. Surtout, ces outils permettent de mesurer non seulement la qualité de la prise en charge mais également du parcours de soins. Aujourd'hui, le dispositif E-SATIS est particulièrement élaboré par la HAS et détient plusieurs impacts, notamment financiers.

---

699 Circulaire du 19 juin 1947 portant incitation pour tous les établissements à remettre un questionnaire de satisfaction à chaque usager lors de sa sortie. Sur ces questions : IGAS, Rapport présenté par **A. LOPEZ et P.-L. REMY**, Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé, Mars 2007

700 Ancien article L. 710-1-1 du code de la santé publique : « *La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation définie à l'article L. 710-5. Chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé, conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé* ». Plus précisément, l'article 3 de l'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé prévoit que sont annexés au livret d'accueil « *la charte du patient hospitalisé* » et « *un questionnaire de sortie, adapté à l'établissement, destiné à recueillir l'avis du patient sur ses conditions d'accueil et de séjour* ».

701 Ainsi, l'objectif 1.1 s'intitule « *le patient est informé et son implication est recherchée* », plus précisément, le critère 1.1-17 prévoit que « *le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction* ». Par suite, l'objectif 2.4, à savoir « *les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle* », prévoit un critère 2.4-02 qui énonce que « *les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient* ». **HAS**, Manuel : Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, *op. cit.*

702 « *Les établissements de santé cherchent à apporter aux patients qu'ils accueillent le meilleur service possible. C'est là leur raison d'être. Connaître l'appréciation portée par le bénéficiaire du service rendu est perçu, de façon croissante comme nécessaire, pour : - repérer des dysfonctionnements qui seraient passer inaperçus de l'établissement et des professionnels eux-mêmes ; - suivre les effets des mesures prises pour améliorer la qualité des prises en charge des patients ; - tirer parti de la comparaison avec les autres établissements et services* ». IGAS, *op.cit.*, p. 9.

703 « *Connaître les attentes de sa clientèle, adapter son organisation et son fonctionnement de manière à la retenir, deviennent donc des préoccupations stratégiques importantes pour un établissement. Par ailleurs, offrir de soi la meilleure image, reflétée par le sentiment de satisfaction de ses usagers, entre dans l'ordre des nécessités bien comprises par les établissements de santé* ». IGAS, *op. cit.*, p. 9.

316. Principe de fonctionnement des évaluations. Finalement, le déroulement des visites ou évaluations suit un cheminement identique s'agissant du secteur sanitaire ou du secteur social et médico-social. Ainsi, la première étape serait la préparation, avec notamment la mise à disposition de tous les éléments pertinents à l'autorité de contrôle. Puis vient le temps de l'évaluation ou des audits internes, durant lesquels les structures démontrent la pertinence de leur pratique ou cherchent eux-mêmes à se mettre à niveau. La troisième étape serait celle de l'évaluation externe et du contrôle à proprement parler. Ainsi, une vérification à vif des pratiques mettra en lumière les éventuelles insuffisances des établissements. Enfin, suite à la transmission par l'autorité de contrôle des résultats de l'évaluation, la dernière période serait celle de la réponse aux critiques ou réserves retenues, afin de viser une politique de qualité adaptée aux objectifs, ou standards de santé publique définis.

317. Transition. Dans cette construction, la notion d'efficience prend, là-encore, tout son sens : le développement en amont d'un système particulièrement étoffé, et surtout conforme au maximum aux objectifs de santé publique, tout en limitant les désagréments, à travers des mesures correctrices. A ce titre, le développement de la qualité par une logique de contrôle continu témoigne de cette idée.

§2. Développement de la qualité par une logique de contrôle continu

318. Par la suite, la logique de contrôle associée à la démarche qualité a fait l'objet d'un approfondissement de son caractère continu (A) dont les modalités devront être étudiées (B).

A. Approfondissement du caractère continu de la démarche qualité

319. Présentation. Au-delà de la seule évaluation périodique, qui peut présenter certaines limites, l'accent est mis désormais sur la recherche de la continuité de cette politique de qualité. En effet, bien qu'affirmée avec fermeté dès l'origine, il semblerait que le contrôle continu fut pendant longtemps, sinon délaissé au profit de cette seule vision, au

moins éclipsé par cette dernière. Désormais, la démarche qualité au sein des établissements paraît multifactorielle et imprègne l'ensemble du fonctionnement de ces derniers. En ce sens, son influence au sein de la gouvernance est certaine, et l'incitation à son développement croissant, en témoigne notamment la mise en place d'une dotation à la qualité, impliquant désormais un intéressement financier. Ainsi, il résulte de ce développement une organisation pour le moins protocolisée, orientée vers une logique de performance certaine.

320. Renforcement de l'existant. Avant de parler de renforcement, il convient de souligner que cet aspect a toujours été mis en valeur par les autorités publiques. En effet, si le législateur en 1991 n'employait pas le terme de contrôle continu, l'esprit était présent puisque « *les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience* »[704]. Plus encore, la procédure d'accréditation créée en 1996 avait précisément pour objectif « *d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins* »[705]. Malgré tout, il convient d'observer que la typologie des termes employés implique que la qualité est davantage pensée à travers un contrôle, une évaluation, et non comme un outil de gestion[706].

---

[704] Ancien article L. 710-4 du code de la santé publique dans sa rédaction issue de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

[705] Ancien article L. 710-5 du code de la santé publique dans sa rédaction issue de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Au sein de cette même ordonnance, l'ancien article L. 714-16 prévoyait que la commission médicale d'établissement « *prépare avec le directeur la définition des orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité* ».

[706] Bien qu'il ne faille pas négliger l'importance accordée à la qualité dès les premiers développements en la matière. L'ordonnance du 24 avril 1996 vise d'ailleurs à en faire un élément au cœur de la prise en charge du patient dans l'ancien article L. 710-1-1 du code de la santé publique en expliquant que « *la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé* ». Toutefois, alors que le propos laisse envisager une politique globale, son contenu, centré sur la satisfaction, est immédiatement rapportée à la procédure d'accréditation : « *Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation définie à l'article L. 710-5* ».

321. Renforcement croissant de cette politique. Cela étant, le renvoi à la mise en place de cette démarche semble croissant, avec une volonté certaine d'en faire un élément central de la politique de santé publique. Il suffit notamment pour s'en convaincre de relever l'importance accordée au développement de la qualité dans le projet Ma Santé 2022. En effet, le premier engagement pris est de « *favoriser la qualité et replacer le patient au cœur du soin* », en retenant notamment que « *pour favoriser la qualité, Ma Santé 2022 propose d'aller davantage vers une logique de parcours de soins visant à limiter, tout au long de la prise en charge, les actes redondants ou les pratiques non pertinentes* »[707]. Surtout, alors que les premières constructions en la matière visaient essentiellement des outils d'évaluation, désormais l'ensemble des politiques publiques semblent devoir en tenir compte et adopter un comportement susceptible d'assurer un certain niveau de qualité. Ainsi, l'idée d'un renforcement est mise en valeur dans l'implication croissante des instances internes des structures de santé dans la démarche qualité. Bien sûr, celles-ci étaient dès l'origine actrices de cette politique, cela étant, cette dernière s'impose comme un élément central de leurs attributions. Peu à peu, les pouvoirs publics ont fait en sorte de placer la qualité au sein des compétences ou missions de chacune des instances. Cela se vérifie à plus forte raison dans le secteur public mais également dans le secteur privé. S'agissant de l'hôpital public, l'année 2005[708] semble charnière de cette nouvelle exposition. Ainsi, « *la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins* » est devenue un point de délibération de l'ancien conseil d'administration[709]. Au sein de la commission médicale d'établissement, cette politique a été très rapidement exposée[710],

---

[707] Ministère des solidarités et de la santé. « *Ma Santé 2022, un engagement collectif* », Dossier de presse, 18 septembre 2018, p. 16. Le dossier précise en outre que « *grâce aux travaux de la Haute Autorité de Santé et de l'assurance maladie, les travaux d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins seront de plus en plus partagés avec la communauté médicale et soignante* ».

[708] Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

[709] Article L. 6143-1 du code de la santé publique, plus précisément « *la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences* ».

[710] En ce sens, l'article L. 714-16 du code de la santé publique, codifié par la loi n°91-748 du 31 juillet 1991, exigeait de la CME qu'elle émette « *un avis sur le fonctionnement des services autres que médicaux, odontologiques et pharmaceutiques dans la mesure où ils intéressent la qualité des soins ou la santé des malades* ». En 1996, par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, elle « *prépare avec le directeur la définition des orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité visée à l'article L. 710-4* ».

avec une tentative de mise en place d'une sous-commission spécialisée en matière de qualité[711], finalement retirée en 2009[712].

322. Approfondissement du caractère continu de la démarche qualité. Alors que la limitation de la démarche qualité à sa fonction évaluative a pu être pointée du doigt, l'autorité en détenant la charge en a montré elle-même les limites. Ainsi, la HAS, dans un guide méthodologique, a pu expliquer que « *depuis le lancement de la certification en 1999, l'auto-évaluation a permis aux établissements de santé de réaliser un diagnostic de leurs points forts et des axes d'amélioration en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, au regard des référentiels de la HAS. Cette phase a atteint ses limites, car elle ne garantit pas que les actions correctrices soient réalisées en temps et en heure* »[713]. Ainsi, ces propos témoignent d'une volonté d'avancer dans l'application de cette démarche. En effet, le temps n'est plus à l'évaluation des pratiques, ou en tout cas à la seule évaluation. Sans remettre en cause la profondeur et le caractère élaboré de celle-ci, reposant sur un volet interne et externe, elle ne constitue qu'une photographie dans un temps donné de l'état de la structure en matière de qualité. Bien sûr, une démarche évaluative reste indispensable afin d'être en mesure d'exposer les insuffisances de fonctionnement. Cependant, elle reste insuffisante pour définir un mécanisme performant. Le propos semble avoir été compris, tant par les pouvoirs publics, au moins dans les éléments de langage, que par les autorités de contrôle et de régulation. En effet, la HAS explique que « *l'émergence d'une culture qualité et sécurité des soins est une priorité d'action pour les établissements de santé, car les fragilités de la prise de conscience institutionnelle ou au*

[711] Article L. 6144-1 II., tel que modifié par l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 : « *la commission médicale d'établissement comporte au moins une sous-commission spécialisée, créée par le règlement intérieur de l'établissement, en vue de participer par ses avis à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins* ».

[712] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009.

[713] HAS, Guide méthodologique Compte Qualité, Certification V2014, Date de validation par le collège : 11 octobre 2018, p. 6. Elle précise en outre qu'elle « *a pu s'effectuer au détriment de la démarche qualité et gestion des risques au quotidien. Parfois, par formalisme, les énergies ont été mobilisées au détriment de réalisations concrètes au bénéfice direct des patients* ».

niveau des équipes peuvent alimenter les causes majeures d'événements indésirables associés aux soins survenant en établissement de santé »[714].

323. Pour cela, un compte qualité a été créé dans le cadre de la certification V2014, avec pour visée la mise en place de cette démarche en continue. Cette « *nouvelle approche, tournée vers l'action, a vocation à traduire les engagements prioritaires des établissements de santé en gestion de la qualité et des risques et démarche d'amélioration* »[715]. La HAS énonce que celui-ci « *a vocation à rendre des comptes sur la qualité et la sécurité des soins en impliquant les professionnels et en associant les usagers* »[716]. Ce compte qualité « *traduit l'existence au sein de l'établissement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques ; il expose l'analyse de sa situation faite par l'établissement lui-même, en précisant les priorités retenues et les plans d'actions afférents* »[717]. Pour en comprendre l'essence, il faut observer que « *l'évolution de la V2014 illustre la nécessité d'une meilleure appropriation par le terrain des démarches d'amélioration et de son inscription véritable dans une démarche d'amélioration continue. C'est dans cette logique que s'inscrit le compte qualité et l'approche processus* »[718].

324. Précisément, d'un point de vue technique, le compte qualité fait partie intégrante de la démarche de certification de chaque structure. Ainsi, cet outil témoigne parfaitement du changement de logique, celui-ci venant même impacter la fonction d'évaluation des

---

[714] HAS, *Ibid.* Elle ajoute que « *le déploiement d'une culture de qualité et de sécurité dans chaque établissement et dans chaque secteur d'activité bénéficie au patient et crée de l'intérêt à agir pour les professionnels de santé directement impliqués dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient. Cette démarche doit s'appuyer sur une politique institutionnelle et un programme d'actions évolutif établi selon les risques spécifiques de l'établissement* ».

[715] **C. ARICH, G. DAURAT**, « *Compte qualité et hémovigilance* », XIIè congrès SFVTT 2016, Transfusion Clinique et Biologique, Volume 23, Issue 4, Novembre 2016, p. 268. Les auteurs parlent justement d'une transition « *d'une évaluation de la qualité par une auto-évaluation formaliste et statique, à une gestion des risques dynamique d'un établissement de santé (ES) par le compte qualité* ».

[716] HAS, Guide méthodologique à destination des établissements de santé, Certification V2014, Décembre 2018.

[717] **J. RAIMONDEAU**, « *Chapitre 13. La qualité dans le système de santé* », in. **J. RAIMONDEAU (dir.)**, Manuel de santé publique, Rennes, Presses de l'EHESP, « Références Santé Social », 2020, p. 369-393.

[718] **A. PETIT, F. BOURDILLON**, « *49. Qualité des soins* », In : **F. BOURDILLON (dir.)**, Traité de santé publique, Cachan, Lavoisier, « Traités », 2016, pp. 452-464.

organismes de contrôle. En effet, par ce type de procédé, l'évaluation est dédramatisée et devient conforme à l'objectif initiale. L'idée est de faire en sorte que la démarche qualité soit continue et dure dans le temps, il ne s'agit pas ou plus d'évaluer un établissement à un instant T. Plus encore, le contenu de ce compte qualité expose là-encore la profondeur de cette démarche, tant il imprègne la totalité de la vie de la structure. Ainsi, alors même que le dispositif vise pourtant à une adaptation de son contenu en fonction de la typologie et du contexte de l'établissement[719], de nombreuses thématiques ont pu être, un temps, obligatoires[720], et toucher une multitude de champ d'action de celui-ci, montrant donc bien que la qualité tend à devenir une notion centrale, matricielle, de la gestion d'un établissement de santé.

325. Pour autant, le développement de ce caractère continu semble se tempérer sur certains aspects. En effet, dans un souci de médicalisation des procédures administratives, les conclusions du Ségur de la santé ont proposé de « *simplifier les procédures de certification qualité en recentrant les démarches qualité sur des objectifs partagés, en repensant les procédures d'accréditation* »[721]. En ce sens, il est désormais laissée davantage de liberté aux structures quant à la réalisation des mécanismes d'auto-évaluation[722]. En outre, le manuel de certification V2020 parle d'une « *évaluation interne à la main de l'établissement* », et retient que « *pour ne pas mobiliser l'énergie des professionnels au détriment de réalisations concrètes au bénéfice direct*

---

[719] Certaines thématiques optionnelles montrent l'adaptation du dispositif au type d'établissements : « *urgences et soins non programmés* », « *bloc opératoire* », « *secteurs à risques* » et « *fonctions logistiques au domicile du patient (HAD)* ». HAS, Guide méthodologique Compte Qualité, Certification V2014, *op. cit.*, p. 18.

[720] La variété des thématiques obligatoires était pour le moins éloquente : « *management de la qualité et des risques* », « *gestion du risque infectieux* », « *droits des patients* », « *parcours du patient* », « *prise en charge de la douleur* », « *prise en charge et droits des patients en fin de vie* », « *dossier patient* », « *identification du patient* », « *prise en charge médicamenteuse du patient* », « *gestion du système d'information* » et « *qualité de vie au travail* ». HAS, Guide méthodologique Compte Qualité, Certification V2014, *op. cit.*, p. 18.

[721] Mesure 20, Conclusions du Ségur de la santé, dossier de presse, Juillet 2020.

[722] En témoigne notamment la suppression de l'article R. 6113-13 du code de la santé publique qui prévoyait qu'« *avant la visite sur site, l'établissement, l'ensemble des établissements parties ou associés au groupement hospitalier de territoire ou organisme procède, le cas échéant par service et activité, à l'autoévaluation prévue aux articles L. 1112-2 et L. 6113-1. Il en communique les résultats à la Haute Autorité de santé* ». Voir Art. 2, Décret n°2022-972 du 1er juillet 2022 relatif à la délivrance de médicaments classés comme stupéfiants et abrogeant l'article R. 6113-13 du code de la santé publique relatif au dispositif de certification des établissements de santé.

des patients, la transmission de l'évaluation interne de l'établissement à la HAS n'est plus obligatoire »[723]. Dans cette logique, la transmission d'un compte qualité à la HAS devient optionnelle, ce qui ne signifie pas nécessairement qu'il perd toute importance[724], en dépit d'une vigilance certaine à garder à ce sujet. Celui-ci devient un outil à la disposition des établissements de santé[725]. Ce développement va, certes, offrir davantage de souplesse, mais va également exiger une recherche de performance renforcée, notamment au regard de la place centrale prise par la certification. La suppression de l'injonction peut être positive, à charge pour les structures de s'être appropriées les exigences posées par une démarche qualité menée au quotidien.

B. Modalités de développement du caractère continu

326. Participation des usagers : l'importance croissante de la satisfaction. Si l'évaluation de la satisfaction patient est de longue date un élément de la gestion des établissements de santé, il apparaît que son importance semble croissante[726]. En effet, plusieurs considérations sont venues justifier ce gain. Il s'agirait en premier lieu d'un élément de transparence des structures témoignant sur leur propre performance. L'usager ayant droit à un service efficace doit être à même d'obtenir facilement des informations sur

---

[723] **HAS**, Manuel : Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, *op. cit.*, p. 22, M-à-J. Version 2023, p. 31. La justification doit cependant inviter à la vigilance, afin de ne pas laisser subsister l'idée selon laquelle la réalisation d'une démarche qualité se ferait contre et au détriment du patient.

[724] Comme le retient Didier STINGRE, le compte qualité est « *appelé à constituer l'un des documents de pilotage institutionnel de base* », il « *sert ainsi de référence à l'analyse faite de la politique qualité de l'établissement lors de la visite expertale, quadriennale, diligentée par l'HAS* ». **D. STINGRE (éd.)**, Le service public hospitalier, PUF, Que sais-je ?, Paris, 2021, p. 28

[725] Celui-ci est davantage perçu comme un « *outil de suivi des résultats relatifs aux évaluations internes (auto-évaluation) et aux évaluations externes (visite des experts-visiteurs)* ». HAS, « *Certification des établissements de santé : foire aux questions* », Mis en ligne le 17 décembre 2020, consulté le 3 septembre 2022. URL : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223930/fr/certification-des-etablissements-de-sante-foire-aux-questions.

[726] Les propos en ce sens sont nombreux, pour un exemple : « *la performance des établissements de santé ne peut se résumer à l'efficience économique ; la qualité des prises en charge – notion complexe qui englobe l'accessibilité, la sécurité, des soins appropriés et efficaces, le respect des aspirations et de la dignité des patients, leur niveau de satisfaction – en constitue une dimension essentielle* ». **P.-L. BRAS**, « *Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ?* », Les Tribunes de la santé, vol. 35, n°2, 2012, pp. 29-41.

l'effectivité de cette efficacité. Par suite, cela pourrait également relever de l'information due à celui-ci. En ce sens, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a notamment pu souligner qu'au-delà « *des données sur les performances cliniques des établissements, des sondages auprès des patients peuvent permettre d'établir sur leur « vécu » et/ou leur satisfaction* », avant de préciser que « *ces données ne prennent sens pour l'usager, et aussi pour les établissements qui voudraient s'en servir comme support pour apprécier leur niveau de performance, que si elles permettent des comparaisons. Elles doivent donc être établies à partir d'un même questionnaire appliqué selon des méthodes homogènes et ajustées pour tenir compte des hétérogénéités dans la composition de la patientèle* »[727]. Ainsi, il apparaît que la mise en place d'outils standardisés, pour ne pas dire uniformisés, et similaires pour l'ensemble des usagers est préconisée.

327. Dans cette optique, le dispositif E-SATIS, développé par la HAS, est commun à l'ensemble des établissements de santé. Le questionnaire est modulable et s'adapte aux typologies de prise de charge. Mis en place en 2016 dans les établissements MCO[728] (pour les séjours de plus de 48 heures), il a été déployé en 2018 pour la chirurgie ambulatoire et en 2020 pour les soins de suites et de réadaptation. Le dispositif semble porter ses fruits dans l'inclusion du malade, la HAS relatant environ 2500 retours quotidiens de patient[729]. La démarche standardisée prend ici tout son sens : l'autorité transmet un questionnaire type, s'adaptant néanmoins en fonction des catégories de prises en charge, la participation ou saisie doit être effectuée sur une plateforme nationale[730], et les éléments de communication sont eux-mêmes transmis par la HAS. En ce sens, l'évaluation de la satisfaction des usagers fait plus ou moins directement l'objet d'une procédure centralisée ou uniformisée. Certes, chaque établissement la mène en autonomie, mais à travers un référentiel commun. Surtout, elle fait désormais l'objet d'un intéressement économique par le biais de l'incitation

[727] IGAS, Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé, établi par **P.-L. BRAS, P. GOHET et A. LOPEZ**, Juillet 2010, pp. 56-57

[728] Médecine, chirurgie, obstétrique.

[729] HAS avec le soutien de France Assos Santé, E-Satis – Dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients – Présentation à destination du personnel des établissements de santé, Janvier 2021, p. 3.

[730] Adresse de la plateforme nationale e-Satis : https://e-satis.atih.sante.fr

financière à l'amélioration de la qualité des soins (IFAQ). En effet, l'évaluation de la satisfaction constitue une catégorie à part entière parmi les indicateurs obligatoires[731] et d'une étude pour le moins approfondie au sein de celle-ci[732]. De plus, au-delà de la dimension pécuniaire, les résultats de ces indicateurs doivent être mis à disposition des usagers et faire l'objet d'une publication effective[733].

328. Contrôle continu et impact financier. Par suite, dans une démarche de contractualisation financière, la notion de contrôle continu connaît donc un impact économique. En ce sens, Pierre-Louis BRAS explique notamment que « *des systèmes de paiement à la performance qu'ils s'adressent aux médecins de premiers recours ou aux établissements de santé, se développent dans de nombreux de pays (…). Les autorités sanitaires ou les assureurs privés entendent tirer parti de ces possibilités nouvelles d'étalonnage des pratiques médicales pour orienter les comportements des acteurs en leur adressant des incitations économiques* »[734]. Ainsi, la principale et dernière innovation en matière de développement du contrôle continu de la qualité se matérialise essentiellement autour de l'intéressement financier des structures. En outre, depuis le 1er janvier 2017, « *les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1° et 4°*

---

731 Dans l'arrêté du 13 juillet 2021 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé, la première catégorie définie s'intitule « *Qualité des prises en charge perçue par les patients* ».

732 Toujours dans l'arrêté précédemment mentionné, et au sein de cette catégorie, deux évaluations sont définies en fonction de la typologie des prises en charge. En premier lieu, la « *satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO et ses dimensions, satisfaction vis à vis : de l'accueil, de la prise en charge par les médecins/chirurgiens, de la prise en charge par les infirmier(e)s et les aides-soignant(e)s, de la chambre, du repas, de l'organisation de la sortie* ». Puis ensuite, la « *satisfaction et expérience des patients admis pour une chirurgie ambulatoire et ses cinq dimensions, satisfaction vis à vis : de l'avant l'hospitalisation, l'accueil, la prise en charge, chambre et collation, organisation sortie et retour à domicile* ».

733 Voir notamment Art. 3 et 4 de l'arrêté du 13 juillet 2021, *op. cit.*

734 **P.-L. BRAS**, « *Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) à la lumière de l'expérience anglaise* », Journal d'économie médicale, 2011/5, Volume 29, pp. 216-230. Sur ces possibilités nouvelles, l'auteur précise notamment que « *ce développement est lié à des avancées scientifiques et techniques : l'evidence based medicine permet d'établir des recommandations de bonne pratique, les progrès des systèmes d'information permettent plus aisément de rapporter les pratiques réelles à ces standards* ».

de l'article L. 162-22[735] *bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés chaque année par établissement* »[736]. Depuis décembre 2020, le dispositif est précisé, et le versement de la dotation est conditionné à l'atteinte « *des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement. Ces indicateurs prennent en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients* »[737].

329. Les indicateurs en question sont définis par arrêté[738]. Sans entrer dans le détail du versement de la dotation, il faut noter que « *les établissements de santé recueillent les données nécessaires au calcul des indicateurs susmentionnés, via les outils informatiques mis à leur disposition par la Haute Autorité de santé, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation ou le ministère chargé de la santé* »[739]. Surtout, la variété des catégories d'indicateurs, listées au sein de l'annexe 2 de l'arrêté du 13 juillet 2021, témoignent de l'incitation financière globale des structures à améliorer leur démarche qualité. Ainsi, outre les thématiques liées à la satisfaction précédemment évoquées, sont concernées les « *qualités des prises en charge cliniques* », la « *qualité de la coordination des prises en charge* »[740], la « *qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins* »[741], et enfin l'impact du niveau de la démarche de certification dans la structure.

---

[735] C'est à dire les établissements de santé exerçant « *les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie* », ainsi que « *les activités de soins de suite et de réadaptation* ».

[736] Article L. 162-23-15 dans sa rédaction en vigueur du 1er janvier 2017 au 1er janvier 2020 suite à sa création par la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

[737] Article L. 162-23-15 dans sa rédaction actuellement vigueur. Par ailleurs, sont désormais concernés les établissements de santé exerçant les activités de psychiatrie.

[738] Actuellement en vigueur : Arrêté du 13 juillet 2021 *op. cit.* Voir également : Arrêté du 17 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 13 juillet 2021 relatif aux modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, à la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et aux conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé.

[739] Article 2 de l'arrêté du 13 juillet 2021, *op. cit.*

[740] Indicateur concernant en outre l'évaluation de la bonne tenue des dossiers patients, ou encore la mise en place réelle d'un plan de soins unique informatisé.

[741] Indicateur mesurant le nombre d'infections sur site opératoire 3 mois après certaines interventions.

330. Contractualisation financière. Plus encore, et autre illustration de la contractualisation en santé : le CAQES[742]. Ainsi, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins « *a pour objet d'améliorer la pertinence et l'efficience des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie* »[743]. Il est conclu pour cinq ans maximum sur la base d'un contrat type défini par un arrêté ministériel. La démarche de contractualisation fera, là-encore[744], l'objet de critiques théoriques dans la mesure où elle se trouve, cela semble devenir une habitude, imposée à certaines catégories d'établissements[745]

---

[742] Aurait également pu être envisagé un autre exemple, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), bien qu'il ne concerne pas à proprement parler les établissements de santé mais les praticiens libéraux. Créé par la décision du 9 mars 2009 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés, il s'inscrivait à l'origine dans une démarche volontaire. Il a finalement été généralisé. L'article 26 de l'arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes : « *au regard des résultats encourageants de cette expérience, les partenaires conventionnels estiment qu'il est désormais possible de généraliser ce mode de rémunération complémentaire à l'ensemble des médecins, dans un cadre désormais conventionnel* » (Article 26). Son régime juridique est défini par l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale. Ainsi, « *les organismes locaux d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés et aux centres de santé* » d'y adhérer. En outre, « *ce contrat comporte des engagements individualisés qui peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels* ». Les contreparties financières sont déterminées en fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel ou le centre de santé. Ainsi, il apparaît que les tarifications à la performance se généralisent et concernent tant les structures que les professions libérales.

[743] Article L.162-30-2 al. 1er du code de la sécurité sociale

[744] « *CPOM et CAQES partagent néanmoins la caractéristique commune de ne pas placer les parties signataires sur un plan d'égalité puisque les établissements de santé ne peuvent y échapper, sous peine de sanction. Il s'agit ainsi plutôt d'une forme de contrat d'orientation conclu entre une autorité publique supérieure et une entité publique ou privée afin de définir la politique que suivra cette dernière. La démarche adoptée présente également de nombreuses similarités. Les CAQES s'inscrivent en effet dans un cadre national qui en impose la forme et le contenu, tout en laissant subsister des marges de manœuvre non négligeables dont peuvent se saisir les acteurs locaux* ». **V. VIOUJAS**, « *Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins : du cadre national aux réalités locales* », Dalloz, RDSS, 2018, p. 645. Il précise ensuite, en citant notamment Didier TRUCHET, qu'en « *définitive, la création des CAQES confirme le succès du contrat pour structurer les relations entre les établissements de santé et les ARS. À la différence de l'acte unilatéral et des autres techniques traditionnelles de tutelle et de contrôle, sans doute s'agit-il de « donner à chacun le sentiment qu'il a son mot à dire dans l'application des règles qui lui sont imposées* ». Voir notamment : **D. TRUCHET**, « *Le contrat dans la loi HPST* », *op. cit.*

[745] Précisément ceux « *qui relèvent de priorités nationales définies par l'arrêté pris en application du premier alinéa de l'article L. 162-30-3, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie, ou qui ne respectent pas un ou plusieurs référentiels de pertinence et d'efficience des actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés au même article L. 162-30-3, prévus*

s'exposant à des sanctions financières en cas de refus[746]. Ceci fera dire à Benoît APOLLIS qu'il n'est qu'une « *pure mesure de régulation financière* »[747]. Cela étant, si la participation est imposée, elle est aussi intéressée, puisque dans le cadre d'une évaluation annuelle, « *le directeur général de l'agence régionale de santé alloue, en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation des objectifs fixés au contrat, un intéressement à l'établissement sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional* »[748]. Précisément, « *cette technique de modulation des systèmes de rémunération en fonction des objectifs est un outil de diffusion de l'impératif de performance médicale (…). Dans ce système plus transversal, « l'argent suit le malade », mais il suppose la création d'indicateurs cibles de pratiques fondées sur des recommandations de bonnes pratiques* »[749]. Jean-Étienne BAZIN résume indirectement l'inspiration qui pourrait être rattachée au CAQES, en expliquant que « *dans un contexte général de contraintes économiques, la pratique médicale doit intégrer la composante économique dans ses choix professionnels et thérapeutiques. Augmenter l'efficience du*

---

par un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ». Article L. 162-30-2 al. 2 du code de la sécurité sociale.

[746] Article L. 162-30-2 al. 4 du code de la sécurité sociale : « *En cas de refus par l'établissement de santé identifié de conclure ce contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie* ».

[747] **B. APOLLIS**, « *Le financement du service public hospitalier* », Dalloz, RDSS, 2017, p. 657.

[748] Article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale. A contrario, le même article prévoit un volet quasi-punitif en précisant qu'à « *l'issue d'une période de deux ans après la saisine d'un établissement par l'agence régionale de santé (…), si l'établissement présente toujours un nombre d'actes, prescriptions ou prestations largement supérieur au nombre attendu (…), le directeur général de l'agence régionale de santé peut, en tenant compte des caractéristiques du territoire prévu à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique et de l'établissement et après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, fixer un abattement forfaitaire au tarif national, pour le nombre d'actes et prestations excédant le nombre cible fixé, et peut fixer une minoration forfaitaire de la part des produits de santé mentionnés à l'article L. 162-22-7 du présent code prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie* (…). *L'abattement ne peut excéder 50% du tarif national et la minoration ne peut réduire de plus de 50% la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie* ». Cette hypothèse concerne d'ailleurs précisément et seulement la structure puisque « *dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients* ». Cela étant, la logique de pertinence est exposée par suite à l'article L. 162-30-4-1 du même code, puisqu'il prévoit à l'inverse la possibilité de prévoir un « *soutien financier spécifique pour le développement d'une ou de plusieurs activités* » si « *l'agence régionale de santé constate, sur un ou plusieurs territoires, l'absence persistante de délivrance d'un ou plusieurs actes qui font l'objet d'un référentiel arrêté par l'État, et lorsque cette absence est de nature à mettre en danger la santé des populations concernées* ».

[749] **A.-S. GINON**, « *La pertinence des soins, nouvelle valeur du système de santé* ? », Dalloz, RDSS, 2018, p. 428.

système de santé et éviter les gaspillages pour en assurer la pérennité, répond donc à un impératif éthique de justice et d'équité »[750]. Par suite, « *la recherche de la pertinence et de qualité des indicateurs dits de qualité envisagés dans le cadre des modèles de financement est une priorité, tant dans leur processus de développement que dans leur mise en œuvre. La méthode de co-construction semble particulièrement appropriée tant les enjeux sont multidimensionnels* »[751].

331. Modalités de fonctionnement actuelles : une gestion protocolisée. Au-delà des outils mis en place, restant sommes toutes dans l'esprit de ce que souhaitait le législateur dès l'origine, leur diffusion à l'ensemble de la gestion de la structure montre bien la place croissante de la qualité. Surtout, l'étude de cette croissance est intéressante au niveau des conséquences pour le fonctionnement des établissements. Ainsi, celle-ci est devenue protocolisée, orientée vers une logique de performance, et donc nécessairement standardisée. En effet, l'ensemble des acteurs de la structure, directs ou indirects, sont impliqués, concernés, et doivent faire en sorte, de par leurs prérogatives ou attributions, de développer la démarche qualité en son sein. En ce sens, « *pour l'hôpital, le défi de la performance se traduit par la recherche de l'efficience économique tout en améliorant la qualité des soins et l'accessibilité aux soins. Les réponses apportées à ce triple défi de la performance se focalisent sur la mesure : indicateurs d'efficience, de qualité et d'accessibilité. La recherche de performance est alors assimilée à la production d'indicateurs d'évaluation et on assiste à une prolifération d'indicateurs de toute sorte* »[752].

332. Plus encore, Judith BALAS-EZZEMZAMI parle d'un « *changement de paradigme managérial* », et notamment de la « *conjonction d'un ensemble d'évolutions qui a considérablement redessiné les contours, les rouages et périmètres d'action tant des établissements et services que de leur management* »[753]. Plus précisément, parmi ces transformations, elle évoque « *l'évolution de*

---

[750] **J.-E. BAZIN**, « *Efficacité, efficience et éthique en santé* », LEH Édition, CDSA, n° 25, 2017, pp. 35-42.

[751] **M.-A. SANCHEZ, M.-C. CLEMENT, C.-F. ELEGBEDE et al.**, « *Vers la co-construction d'indicateurs de qualité pour le financement* », Journal de gestion et d'économie de la santé, 2020/4 (N° 4), pp. 296-302.

[752] **A. TEIL, J.-P. CLAVERANNE**, « *La performance hospitalière : nature, enjeux et implications* », Dalloz, RDSS, numéro spécial, 2002, p. 337.

[753] **J. BALAS-EZZEMZAMI**, « *Le temps des « processus cœur de mission »* », in. **J. BALAS-EZZEMZAMI, J.-M. COMBES, C. LOUJOU-JULIEN, D. MIAILHE**, Le management dans le champ social et médico-social, Rapports au pouvoir, à la norme et au changement, Seli Arslan, Paris, 2017, p. 105.

contexte induite par l'introduction du concept de qualité et de ses corollaires que sont les coûts et les délais. L'implicite de ce triptyque est à rechercher du côté de la notion de valeur, de la création de valeur, pour l'usager. Les théories managériales classiques de la valeur sont dorénavant tout aussi banales que prosaïques : pour entrer dans l'ère du management de la qualité et de la satisfaction de l'usager, il faut renoncer à la structuration par services et/ou par métiers pour s'engager dans une logique d'amélioration de l'organisation par le management des processus »[754].

333. La qualité : notion matricielle ? Au regard de l'ensemble de ces éléments, la qualité, à travers la démarche mise en place, semble être devenue une notion centrale, matricielle. Elle est indissociable de la gestion des structures, qu'elle soit quotidienne ou prospective. Elle trouve à s'appliquer tant dans l'anticipation des situations de crises qu'en réponse à la survenance d'événement indésirable, tout en étant associée à des thématiques toujours plus variées, à l'image même désormais du financement. Étroitement liée à la performance, dans une vision d'efficience, les établissements de santé ne doivent plus seulement composer avec la définition de standards dans la pratique médicale, mais ont également la charge de l'application et du respect de standards dans leur propre fonctionnement. Désormais, la gestion toute entière est concernée par une logique de performance mais également d'efficience. Celle-ci se matérialise dans la recherche d'une prise en charge toujours meilleure, tout en causant un nombre limité de désagréments. Une maximisation des bénéfices avec un minimum de risques. La visée d'un fonctionnement optimal.

334. Transition. Ainsi, la gestion des établissements a fait l'objet d'une révolution à la fois rapide et progressive, amorcée dans les années 1990 avec pour vocation de devenir la norme de fonctionnement de ces derniers. En effet, la gestion devient standardisée, protocolisée et vraisemblablement multifactorielle. En ce sens, elle ne concerne pas uniquement la pratique du soin, mais également tout ce qui s'y rapporte, de près ou de loin. Les notions de performance ou d'efficience sont tout bonnement devenues centrales et omniprésentes lorsque l'on raisonne autour de l'établissement de santé, mais également lorsqu'on y exerce ou qu'on s'y rend. Cette idée se matérialise à plus forte raison au niveau

[754] **J. BALAS-ESSEMZAMI**, *Ibid.*, p. 106.

économique, ou cet acteur, limité et encadré, doit penser son action au regard de ces deux notions.

Conclusion du chapitre

335. L'appréhension de la notion de qualité peut susciter des incertitudes, voire des incompréhensions. En effet, intimement liée à la performance, elle peine à faire l'objet d'une approche claire en fonction des secteurs d'activités. Ceci est particulièrement vrai s'agissant de la santé. Ainsi, l'inconscient collectif va instinctivement penser à une prestation de qualité, alors que la démarche qualité se veut bien plus large. En conséquence, une clarification notionnelle paraissait tout bonnement indispensable. Finalement, le contenu de la démonstration a permis d'établir le déploiement d'une construction issue des mondes du tertiaire, voire industrielles, le tout avec un succès qui ne se dément plus désormais. Celle-ci justement présente à la fois des similitudes avec son application dans les domaines précédents. Pour autant, des distinctions évidentes peuvent être identifiées.

336. Au rang des similitudes donc, le contenu et l'organisation de la démarche peuvent être mis en lumière. En outre, reposant sur une logique de fonctionnement sécuritaire, la démarche qualité vise une gestion a priori des risques, à travers notamment la notion de vigilance, puis une correction a posteriori des imperfections, cette fois-ci dans le cadre de l'évaluation. L'ensemble s'est néanmoins perfectionné et la recherche d'événement indésirable se veut désormais constante. En revanche, les particularismes d'application résident principalement dans les objectifs de santé publique. A ce titre, la participation de l'usager est importante et se renforce. L'exemple de l'étude de la satisfaction à ce sujet est particulièrement éloquent.

337. Par suite, ces implications tendent inévitablement à se développer, en témoigne notamment la mise en place d'un contrôle continu, ou encore la multiplication des mécanismes incitatifs, notamment financiers. L'ensemble de ces éléments permet d'exposer la recherche de performance imposée aux établissements de santé. En effet, elle passe tout d'abord par un questionnement permanent quant à l'efficacité et la pertinence de leurs pratiques, tout en veillant à assurer un niveau maximal de sécurité. Par suite, il apparaît que cette exigence se développe, au point de faire de la qualité un élément stratégique.

Chapitre 2 : L'efficience économique en établissement de santé

338. Au-delà de la dimension technique, la sphère économique est également concernée par cette recherche constante et croissante d'efficience. Ainsi, le secteur de la santé permet l'étude tout à fait intéressante de la construction d'un cadre économique autonome (Section 1), sans équivalent, dans lequel l'ensemble des concurrents est chaudement invité à collaborer afin de se conformer à une vision de santé publique globale[755]. Ce phénomène s'explique par la nature même de la fourniture de prestation de santé et par sa prise en charge économique, dépendante du régime d'assurance sociale[756]. L'exercice au sein de ce cadre (Section 2) se veut particulièrement délimité et conditionné aux exigences des pouvoirs publics, dans la continuité même du fonctionnement relatif à la définition de l'offre de soins[757]. En ce sens, la fixation des tarifs des prestations échappe aux établissements, et leurs possibilités de se constituer en réel acteur économique semblent particulièrement limitées dans la mesure où les pistes de développement éventuel sont, là-encore, définies par les autorités.

Section 1 : Construction d'un cadre économique efficient

339. L'hypothèse de la construction d'un cadre économique n'a vraisemblablement pas été la première priorité du législateur. En effet, il semblerait que la dynamique originelle se portait davantage sur la maximisation de la délivrance des prestations de soins, avec pour objectif d'en offrir le plus large accès à l'usager. Cela étant, conséquence directe du progrès technique, l'accroissement de la demande, tant en qualité qu'en quantité, a entrainé une hausse des coûts. En conséquence, la maximisation a laissé place à la rationalisation dans la définition de l'offre de soins afin de maitriser les dépenses (§1). Pour ce faire, l'encadrement

---

[755] CCNE, Avis 101, Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier, 28 juin 2007

[756] **V. CHAPEAU-SELLIER**, *Le droit de la protection sociale, du principe de solidarité socio-professionnelle vers l'octroi de droits sociaux individuels*, Thèse de doctorat en Droit, préparée sous la direction du Pr. François VIALLA et soutenue le 30 octobre 2021 au sein de l'Université de Montpellier.

[757] **G. DE POUVOURVILLE**, « *28. Le financement des hôpitaux* », in **P.-L. BRAS et al.**, Traité d'économie et de gestion de la santé, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P), Hors collection, 2009, pp. 269-274.

des prestations proposées s'est renforcé, et les protagonistes susceptibles d'exercer précisés (§2).

§1. Cadre économique maitrisé

340. Dans une recherche d'efficience, un cadre économique maitrisé a pu voir le jour. Ceci s'observe en premier lieu par l'organisation du marché autour d'un régime d'assurance sociale (A). Par suite, il semble qu'une transition de la maximisation à la rationalisation a été réalisé (B).

A. Organisation du marché : l'assurance sociale

341. Présentation : lien avec l'expansion du champ des possibles en santé. Conséquence, là-encore, du progrès technique, la santé, peu est peu, est devenue ou s'est apparentée à un marché[758]. En effet, la multiplication des typologies de prestations, l'accroissement des possibilités a laissé naître l'opportunité de définir une offre dans laquelle l'usager a, sous condition, la faculté de se servir[759]. De manière certaine, l'augmentation des perspectives, l'amélioration des situations, justifient la mise en place d'un cadre économique devant nécessairement être affublé d'une délimitation. En ce sens, et à titre d'exemple, le CCNE explique notamment que « *le progrès médical s'accompagne aujourd'hui d'investissements et d'engagements financiers de plus en plus conséquents dans tous les champs de la médecine, d'où la nécessité d'une gestion du soin, avec ses contraintes destinées à rendre acceptable le coût de la protection. Il favorise également de nouvelles attitudes ; le contrat moral entre médecin et malade ne repose plus seulement sur une*

---

758 Voir notamment : **G. ROUSSET**, *L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé*, Thèse de doctorat en Droit soutenue à l'université Jean-Moulin Lyon 3 le 25 octobre 2007, LEH Édition, Collection thèse, Vol. 21, Bordeaux, 2011.

759 Comme l'explique Christophe CULTRU, « *le système de santé, comme n'importe quel autre système, subit aujourd'hui l'influence de la société. Désormais, on ne peut plus faire abstraction de l'impact des réalités sociales et économiques sur la médecine, ainsi que des appels massifs à la consommation. Un nombre important de patients, sensibles aux exploits médicaux relayés par les médias, a désormais des exigences considérables* ». **C. CULTRU**, « *Patient ou consommateur ?* », Droit, déontologie & soin, Vol. 4, Issue 1, Mars 2004, pp. 34-56.

simple obligation de moyens, mais évolue vers une obligation de résultats – laquelle, nécessairement plus coûteuse, impose une rationalisation des dépenses afin d'éviter un rationnement effectif des soins »[760].

342. La santé : un marché potentiellement gigantesque. L'élargissement de la marge de manœuvre est considérable, et permet d'appréhender un marché de grande ampleur. Surtout, un marché faisant l'objet d'une demande à multiples facette. Celle-ci ne concerne plus seulement le curatif, l'urgence, mais des prestations pouvant être considérées comme relevant de l'accueil[761] voire de l'organisation[762], idée confirmée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa définition de l'hôpital[763]. Cela étant, le choix a été fait de définir un régime de couverture universelle d'une largeur des plus importantes. En effet, Bernard-Claude SAVY, dans les années 1970, exprimait la différence entre les « *malades*

[760] CCNE, Avis 101, Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier, 28 juin 2007, pp. 3-4.

[761] En cela, la mission d'accueil semble revenir au goût du jour, dans une vision éloignée et lointaine de la vision originelle.

[762] L'exemple des hôtels hospitaliers témoigne de ce phénomène. Mis en place à titre expérimental par la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, associée au décret n°2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients, ces prestations hôtelières peuvent être proposées par les établissements de santé sur la base du volontariat et sur prescription médicale (voir en ce sens l'article 59 de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 ainsi que le décret n°2021-1114 du 25 août 2021 relatif à la mise en œuvre de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé). La mesure 17 des conclusions du Ségur de la santé propose de « *développer les hôtels hospitaliers* » qui « *permettent de garantir un haut niveau de sécurité des soins tout en libérant des lits d'hospitalisation et en améliorant la qualité d'accueil pour les patients* ». Surtout, la mesure tend à « *permettre aux établissements de contractualiser avec des structures extérieures ou de proposer directement une offre en interne, avec un modèle économique plus attractif que le dispositif actuel* ». Voir sur cette notion : **P. CURIER-ROCHE**, « *L'hébergement temporaire non médicalisé : le virage de l'Hôpital* », LEH Édition, RDS, n°79, 2017, p. 639-649 ; **L. ROQUE**, « *L'expérimentation de l'hébergement non médicalisé : un enjeu économique mal maîtrisé* », LEH Édition, RDS, n°76, 2017, p. 239-240 ; **S. GAUCHER, S. BOUAM, F. CAPPIELLO, A. AISSAT, J.-P. BETHOUX**, « *Hôtel hospitalier : une alternative à l'hospitalisation conventionnelle* », La Presse Médicale, Vol. 41, Issue 12, Partie 1, Décembre 2012, pp. 1301-1303.

[763] A savoir « *l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradient jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche biosociale* ». Propos cité par **M.-J. DEL VOLGO**, « *Hôpital d'hier et d'aujourd'hui. Malaise dans le soin ?* », Cliniques méditerranéennes, 2008/2, n°78, pp. 165-175.

justifiables médicalement de l'hospitalisation » et « *ceux qui ne le sont que socialement* »[764]. Cette distinction témoigne de la typologie des publics susceptibles de solliciter une admission. Ces éléments impliquent mécaniquement la mise en place d'un encadrement de cette offre de soins, celui-ci se trouvant justifié par l'exigence de déploiement à l'ensemble de la population.

343. Développement d'un régime d'assurance sociale[765]. Dans cette optique, le financement de cette politique dépend d'un régime d'assurance sociale[766]. Ce système vise d'abord et avant tout à couvrir et protéger le travailleur face aux dangers de la vie courante. Ainsi, Pierre LAROQUE dans son fameux discours fondateur qualifie la, ou devrait-on dire sa, sécurité sociale comme « *la garantie donnée à chacun qu'il disposera en toutes circonstances d'un revenu suffisant pour assurer à lui-même et à sa famille une existence décente, ou à tout le moins un minimum vital. La sécurité sociale répond ainsi à la préoccupation fondamentale de débarrasser les travailleurs de la hantise du lendemain* »[767]. Plus encore, il a pu préciser que « *pour conserver aux travailleurs un emploi rémunérateur, il faut aussi leur conserver leur capacité de travail, et c'est par là que le problème de la sécurité sociale se relie au problème de l'organisation médicale* »[768]. En effet, la sécurité sociale permet à chaque usager de potentiellement bénéficier, par principe, de l'ensemble des

---

[764] Il précise en outre son propos : « *Que peut faire un médecin en face de patients esseulés, incapables pour quelques jours d'aller acheter leur pain, ou de faire leur lit parce qu'ils sont privés des leurs, éloignés ou occupés, si ce n'est les hospitaliser ! Aucune raison médicale déterminante ne les y oblige ; seulement des considérations humaines et la moindre grippe d'une personne âgée isolée va coûter 150 à 200 F par jour à la Sécurité Sociale !* », **B.-C. SAVY**, *« La politique de santé, la distribution des soins – gaspillages et solutions* », in. **B.-C. SAVY, E. TREMBLAY, R. DE LA CROIX**, La Santé, un combat politique, Éditions de l'Avenir, 1972, p. 86.

[765] Sur ces questions : **V. CHAPEAU-SELLIER**, *Le droit de la protection sociale, du principe de solidarité socio-professionnelle vers l'octroi de droits sociaux individuels*, Thèse de doctorat en Droit, préparée sous la direction du Pr. François VIALLA et soutenue le 30 octobre 2021 au sein de l'Université de Montpellier.

[766] Créé notamment par l'ordonnance n°45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale et dont l'exposé des motifs met en lumière le propos suivant : « *La Sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain* ».

[767] **P. LAROQUE**, Discours du 23 mars 1945 auprès de l'École nationale d'organisation économique et sociale à l'occasion de l'inauguration de la section assurances sociales.

[768] *Ibid.*

prestations existantes ou dont il a besoin[769]. Si l'étude du régime peut sembler éloignée du périmètre d'action des établissements de santé, celui-ci vient justifier l'encadrement de leur fonctionnement économique. Car ce cadre, reposant sur la solidarité nationale, est quasi intégralement financé par le peuple. En conséquence, l'activité économique s'en trouve nécessairement impactée.

344. Conséquence : construction d'une fiction économique ? En observant les particularismes de la santé de plus près, il n'est pas forcément opportun de parler de construction, tant celle-ci constitue un marché à part entière. Il ne l'est sans doute pas plus de l'envisager comme une fiction économique, puisqu'aussi originale qu'elle puisse être, elle n'en reste pas moins un élément de marché. Ainsi, Kenneth ARROW a depuis longtemps tracé les contours du marché de la santé ou plutôt des soins médicaux[770]. Surtout, il expose les caractéristiques spécifiques de celui-ci[771]. En premier lieu, la nature même de la demande en est une, en expliquant que celle-ci, « *à la différence de celle d'alimentation ou d'habillement, par exemple, n'est pas constante mais irrégulière et imprévisible* »[772]. Ensuite, le comportement attendu

---

[769] Il peut être noté qu'à l'origine cet universalisme n'était pas explicitement affirmée par le texte fondateur du 4 octobre 1945 qui employait le terme de « travailleurs » bien que Michel BORGETTO et Robert LAFORE ont pu retenir que « *le mot* » visait « *sans doute les salariés et les non-salariés* ». Cependant, le texte, notamment à l'article 17, prévoyait la survie de certains régimes spéciaux, à savoir les professions agricoles et forestières ainsi que « *les branches d'activité ou entreprises énumérés par le règlement général d'administration publique parmi celles jouissant déjà d'un régime spécial* ». Dans un souci de généralisation, l'article 1er de la loi n°46-1146 du 22 mai 1946 portant généralisation de la sécurité sociale va retenir que « *tout Français résidant sur le territoire de la France métropolitaine bénéficie, sous réserve des dispositions prévues à l'article 29 de la présente loi, des législations sur la sécurité sociale et est soumis aux obligations prévues par ces législations dans les conditions de la présente loi* ». Sur ces questions : **M. BORGETTO, R. LAFORE**, Droit de la sécurité sociale, *op. cit.*, p. 271. Cela étant, Pierre LAROQUE, dans son discours fondateur faisait référence aux propos de Sir William BEVERIDGE qui « *affirmait la nécessité de créer en même temps, d'une part, une organisation destinée à assurer le plein emploi et, d'autre part, un service national de santé qui soigne gratuitement toutes les familles britanniques et les protège contre la maladie* ». **P. LAROQUE**, Discours du 23 mars 1945, *op. cit.*

[770] **K. ARROW**, « *Incertitude et économie du bien-être des soins médicaux* », Risques n° 26, avril-juin 1996, pp. 141-168, traduction par Rachel MEGHIR, « *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care* », American Economic Review, 1963.

[771] Précisant lui-même qu'il ne s'agit pas d'une liste exhaustive. *Ibid.*

[772] Il ajoute également que « *la demande de soins médicaux est associée, avec un degré de probabilité considérable, à une atteinte à l'intégrité personnelle* ». *Ibid*, p. 148.

du médecin présente certaines différences évidentes avec un opérateur économique classique, puisque « *le client ne peut pas tester le produit avant de le consommer, et il y a un aspect de confiance qui s'introduit dans la relation. Mais les restrictions de nature éthique qui régissent les activités de médecin sont beaucoup plus sévères que celles qui concernent, par exemple, un coiffeur* »[773]. Autre point, « *l'incertitude quant à la qualité du produit est peut-être plus grande ici que pour n'importe quel autre bien et service. La guérison d'une maladie est aussi imprévisible que l'incidence de la maladie* »[774]. S'agissant des conditions de l'offre des soins médicaux, plusieurs particularités sont exposées, notamment l'encadrement ferme de l'accès aux professions et les coûts élevés des formations médicales dont sont pourtant quasi-exemptés les étudiants. Enfin, à propos des prix pratiqués, « *les politiques peu habituelles de prix pratiqués et les attitudes particulières de la profession médicale sont bien connues : une pratique répandue de discrimination des prix selon le revenu (avec le cas extrême des prix nuls pour des patients suffisamment nécessiteux) et, autrefois, une forte insistance sur le système de paiement d'honoraires pour services fournis par rapport à d'autres alternatives telles que le paiement forfaitaire à l'avance* »[775].

345. Cela étant, si l'idée que la santé représente une activité économique à part entière se répand, et trouve de multiples arguments, il semble que tout ceci s'apparente davantage à une fiction, *a minima* sur certains aspects. En outre, en dehors de certaines catégories particulières d'établissements, ces derniers n'ont pas l'initiative de la définition du contenu de l'offre, mais peuvent, au mieux, se positionner pour y répondre. Surtout, ils doivent, dans leur façon d'accomplir ces missions, se conformer aux objectifs de santé publique préétablis. En ce sens, leur comportement économique est orienté, si ce n'est défini par les autorités. Toujours dans ce même ordre d'idée, il leur revient d'adopter un fonctionnement entrepreneurial pour développer et optimiser leur activité.

---

[773] **K. ARROW**, « *Incertitude et économie du bien-être des soins médicaux* », *op. cit.*, p. 148.

[774] *Ibid.*, p. 149.

[775] *Ibid.*, p. 152.

B. De la maximisation à la rationalisation

346. Transition d'une logique de maximisation vers une logique de rationalisation. Le développement d'un cadre économique contraignant se justifie par un changement, ou une évolution de l'approche des pouvoirs publics dans leur appréhension de la santé et des dépenses qu'elle engendre. En effet, l'objectif a clairement été de maximiser la délivrance de soin[776]. Le progrès étant vertigineux, et la couverture santé des usagers particulièrement faible, il est apparu nécessaire de développer une offre assurant l'accès effectif à celui-ci[777]. Cependant, les matérialisations du progrès se multipliant à un rythme aussi soutenu que la demande, les coûts ont suivi la même croissance[778]. Surtout, l'augmentation du niveau de vie en découlant a entrainé un vieillissement de la population et donc, inévitablement, un nouveau surcoût, cette fois-ci difficile à appréhender[779]. En cela, l'objectif de maximisation va peu à peu évoluer vers un objectif de rationalisation.

---

[776] Et pour cela, l'hôpital, mécaniquement, s'est réorganisé. Ainsi, Jean DE KERVASDOUE explique « *le temps du patient et celui des équipes hospitalières que l'on cherche à optimiser sont la marque de l'architecture contemporaine. L'hôpital de court séjour est de moins en moins un lieu d'hébergement, mais un lieu de passage dans des locaux de plus en plus spécialisés. L'hôpital de demain sera, pour ce qui est de son architecture, plus proche d'un aéroport que d'un hôtel, même si la fonction hôtelière ne disparaîtra jamais tout à fait* ». **J. DE KERVASDOUE**, L'hôpital, Que sais-je ?, 6ème édition, 19 mai 2011, p. 40. Voir également à ce sujet : **P. MOLINIER**, « *L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ? Logique de gestion ou logique de care* », Agir en clinique du travail, 2010, pp. 157-167.

[777] Comme l'explique Vincent RAVOUX, « *après la Deuxième Guerre mondiale, les partenaires sociaux ont progressivement élaboré un système qui avait pour objectif de permettre l'accès aux soins de l'intégralité de la population et, pour cela, de mettre en place un système de tarifs négociés entre les caisses et les professionnels. Le premier objectif a été rapidement atteint et les résultats en terme de santé publique ont été spectaculaires. Certes, à l'heure actuelle, il subsiste encore des exclus du système de protection sociale, non pas par l'insuffisance de la réglementation, mais par incapacité culturelle à utiliser les droits sociaux* ». **V. RAVOUX**, « *La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé* », Droit social, Dalloz, 1994, p. 578.

[778] Au point que Yves SAINT-JOURS a pu souligner, en 2004, que, certes, la Sécurité sociale « *a contribué, depuis plus d'un demi-siècle, à favoriser l'essor des techniques médicales, à réduire la mortalité infantile et à accroitre la longévité humaine* », mais « *en contrepartie, les dépenses de santé croissent plus rapidement que le produit intérieur brut (PIB)* ». **Y. SAINT-JOURS**, « *L'ambiguïté endémique de la maîtrise des dépenses de santé* », Recueil Dalloz, Dalloz, 2004, p. 1675.

[779] Ce propos, d'une idée particulièrement généraliste, concerne d'ailleurs l'ensemble des pays, *a fortiori* parmi les plus développés. A titre d'exemple, il est possible de citer Géraldine DEMME, à propos du système de santé allemand, qui explique que « *les dépenses de santé s'accroissent corrélativement à l'amélioration du niveau de vie. En outre, les avancées médico-techniques permettent la création de nouvelles méthodes de soins plus performantes mais aussi plus onéreuses. Enfin, les mutations démographiques jouent un rôle essentiel : nous vivons plus longtemps et demandons*

347. Maitrise des dépenses de santé. Au-delà de rationaliser l'offre de soins, l'objectif de maitrise des dépenses de santé s'est fait jour[780]. Devenu un élément central de la politique de santé publique, l'ensemble des réformes depuis plusieurs décennies est imprégné de cet objectif[781]. Le développement tout entier du mode de financement du système de santé vise précisément à réguler les dépenses[782]. Certes, cette dimension concerne très largement la totalité des politiques publiques, eu égard à la juste répartition et utilisation des fonds publics[783]. Cela étant, il prend une ampleur considérable dans le secteur de la santé[784]. Et à ce titre, les établissements sont assurément parmi les premiers visés. En effet, l'ensemble de leur fonctionnement répond précisément à cet objectif et trouve à se matérialiser dans la totalité de ces composantes : financement, tarification, développement, budget.

---

davantage de soins ». **G. DEMME**, « *Le secteur de la santé face au droit de la concurrence* », Regards sur l'économie allemande, 95, 2010, pp. 27-32.

[780] Sur ces questions : **R. PELLET**, « *Le juge constitutionnel et la maitrise des dépenses de santé* », Les Tribunes de la santé, 2004/4, n°5, pp. 77-91.

[781] « *La maîtrise des dépenses de santé s'est progressivement instillée parmi les priorités retenues afin de résorber le déficit public et constitue maintenant un objectif majeur. Elle implique une action sectorielle appliquée à chaque domaine de la santé* ». **O. DEBARGE**, « *La maîtrise des dépenses de santé : un enjeu financier conditionnant la politique de santé* », Lextenso, Revue française de finances publiques, n°136, p. 287.

[782] Voir notamment : **O. BACHELARD, M. BOURY, A. DESLANDES**, « *Comment concilier utilité sociale et maîtrise de la dépense publique ? Le cas de la Sécurité sociale* », Humanisme et Entreprise, vol. 299, n°4, 2010, pp. 13-28. Les auteurs tiennent notamment le propos suivant : « *Diminuer la dépense publique en renforçant l'efficacité et la qualité de l'action publique, tel est le défi d'une gestion rénovée du service public de Sécurité sociale* ».

[783] Pour des exemples d'études en matière de politique publique : **S. DAMAREY**, « *Dépenser moins et rembourser la dette publique* », Gestion & Finances Publiques, vol. 2, n°2, 2018, p. 7-12 ; **C. VIGOUR**, « *Chapitre 10 / Choix politiques et inertie des dépenses. L'augmentation et les efforts de maîtrise du budget de la justice (1980-2010)* », in : **P. BEZES (éd.)**, Gouverner (par) les finances publiques. Paris, Presses de Sciences Po, « Académique », 2011, pp. 451-489.

[784] Et à dire vrai autorise même parfois à faire abstraction de cet objectif, pour un exemple : « *hors du cas exceptionnel, déjà évoqué, de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19, la maîtrise des dépenses est une constante de la politique budgétaire et touche chacun des pans de l'action publique* ». **G. SUTTER**, « *La contrainte budgétaire* », Pouvoirs, vol. 177, n°2, 2021, pp. 83-94.

348. L'étude exhaustive du sujet semble se situer au cours des années 1990[785], période où la problématique s'est véritablement matérialisée au sein des politiques publiques. Ainsi, le CCNE a pu expliquer, que « *la recherche d'un optimum à l'échelon de la politique d'ensemble de la nation, tout ne ménageant une place aux considérations d'efficacité économique se fonde à titre essentiel sur des critères éthiques. Les uns et les autres ne sont pas systématiquement contradictoires car ils conduisent dans tous les cas à réprouver le gaspillage* »[786]. Plus encore, si les perspectives d'avenir de l'époque ne semblaient guère reluisantes, la prise de conscience était réelle. En ce sens, Bernard BONNICI expliquait notamment qu'« *il faudra gérer la régulation des dépenses de santé dans un environnement technologique et social toujours plus exigeant eu égard au retour de la grande pauvreté et à la permanence d'inégalités de santé tenant au sexe, à l'âge, à la catégorie socioprofessionnelle ou à la géographique* »[787]. Plus globalement, le propos ne choque pas, ou plus vraiment, et l'association entre maitrise des dépenses et dimension éthique ne paraît plus réellement antinomique. Dès lors, « *si la santé n'a pas de prix, elle a obligatoirement un coût* »[788].

349. Outils collectifs : la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS)[789]. Point d'orgue de cette définition au niveau national, la loi de financement de la sécurité sociale

---

[785] Bien qu'il ne faille pas penser que la question ne se posait pas auparavant, la réflexion remontant davantage à la fin des trente glorieuses et de l'idée d'opulence qui s'en dégageait.

[786] CCNE, Avis 57, Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs, p. 5.

[787] Il illustre d'ailleurs son propos avec des exemples particulièrement évocateurs (« *pourra-t-on transiger sur l'égal accès aux soins, sur la revendication de mourir dignement, sur l'exigence de sécurité ou l'aspiration au confort hôtelier dans les établissements ?* ») et dresse une perspective d'évolution relativement peu rassurante (« *dans cette perspective, il faut s'attendre à de profonds bouleversements dans le monde hospitalier : fermeture et conversions d'établissements, mais également rachats de plus en plus timides et prudents d'établissements privés par de grands groupes financiers, fortement ébranlés dans leurs convictions commerciales par un avenir économiquement sombre. Les élus auront, quant à eux, à se positionner rapidement vis à vis des délocalisations sanitaires, des gels de postes et d'emplois, quand il ne s'agira pas de licenciements massifs d'agents contractuels pour « passer » dans un taux directeur négatif* »). **B. BONNICI**, « *La maîtrise des dépenses de santé. Réflexions sur la problématique* », RDSS, Dalloz, 1993, p. 411.

[788] L'auteur précise en outre qu'il « *faut pouvoir parler du coût de la santé sereinement, sans se faire juger d'odieux personnage, immoral, voulant faire des économies sur le dos des plus faibles, des malades* ». **J.-M. MIQUET**, « *La maîtrise des dépenses de santé est-elle contraire à l'éthique médicale ?* », Éthique et santé, Volume 5, Issue 1, Mars 2008, pp. 3-7.

[789] Les développements récents, et notamment la mise en place des lois d'approbation des comptes de la sécurité sociale (LACSS) et des lois de financement rectificatives en mars 2022, seront étudiés en seconde

est d'une telle particularité et importance qu'elle fait l'objet d'une disposition constitutionnelle[790]. L'objectif associé à sa création[791] était, en outre, la maitrise des dépenses de santé[792] sans pour autant tourner à la définition d'un exercice budgétaire national[793]. Son adoption fait l'objet d'un calendrier et d'une certaine originalité[794]. Plus encore, elle implique nécessairement l'organisation d'un débat et d'une large préparation témoignant, là-encore, de la nature publique de la santé et des conséquences engageant la société toute entière. En son sein, les établissements de santé en constituent une facette à part entière. Les dépenses pour l'année à venir y sont consignées tout comme les éventuels mécanismes à adopter.

---

partie. Voir notamment : Loi organique n°2022-354 et loi n°2022-355 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Sur ces questions : **B. APOLLIS**, « *Les habits neufs des lois de financement de la sécurité sociale* », Finances Hospitalières, n°167, Avril 2022.

790 L'article 34 de la Constitution du 4 octobre 1958 prévoit notamment que « *les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixes ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique* ».

791 Loi constitutionnelle n°96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la sécurité sociale.

792 En ce sens, l'exposé des motifs de la loi constitutionnelle du 22 février 1996 expliquait notamment que « *la sécurité sociale est confrontée à une crise sans précédent qui, si une réforme profonde n'était pas rapidement engagée, menacerait son existence même et, à travers elle, notre système de protection sociale* ». Proposant « *un plan de refonte de la sécurité sociale destiné à permettre de garantir l'équilibre du système* », l'exposé ajoute que « *cet équilibre ne se résume pas aux seuls aspects financiers. Il favorise la qualité et l'universalité des prestations. Il impose aussi une plus grande solidarité à l'ensemble des acteurs concernés : organismes de sécurité sociale, assurés et professionnels de la santé* ».

793 Toujours au sein de l'exposé des motifs, est consigné l'objectif de cette LFSS, à savoir « *déterminer les conditions générales de l'équilibre financier prévisionnel de la sécurité sociale et de fixer, en fonction de celles-ci, les objectifs de dépenses* ». Il ajoute qu'il « *ne saurait s'agir d'un exercice budgétaire classique* » et qu'« *en effet, en matière de sécurité sociale, les dépenses résultent de l'exercice des droits des assurés. Elles ne sont pas le produit de la décision d'ordonnateurs liés par des crédits limitatifs. Elles résultent de décisions individuelles, elles-mêmes conditionnées par un contexte social et démographique sur lequel les pouvoirs publics n'ont pas prise à court terme. Quant aux recettes, elles sont essentiellement conditionnées par des taux de cotisation fixés par le pouvoir réglementaire* ».

794 Sa procédure est également prévue par la Constitution du 4 octobre 1958 à l'article 47-1 : « *Le Parlement vote les projets de loi de financement de la sécurité sociale dans les conditions prévues par une loi organique. Si l'Assemblée nationale ne s'est pas prononcée en première lecture dans le délai de vingt jours après le dépôt d'un projet, le Gouvernement saisit le Sénat qui doit statuer dans un délai de quinze jours. Il est ensuite procédé dans les conditions prévues à l'article 45. Si le Parlement ne s'est pas prononcé dans un délai de cinquante jours, les dispositions du projet peuvent être mises en œuvre par ordonnance. Les délais prévus au présent article sont suspendus lorsque le Parlement n'est pas en session et, pour chaque assemblée, au cours des semaines où elle a décidé de ne pas tenir séance, conformément au deuxième alinéa de l'article 28* ».

350. Outils collectifs : l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Témoignant encore davantage de cette exigence d'efficience, la LFSS s'accompagne de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) dont la création remonte, là-encore, à 1996[795]. En son sein, y est défini, comme son nom l'indique, l'ensemble des dépenses prévisibles en matière de santé. Là-encore, les établissements de santé ne sont qu'un volet d'une vision d'ensemble[796].

351. Surtout, l'importance ici est de retenir que cet outil n'a rien d'impératif mais ne constitue qu'une visée[797]. Il témoigne donc d'une exigence d'exercice, d'une sorte d'obligation de faire, impliquant de tout mettre en œuvre pour maitriser les dépenses, tout en gardant à l'esprit que des impondérables peuvent se produire. De manière plus pertinente, il s'agit véritablement d'un modèle simplifié de logique budgétaire définie au niveau national. En ce sens, les établissements de santé s'engagent à réduire ou maitriser leurs dépenses, à un niveau leur permettant d'assurer leurs fonctions, sans excès notable[798].

---

795 Article 1er de la loi organique n°96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale est venue insérer un chapitre 1er bis au code de la sécurité sociale qui contenait un article L.O. 111-3 énonçant que « *chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale (…) fixe, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie* ».

796 Sur cette notion : **I. HIRTZLIN**, « *L'objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie : d'un outil global de régulation à une simple prévision des dépenses. Une génération de réformes en management public : Et après ?* », Novembre 2003, Strasbourg, France. pp. CD ROM. hal-00942794.

797 « *Par ailleurs, si l'ONDAM fixe un plafond, un objet de dépenses à respecter, cela n'empêche pas l'augmentation constante et supérieure à l'évolution des recettes des dépenses de soins entrant dans le champ de l'ONDAM et ceci en dépit du consensus présent en finances sociales estimant que « la Sécurité sociale ne doit pas engendrer de la dette et en transférer la charge sur les générations futures » »*. **A. DORT**, « *Le financement des dépenses de santé, une recherche constante d'économies* », Revue française de finances publiques, n°151, p. 211.

798 Sur cette idée de pertinence, les réflexions ne manquent pas et sont régulièrement mentionnées dans les rapports publics. Ainsi, dès 2003, il a pu être précisé qu'une « *liberté mieux organisée (et plus rationnelle) pour le patient d'accéder aux soins par la multiplication des modes d'accès (hospitalisation complète, à domicile ou à temps partiel ; médecine libérale traditionnelle ; réseaux de soins en ville ou réseaux de soins ville-hôpital, intégration dans des filières organisées…) Les différents modes d'accès, aujourd'hui plus diversifiés que la traditionnelle bipolarisation ville-hôpital, cohabiteraient, de fait, dans un processus vertueux, parce que mieux adapté à l'évolution de l'état pathologique du malade* ». **A. COULOMB (rap.)**, Médicalisation de l'ONDAM, Rapport du groupe de travail de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, 31 mars 2003, p. 42.

352. Dimension éthique du système[799]. Cette logique de fonctionnement répond indéniablement à une dimension éthique, comme en témoignent notamment les travaux du CCNE. Ainsi, il précise que « *cette tension (la santé a un coût, et ce coût impose des contraintes) peut mettre en péril les principes mêmes de la protection sociale. Ne pas tenir compte du caractère fini des ressources disponibles entraînerait forcément une restriction de l'accès aux soins qui serait aléatoire ou discriminatoire pour certaines populations de patients, avec des conséquences éthiques majeures* »[800]. En effet, sans rechercher uniquement la seule réduction des dépenses, il s'agit avant tout d'assurer la pérennité du système de santé[801]. Une attitude contraire ne serait assurément pas respectueuse des générations futures. En ce sens, Jean-Marie MIQUET estime que « *l'idée même de maîtriser les dépenses de santé ne doit pas forcément être considérée comme éthiquement inadmissible* », dès lors que « *l'accessibilité des soins à tous* » et « *la qualité du système de santé au plus haut niveau (…) restent plus que jamais en vigueur* »[802].

353. Plus encore, et de manière plus opérationnelle, ce fonctionnement répond avant tout à un objectif d'efficacité pertinent avec la pratique médicale. La transition vers le bon soin, ou plutôt le juste soin tend à répondre à une certaine conscience éthique des pouvoirs publics[803]. Il est difficile de contester une volonté visant à dépenser de manière cohérente

---

799 Sur ces questions : **V. CHAPEAU-SELLIER**, *Le droit de la protection sociale, du principe de solidarité socio-professionnelle vers l'octroi de droits sociaux individuels*, Thèse de doctorat en Droit, préparée sous la direction du Pr. François VIALLA et soutenue le 30 octobre 2021 au sein de l'Université de Montpellier.

800 CCNE, Avis 101, *op. cit.*

801 En ce sens : « *Ainsi, la maîtrise des dépenses par l'assurance maladie, si elle n'était pas une préoccupation majeure à l'origine, s'est progressivement imposée. La démarche s'est structurée et a pris de plus en plus en compte les comportements et les approches médicales. Proposer les meilleurs soins au meilleur coût constitue un impératif et un gage de la pérennité du système solidaire d'assurance maladie français* ». **B. FERRAS, M.-P. PLANEL**, « *8. Comment sont régulées les dépenses d'assurance maladie ?* » in : **B. FERRAS, M.-P. PLANEL (dir.)**, L'assurance maladie en question(s), Rennes, Presses de l'EHESP, « Débats Santé Social », 2019, pp. 81-91.

802 **J.-M. MIQUET**, « *La maîtrise des dépenses de santé est-elle contraire à l'éthique médicale ?* », *op. cit.* Il ajoute d'ailleurs, plus encore, qu'il « *faut donc faire attention aux solutions faciles qui paraissent dignes de la plus grande moralité et éthiquement nobles : tout pour la santé, tout pour l'éducation. Haro sur ceux, les misérables, qui veulent faire des économies sur les pauvres malades. L'éthique doit rester une réflexion sérieuse et non démagogique et facile* ».

803 La pandémie de Covid-19 en constitue un exemple particulièrement éloquent. Ainsi, « *la pandémie Covid-19 inédite en taille, en extension, en gravite a provoqué un afflux massif et prolongé de patients en état critique en réanimation débordant souvent les capacités en lits habituelles de ces structures. L'enjeu a été d'offrir à tous les malades des soins de qualité, en répartissant les moyens disponibles pour maximiser les chances de guérison du plus grand nombre, dans le respect des droits*

les fonds disponibles. Surtout, les éléments d'organisation définis en ce sens cherchent vraisemblablement à prioriser les prestations nécessaires à la société[804]. En ce sens, cette rationalisation se veut soucieuse d'une certaine ambition éthique. A ce propos, le CCNE ajoute en outre que « *pour l'économie de la santé, garantir la santé publique implique également de garantir une juste répartition des ressources du système de santé, du fardeau induit par le financement de l'ensemble des soins du panier proposé par le système public et des résultats en termes sanitaires. Il s'agit en premier lieu de garantir l'équité horizontale dans la consommation du soin et l'équité verticale dans le financement des soins. Le principe d'équité horizontale dans la consommation du soin exige un traitement d'égal à égal : à chacun selon ses besoins* »[805].

354. Enfin, et cette fois-ci dans une logique sans doute plus ouverte sur le monde et dépassant notre cadre juridique, il est possible de se questionner quant à la pertinence de la mise en place d'un système où la mesure économique serait inexistante alors même que bon nombre d'autres sociétés n'ont pas de quoi prétendre aux soins, y compris parmi les plus rudimentaires. En ce sens, Didier SICARD s'interroge : « *peut-on continuer à se poser des questions existentielles sur la « potentialité d'homme » recelée par l'embryon et ignorer la mort banalisée des enfants infectés par la rougeole ou le tétanos ? (…) Peut-on concentrer la réflexion sur des questions jugées essentielles comme le clonage reproductif ou les cellules souches, et ignorer les questions élémentaires de l'accès aux soins pour la méningite ou le sida ?* »[806]. Bien sûr, il ne s'agit absolument pas de tenir qui que ce soit pour caution ou responsable de ces inégalités d'accès aux soins. Cela étant, celles-ci impliquent nécessairement un questionnement de conscience et justifie amplement l'idée

des patients et de l'éthique ». **F. CLAUDOT, T. LECLERC, F. MICHEL, P.-F. PERRIGAULT, B. VEBER**, « *Enjeux éthiques de l'accès aux soins de réanimation en contexte de Covid-19* », LEH Édition, RDS, n°96, 2020, pp. 669-672.

804 En ce sens : « *L'impératif de pertinence des soins trouve principalement à s'exprimer dans la prise en charge des produits de santé et des prestations de soins par l'assurance maladie obligatoire* ». **A.-S. GINON**, « *La pertinence des soins, nouvelle valeur du système de santé ?* », RDSS, Dalloz, 2018, p. 428.

805 CCNE, Avis 137, Éthique et santé publique, 20 mai 2021, p. 19.

806 **D. SICARD**, L'alibi éthique, *op. cit.*, p. 10-11. Il précise en outre, avec force, que « *le discours est monopolisé par ceux qui peuvent s'offrir le luxe de la réflexion des repus, en portant des toasts enthousiastes à l'avenir fascinant des sciences, tout en restant passifs devant la misère de ceux qui demandent simplement à survivre* ».

d'être *a minima* respectueux et précautionneux de l'usage des moyens et des investissements, quand d'autres, moins aisés, n'ont pas la chance de se questionner à ce propos[807].

355. Transition. Finalement, l'évolution des besoins en santé et l'efficacité technique dont le secteur fait l'objet ont justifié la mise en place d'un cadre économique, plutôt normé. La définition des ressources disponibles et à engager implique une maitrise des dépenses répondant à un double objectif stratégique et éthique. Les établissements de santé y trouvent toute leur place et font partie des principaux concernés par cet encadrement. Par suite, l'accès même à ce système est encadré, afin de contenir à la fois l'offre et les coûts.

§2. Accès conditionné au cadre économique

356. La maitrise du cadre est également recherchée à propos de l'accès à celui-ci. En effet, cette limitation est légitime à plus d'un titre (A), et tient compte de la typologie des établissements (B).

A. Légitimité de l'encadrement d'accès

357. Présentation. Délivrer des prestations hospitalières n'étant pas une activité commune, l'accès à celle-ci nécessite un encadrement. Au sein d'un cadre économique contraignant, il revient aux pouvoirs publics de définir les catégories d'entité à même d'effectuer cette tâche. Finalement, il apparaît que le cadre est bâti dans une logique visant à maitriser l'ensemble des facettes le composant : l'accès, l'exercice, le contenu et la valorisation. Cependant, alors même que d'autres secteurs d'activités sont certes régulés, la question de la légitimité de cet encadrement se pose, et les réponses qui peuvent être

[807] Sur l'accès aux soins des personnes les plus démunies, voir le dossier dédié par la RGDM et comprenant les actes du colloque en date des 18 et 19 mars 2021 au sein de l'Université de Toulon et dirigé par le Pr. Philippe PÉDROT : **P. PÉDROT (Dir.)**, Dossier. L'accès aux soins des personnes les plus démunies, LEH Édition, RGDM, n°80, 2021, pp. 17-161. Voir également : **A.-L. TILLY**, *L'accès aux soins à l'épreuve de la pauvreté : les tensions entre la fondamentalité du droit et l'universalisme*, Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. F. VIALLA, soutenue le 16 novembre 2018 au sein de l'Université de Montpellier.

apportées justifient le déploiement de règles incompatibles ou parfois en décalage avec la pratique économique.

358. Légitimité de l'encadrement de l'accès : la santé publique. Premier élément de réponse, la notion de nécessité régalienne, et la construction d'ensemble d'un régime de santé publique. Il apparaît en effet compliqué, au moins intégralement, de laisser le marché de la santé, vulgairement, entre les mains de la règle de l'offre et de la demande[808]. En ce sens, celui-ci sera plus ou moins régulé en fonction du niveau où le curseur sera placé quant à l'attente et à l'exigence sociale[809]. Au sein du régime français, il est évident que le choix a été fait de prévoir une maximisation des prestations accessibles au plus grand nombre, au moins à l'origine[810]. Surtout, le critère de pertinence est d'une importance certaine, toujours

[808] Comme l'exprime élégamment Jean-Philippe PIERRON, « *parler d'offre et de demande de soin nous situe dans une économie et une gestion de la santé, au risque d'oublier l'offrande sous l'offre et de minimiser ce qui se dans ce qui s'échange* ». **J.-P. PIERRON**, « *Les métiers du soin dans la tourmente* », Études, vol., n°2, 2020, pp. 41-51.

[809] Justement, sur l'évaluation des besoins en santé, Jocelyne SAINT-ARNAUD distingue parfaitement entre la pratique clinique et la santé publique : « *En pratique clinique, le besoin est évalué par le patient lui-même, selon ses perceptions et ses expériences de santé, et par les soignants qui utilisent leurs connaissances, leur expérience et différents outils, tests et mesures diagnostiques, permettant d'évaluer les problèmes de santé en cause. En santé publique, le besoin est évalué en fonction des déterminants de la santé, d'indicateurs comme les taux de mortalité et de morbidité et des résultats d'études, tant quantitatives que qualitatives, qui permettent d'évaluer le bien-être et la santé des communautés et de la population* ». **J. SAINT-ARNAUD**, « *Chapitre 1 : la justice sociale et les limites des ressources en santé* » in : **J.-C. BELISLE PIPON, B. GODARD et J. SAINT-ARNAUD (dir.)**, Les enjeux éthiques de la limite des ressources en santé, Presses de l'Université de Montréal, Paramètres, 2016, pp. 21-22.

[810] La question de la « *maximisation de la somme de santé produite sous contrainte budgétaire* » a notamment fait l'objet d'une revue de la littérature par la HAS. HAS, Valeurs de références pour l'évaluation économique en santé – Revue de la littérature, document de travail, décembre 2014, pp. 23-26.

dans un souci de performance médicale[811]. Ainsi, la question du contrôle de l'accès à l'exercice se justifie pleinement[812].

359. Légitimité de l'encadrement de l'accès : le financement public. Second argument, l'origine des fonds ou paiements. En effet, le financement du système de santé repose essentiellement sur un mécanisme de solidarité nationale et ne dépend qu'à titre exceptionnel d'une relation purement mercantile. En outre, l'hypothèse d'un usager payant le montant de la prestation qu'il a reçu en monnaie sonnante et trébuchante est loin d'être la plus fréquente[813]. En ce sens, l'assurance maladie prend en charge le règlement de cette prestation. Comme l'explique Gérard DE POUVOURVILLE, « *l'existence d'un payeur unique (le couple État/assurance maladie) financé par des ressources collectives signifie la mise en place d'un tarif unique sur le territoire, (…), surtout, cela impose une régulation macroéconomique des dépenses hospitalières, l'ONDAM, décliné par secteur de services et différencié entre les secteurs hospitaliers publics et privés. La régulation des dépenses se fait par un ajustement tarifaire en fonction de l'évolution des dépenses constatées (mécanisme d'ajustement prix/volume)* »[814]. De plus, et désormais de manière complémentaire,

---

811 A ce titre, a notamment été mise en place l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Celle-ci « *a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. A cette fin, dans le cadre de son programme de travail, elle peut procéder ou faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico-sociaux* ». Article L. 6113-10 du code de la santé publique.

812 Bien que, s'agissant des médecins, la question de l'encadrement de l'accès aux études de médecine montre les difficultés rencontrées par les pouvoirs publics. Sur ce point : **L. COLLET**, « *Numerus clausus et accès aux études de médecine : bases juridiques* », Les Tribunes de la santé, 2019/1, n°59, pp. 47-61.

813 D'ailleurs, en ce sens, Christine MAUGÜE expliquait que « *jusqu'à une époque récente, la matière a suscité peu de contentieux, à la fois sans doute parce que les parents et alliés hésitaient à contester une obligation à laquelle, moralement ou naturellement, ils répugnaient à se soustraire, et parce que les hôpitaux, mieux dotés ou plus résignés, avaient l'habitude de passer par pertes et profits les frais non recouvrés auprès des malades* ». **C. MAUGÜE**, « *Le recouvrement des frais d'hospitalisation par les hôpitaux – Conclusion sur Conseil d'État, Section (avis), 28 juillet 1995, M. Kilou* », Dalloz, RFDA, 1996, p. 386.

814 **G. DE POUVOURVILLE**, « *Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. La mise en œuvre de la tarification à l'activité* », Revue économique, vol. 60, n°2, 2009, pp. 457-470. L'auteur précise en outre que « *ce mécanisme incite fortement les établissements à développer leur activité sans nécessairement faire des efforts de coût, puisque les recettes des établissements les plus dynamiques souffrent moins de l'ajustement tarifaire* ».

le mécanisme de mutuelle obligatoire déployé depuis 2016[815] implique plus que jamais un règlement indirect des prestations, reposant sur un fonctionnement essentiellement solidariste et mutualiste. Bien sûr, d'autres secteurs d'activités sont concernés par une régulation[816], notamment au regard de la forte participation économique des pouvoirs publics[817]. Cela étant, la santé justifie cette dimension avec davantage de force.

360. Légitimité de l'encadrement de l'accès : conformité concurrentielle. Enfin, cette limitation se trouve être en conformité avec les règles concurrentielles, et ceci tant en droit interne qu'au niveau européen. En effet, le droit de l'Union européenne a eu plusieurs fois l'occasion de justifier tant la restriction d'accès au marché[818] que la limitation de la prise

---

[815] Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. Sur ces questions : **M. DEL SOL**, « *Généralisation de la couverture complémentaire santé des salariés : éléments de controverse* », Droit social, Dalloz, 2014, p. 165.

[816] A titre d'exemple, les articles L. 320-1 et suivants du code de la sécurité intérieure à propos des jeux d'argent, de hasard et les casinos.

[817] Pour des exemples, les article L1 et suivants du code des postes et des communications électroniques à propos du service universel postal et les obligations du service postal. Ensuite, les pouvoirs publics mènent des actions d'évaluation ou de planification dans d'autres secteurs stratégiques tels que l'énergie (avec notamment le chapitre 1er du code de l'énergie contenant les articles L. 141-1 et suivants traitant de « *l'évaluation des besoins et la programmation des capacités énergétiques* »), ou encore les transports (en témoigne ainsi le code des transports qui prévoit un chapitre relatif à la planification régionale composée des articles L. 1213-1 et suivants).

[818] En ce sens, la jurisprudence de l'Union a pu préciser que « *la protection de la santé publique figure parmi les raisons impérieuses d'intérêt général qui peuvent, en vertu de l'article 46, paragraphe 1, CE, justifier des restrictions à la liberté d'établissement* ». Par suite, « *il découle de la jurisprudence que deux objectifs peuvent, plus précisément, relever de cette dérogation dans la mesure où ils contribuent à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé, à savoir, d'une part, l'objectif visant à maintenir un service médical ou hospitalier de qualité, équilibré et accessible à tous et, d'autre part, l'objectif consistant à prévenir un risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale* ». Surtout, « *une planification, qui exige une autorisation préalable pour l'installation de nouveaux prestataires de soins, peut s'avérer indispensable pour combler d'éventuelles lacunes dans l'accès aux soins ambulatoires et pour éviter la création de structures faisant double emploi, de sorte que soit assurée une prise en charge médicale qui s'adapte aux besoins de la population, couvre l'ensemble du territoire et tienne compte des régions géographiquement isolées ou autrement désavantagées (…). Dans cette même perspective, il est loisible à un État membre d'organiser des services de soins médicaux de sorte qu'il accorde la priorité à un système de prestations en nature afin que chaque patient accède facilement, sur l'ensemble du territoire national, aux services des médecins conventionnés* ». CJCE, 10 mars 2009, Hartlauer Handelsgesellschaft mbH contre Wiener Landesregierung et Oberösterreichische Landesregierung, Affaire C-169/07, rec. 2009, p. I-01721, points 46 à 53. Voir aussi : CJCE, 12 juillet 2001, Smits et Peerbooms, C-157/99, Rec. p. I-5473, points 76 à 80 ;

en charge pour l'obtention de prestation par l'usager en dehors de ses frontières[819], ceci répondant vraisemblablement à une logique économique difficilement contestable[820]. D'évidence, la nature particulière du régime hospitalier justifie un certain nombre d'entrave à des libertés fondamentales tels que la liberté d'entreprendre[821]. Cette étude permet notamment de comprendre qu'il ne s'agit pas véritablement pour les établissements de santé de devenir des acteurs au sein d'un marché économique qui serait libre, mais seulement d'adopter un comportement relevant de l'efficacité économique, ceci à des fins

---

CJCE, 16 mai 2006, Watts, C-372/04, Rec. p. I-4325, points 103 à 110 ; CJCE, 13 mai 2003, Müller-Fauré et van Riet, C-385/99, Rec. p. I-4509, point 67.

819 Ainsi, l'article 20 du règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale prévoit un mécanisme d'autorisation. Il est également précisé que « *l'autorisation est accordée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et que ces soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie* ». Ensuite, l'article 26 du règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n°883/2004 précité énonce que « *lorsque la personne assurée a effectivement pris elle-même en charge tout ou partie du coût du traitement médical autorisé et que le montant que l'institution compétente est tenue de rembourser à l'institution du lieu de séjour ou à la personne assurée conformément au paragraphe 6 (coût réel) est inférieur à celui qu'elle aurait dû assumer pour le même traitement dans l'État membre compétent (coût théorique), l'institution compétente rembourse, sur demande, le coût du traitement qu'elle a supporté à concurrence du montant de la différence entre le coût théorique et le coût réel. Le montant du remboursement ne peut toutefois pas dépasser celui des coûts effectivement supportés par la personne assurée et peut prendre en compte les montants que la personne assurée aurait dû acquitter si le traitement avait été prodigué dans l'État membre compétent* ».

820 En lien avec le contenu des articles 20 et 26 des règlements (CE) précités, Prodromos MAVRIDIS précise que « *le risque pour l'institution compétente d'être en fin de compte soumise, du fait de l'application d'une législation sociale étrangère, à une charge financière supérieure à celle qu'elle aurait dû supporter, pour des soins analogues, en cas de traitement prodigué sur le territoire national* ». **P. MAVRIDIS**, « *La libre circulation des patients : la boucle est-elle bouclée ?* », Petites affiches, 13 juin 2008, n°119, p. 4. Voir également : **D. BLANC**, « *La compatibilité de la planification sanitaire avec le droit de l'Union européenne* », in : **J.-F. CALMETTE (dir.)**, La santé publique à l'épreuve de la rareté, Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2013, pp. 71-87.

821 Justement, le Conseil constitutionnel a déjà pu expliquer que ce comportement des pouvoirs publics est conforme à la constitution. Ainsi, dans sa décision n°90-287 DC du 16 janvier 1991, Loi portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales (point 21), répondant à un grief autour de la définition des critères d'homologation des tarifs prévus par l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale qui serait contraire à la liberté d'entreprendre, explique « *que la liberté d'entreprendre n'est ni générale ni absolue ; qu'il est loisible au législateur d'y apporter des limitations exigées par l'intérêt général à la condition que celles-ci n'aient pas pour conséquence d'en dénaturer la portée ; que les dispositions relatives aux critères d'homologation des tarifs conventionnels ont pour but de maîtriser l'évolution des dépenses de santé supportées par la collectivité ; que les restrictions qui en résultent pour les établissements privés d'hospitalisation ne portent pas à la liberté d'entreprendre une atteinte contraire à la Constitution* ».

d'efficience[822]. En conclusion, est construit ici un marché autonome où l'ensemble des règles sont définies par les pouvoirs publics.

361. D'ailleurs, il serait inopportun de considérer que droit de la concurrence et santé publique sont, par essence, incompatibles[823]. En effet, Caroline RAJA-ROQUE estime, certes, que « *la question de la propension des règles concurrentielles à soutenir les objectifs de santé publique* » est à envisager. Cela étant, elle explique également que si « *les finalités a priori opposées de ces normes à celles des règles sanitaires, respectivement orientées vers la protection de l'économie et celle de la santé, laisseraient à penser que leur interaction peut être nuisible au fonctionnement du secteur de la santé* », il apparaît que « *l'étude de l'acquis décisionnel, dont la teneur est riche et qui tend d'ailleurs à se développer, tant dans le cadre d'une récurrence des pratiques anticoncurrentielles mises en œuvre dans ce secteur que dans celui d'une progression des stratégies de développement externe des entreprises, montre qu'une conciliation entre les deux corps de règles, voire une complémentarité, est possible* »[824]. Par suite, la construction mise en place par les pouvoirs publics introduit, sans véritablement affirmer, les principes propres à un régime concurrentiel[825]. En définitive, « *dans le champ de la santé, les relations de concurrence sont le plus souvent niées de prime abord (a fortiori par le personnel médical),*

[822] Sur ces questions : **J.-C. MOISDON**, « *De l'incitatif économique à la machine de gestion : le cas des établissements de santé* », Quaderni, 82 | 2013, pp. 39-54.

[823] Sur ces questions : **C. RAJA-ROQUE**. *Droit de la concurrence et droit de la santé : étude d'un entrecroisement normatif*. Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. D. MAINGUY, soutenue le 18 novembre 2010 au sein de l'Université de Montpellier 1. Voir également : **G. ROUSSET**, « *Du patient au consommateur, de l'usager au citoyen : euphémisation des mots ou véritable perte de sens* », LEH Édition, RGDM, n° 11, 2008, p. 201-210 ; **A. LAUDE, D. TABUTEAU (Dir.)**, Sécurité des patients, sécurité des consommateurs : convergences et divergences, PUF, Droit & Santé, 2009.

[824] **C. RAJA-ROQUE**, « *Cent ans de droit économique de la santé : le droit de la concurrence est-il au service de la protection de la santé ?* », LEH Édition, RDS, n°100, 2021, pp. 307-318.

[825] En ce sens, Caroline RAJA-ROQUE explique notamment que « *l'impact pro-concurrentiel des réformes successives du régime applicable aux établissements de santé qui ont abouti – notamment par la dilution progressive du service public hospitalier au sein du système – à leur soumission à un régime juridique commun, n'est plus à démontrer* ». **C. RAJA-ROQUE**, « *Cent ans de droit économique de la santé : le droit de la concurrence est-il au service de la protection de la santé ?* », *op. cit.*

car contraires aux valeurs caritatives originelles. Pourtant, (…), elles sont bien présentes, et frontales (voire féroces) sur certaines activités »[826].

B. Typologie des établissements concernés

362. Au sein de ce cadre, sont amenés à exercer un grand nombre d'établissement qui s'est par ailleurs multiplié en fonction du progrès social. Ainsi, les différents codes en vigueur listent de façon exhaustive les structures à même de proposer des prestations remboursées par la sécurité sociale. En cela, la typologie des établissements susceptibles de participer au cadre se trouve également prédéfinie par les pouvoirs publics[827]. La variété des établissements concernés est maitrisée, afin d'assurer un niveau satisfaisant et un degré de performance suffisant, en conformité avec la politique de santé publique et les objectifs qui y sont associés. Surtout, cette variété concerne tant les modalités d'exercice que les natures juridiques en présence.

363. Variété des types d'exercice. Tout d'abord, la question de la variété des types d'exercice. La multiplication des prises en charge possibles et la surspécialisation qui en découle a entrainé le développement de catégories d'établissements nouveaux, dont les pouvoirs publics ont pris note et les ont intégrés à leur cadre économique[828]. Surtout, la prise en compte de cette variété est un signe de la performance du système tant elle justifie certaines différences dans les règles les concernant. Il apparaît à certains égards que la catégorie des prestations délivrées est à l'origine de la définition du régime, en ce sens, le

---

826 **A. ALBERT-CROMARIAS, C. DOS SANTOS**, « *Les établissements de santé, entre concurrence et coopération sur les territoires* », The Conversation, publié le 3 juillet 2018, consulté le 23/12/2021. https://theconversation.com/les-etablissements-de-sante-entre-concurrence-et-cooperation-sur-les-territoires-98962

827 Cette maitrise se matérialisant tant par la politique de planification ou de contractualisation désormais visant à définir l'offre de soins que le régime d'autorisation préalable permettant de concourir à cette offre.

828 A ce sujet, l'exemple du développement des prises en charge ambulatoires est suffisamment éloquent pour illustrer le propos. Sur ces questions : **G. BONTEMPS**, « *Développement de la chirurgie ambulatoire en France : plus de contraintes pour plus de performance ?* », La Presse Médicale, Vol. 43, Issue 3, Mars 2014, pp. 275-277 ; **J.-P. DANOS**, Développer et organiser l'ambulatoire dans un établissement de santé – Guide pratique, nouveaux concepts organisationnels, LEH Édition, Pratiques professionnelles, Bordeaux, 2013.

financement lui-même est conditionné par la dimension médicale de l'exercice des établissements. En outre, s'agissant du secteur sanitaire, les établissements de santé autorisés par le code de la santé publique[829] peuvent être financés pour les activités « *de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie* », « *de psychiatrie* », « *réalisées dans les unités ou centres de soins de longue durée* » et « *de soins de suite et de réadaptation* »[830].

364. Variété des natures juridiques. Au-delà de la variété d'exercice, il existe également des différences de régimes juridiques[831]. En effet, l'une des particularités de ce cadre économique est de voir cohabiter des acteurs tantôt publics tantôt privés[832]. Si, là-encore, cette diversité n'est pas propre à la santé, elle n'en reste pas moins exacerbée ici. Car dans ce cas de figure, il semble que l'initiative privée soit perçue comme accessoire[833]. En premier lieu, il revient aux établissements publics de santé d'assumer, dans la mesure du possible,

---

829 Art. L. 6122-1 du code de la santé publique.

830 Art. L. 162-22 du code de la sécurité sociale.

831 A titre introductif, comme l'explique Antoine AUDOUIN, « *la concurrence entre les secteurs public et privé apparaît pourtant relativement récente dans la longue histoire hospitalière. En réalité, elle ne se pose véritablement que depuis la seconde moitié du XXe siècle, à partir du moment où l'hôpital s'éloigne de sa mission pluriséculaire d'accueil des indigents pour s'ouvrir à l'ensemble de la population et que la montée en charge des régimes d'assurance maladie assure une large socialisation des dépenses de santé, au demeurant croissantes compte tenu des progrès de la médecine* ». **A. AUDOUIN**, « *Hospitalisation privée et organisation de l'offre de soins* », RDSS, Dalloz, 2021, p. 990.

832 Ainsi, l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale décline avec une relative précision les différentes catégories juridiques, à savoir « *a) les établissements publics de santé* », « *b) les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier* », « *c) les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement* », « *d) les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé* » et enfin « *e) les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d* ».

833 « *En 1999, l'hospitalisation privée représentait 67 % des établissements de santé et 35 % des lits et places. Cette même année, on comptait 2 139 établissements privés (912 à but non lucratif et 1 227 commerciaux) pour 1 032 établissements publics. Vingt ans plus tard, en 2019, elle représente 55 % des établissements français et 40 % des lits et places, avec 1 654 établissements de santé privés pour 1 354 établissements publics, dont 983 établissements commerciaux et 671 établissements à but non lucratif (PNL). Cette réduction du nombre des établissements privés montre que le secteur privé est en restructuration permanente depuis plus de vingt ans avec des regroupements géographiques et des concentrations économiques, tant dans le secteur commercial que dans le PNL, le phénomène de concentration étant plus marqué dans le secteur commercial où la place des établissements dits indépendants ne cesse de diminuer. Il connait aussi des fermetures « sèches » d'établissements et des reprises par des établissements publics de santé en gestion directe ou dans le cadre de groupements de coopération sanitaire* ». **M. CORMIER**, « *Les établissements de santé privés : origine et évolutions d'une notion juridique* », RDSS, Dalloz, 2021, p. 981.

l'intégralité du contenu de l'offre de soins[834]. Les prestations proposées par le secteur privé sont nécessairement plus disparates et se limitent à une validation par le biais d'une autorisation sanitaire délivrée par les autorités[835]. Ensuite, le secteur privé se distingue lui-même en deux sous-catégories, à savoir lucratif[836] et non-lucratif[837]. Là-aussi, les catégories de prise en charge délivrées ne sont pas les mêmes, tout comme les objectifs économiques.

365. Impacts de cette variété sur les exigences attendues. Cette distinction des natures juridiques implique également une variété des objectifs et injonctions attendues. Plus-encore que la typologie des prestations délivrées, les obligations économiques ne seront pas les mêmes en fonction du statut de la structure. Il va de soi qu'un établissement public se verra plus contraint budgétairement qu'une structure privée, *a fortiori* lorsque celle-ci exerce à but lucratif. Dans ce dernier cas de figure, le droit des entreprises trouvera à s'appliquer avec la réserve constante d'être dans un secteur d'activité profondément régulé où la contrainte de la maitrise des dépenses de santé reste omniprésente[838]. A contrario, la

---

834 Le propos se vérifiant à travers la participation d'office des établissements publics de santé au service public hospitalier prévue à l'article L. 6112-3 du code de la santé publique.

835 L'article L. 6125-1 du code de la santé publique prévoit notamment le délit d'ouverture ou gestion sans autorisation d'un établissement de santé privé. Pour des exemples de contentieux : Cass. Crim. 16 février 2021, n°19-87.982 à propos de la réalisation d'opérations de la cataracte au sein de deux cabinets médicaux libéraux ; Cass. Crim. 9 mai 2007, n°06-85.021 à propos de la réalisation de greffes de cornée. Voir notamment : **V. MORGANTE**, « *Réalisation d'actes chirurgicaux en cabinet médical sans autorisation* », Dalloz Actualité, 8 mars 2021.

836 Voir sur ce point : **J.-P. CLAVERANNE, J.-B. CAPGRAS**, « *Les dynamiques de l'hospitalisation privée à but lucratif des années 80 à nos jours : le grand chambardement* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 968 ; **J.-P. CLAVERANNE, D. PIOVESAN**, « *La clinique privée, un objet de gestion non identifié* », Revue française de gestion, n°146, 2003, p. 143.

837 Voir sur ce point : **M. CORMIER**, « *Les établissements de santé privés d'intérêt collectif* », LEH Édition, RGDM, n°15, 2011, pp. 103-114 ; **P. BONAFINI**, « *Quels enjeux pour le secteur privé non lucratif ?* », LEH Édition, RDS, n°92, 2019, p. 953-954. Pour une étude classique : **E. ROSSINI**, « *Les établissements de santé privés à but non lucratif – Étude juridique* », Bibliothèque de Droit public, LGDJ, Tome 165, Paris, 1992.

838 Ainsi, il serait absurde de penser que les pouvoirs publics n'ont aucune vision sur le fonctionnement budgétaire des établissements de santé privés, y compris à but lucratif. En ce sens, l'article L. 6161-3 du code de la santé publique prévoit notamment que « *les comptes certifiés par le commissaire aux comptes des établissements de santé privés ainsi que ceux de leurs organismes gestionnaires sont transmis à l'autorité chargée de la tarification de ces établissements pour les besoins de leur contrôle. Ils sont transmis à l'agence régionale de santé dans des conditions fixées*

pression budgétaire sera constante dans le secteur public[839], avec notamment la mise en place d'outils tels que l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)[840], ou encore à travers les fonctions achats et investissements encadrées par le droit de la commande publique. Cependant, l'étiquette service public offrira à ceux-ci une valeur ajoutée certaine dans leur communication extérieure[841].

366. Logique d'efficience et standards de fonctionnement. Au regard de ces éléments, il apparaît que les établissements de santé s'inscrivent dans un cadre économique régulé et standardisé[842]. La pratique commerciale, si l'on peut dire, se trouve totalement encadrée et maitrisée, orientée vers une logique d'efficience permanente. L'ensemble du

---

par voie réglementaire. Toutes autres pièces comptables nécessaires au contrôle sont mises à disposition de l'autorité de tarification et, en tant que de besoin, communiquées par celle-ci aux services chargés de l'analyse économique et financière ».

[839] Il faut malgré tout préciser que l'article L. 6161-3-1 du code de la santé publique prévoit que « *les règles relatives à l'organisation financière des établissements publics de santé sont applicables aux établissements de santé privés mentionnés aux b* [Les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires] *et c* [Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée] *de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sous réserve des règles d'organisation et de fonctionnement de droit privé ou des dispositions du code de la santé publique qui leur sont spécifiques, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État* ».

[840] Outil concernant les établissements publics de santé et défini à l'article R. 6145-10 du code de la santé publique comme « *l'acte par lequel sont prévues et autorisées ses recettes et ses dépenses annuelles* ». Par ailleurs, « *les dépenses et les recettes imputables aux activités assurées par les établissements publics de santé sont retracées dans le cadre d'un état des prévisions de recettes et de dépenses unique* » (Art. R. 6145-12 du code de la santé publique).

[841] Précisément sur ce point, il a pu être expliqué que s'il « *existe un certain nombre de managers « irréductibles » qu'il sera difficile de convaincre* », « *une grande majorité des personnes interrogées pensent que le recours au marketing à l'hôpital est une nécessité afin de s'adapter aux évolutions sociétales et aux contingences du mode de financement de l'activité* ». De façon synthétique, « *par éthique inhérente à ce secteur particulier de l'économie où les valeurs d'altruisme, d'honnêteté, de générosité, d'empathie, de compassion, et les notions de sérieux, de professionnalisme, de responsabilité, de sécurité, … sont cardinales, le marketing hospitalier n'est pas simplement un marketing adapté, c'est un marketing spécifique* ». **D. CRIE, D. SALERNO, A. VINCENT**, « *Vers un marketing hospitalier : Attitudes, pratiques et représentations des managers français* », Journal de Gestion et d'Économie Médicales, vol. 32, no. 3, 2014, pp. 189-208. Voir également : **M. LOUAZEL, L. TARDIF**. « *Projet d'établissement et marketing hospitalier. Gestions hospitalières : la revue du management hospitalier* », Gestions hospitalières, 2015.

[842] L'idée de standardisation s'observant d'autant plus au regard de l'objectif de convergence tarifaire au sein des structures étudié ci-après.

comportement économique se trouve conditionné en partie par le fait que l'origine des fonds relève de la solidarité nationale et n'incite pas seulement, mais exige une efficacité certaine[843]. Au-delà de la réponse d'éthique médicale qui est attendue de leur part à travers la maximisation de l'offre de soins, il est désormais imposé une réponse d'éthique économique et sociale à travers l'efficacité financière dans leur action[844]. Dès lors, le régime développe une double culture de délivrer le soin à tous, en minimisant les dépenses associées. Ce standard d'organisation est par ailleurs une conséquence directe de la politique de santé publique mise en place par les autorités[845].

367. Transition. Les établissements de santé sont donc partis des membres d'un régime économique global visant à la maitrise des dépenses et à l'efficience d'ensemble, tant

---

[843] En ce sens : « *le contrôle du recours à l'hospitalisation a deux implications. D'une part, l'efficience d'un établissement est subordonnée à celle de l'ensemble de l'offre de soins. L'hôpital n'est pas une entreprise autonome qui maximise sa performance indépendamment des autres producteurs de soins. D'autre part, l'offre hospitalière doit relever aussi de principes d'ordre public et d'équité dans l'accès aux soins, ce qui justifie le maintien de mécanismes de contrôle de l'accès au marché. En France, c'est la planification qui joue ce rôle. En particulier, la recherche d'un certain niveau d'équité dans l'accès géographique aux soins pourrait justifier le maintien d'établissements ayant une taille sous-optimale au regard des tarifs nationaux. Ceci devrait conduire à distinguer, dans la rémunération d'un service, ce qui a trait au paiement d'une prestation au prix d'efficience de ce qui relève d'exigences du maintien du service public hospitalier. Le premier niveau de paiement relèverait de l'assurance maladie et le second de la solidarité nationale, financée par des ressources fiscales nationales ou régionales. C'est à ce prix que l'on pourrait faire cohabiter la logique d'un système de paiement prospectif, qui est celle d'une incitation à la concurrence entre les établissements, avec le maintien de dispositifs de planification, qui ont pour effet de limiter les marges de manœuvre stratégiques des établissements* ». **G. DE POUVOURVILLE**, « *28. Le financement des hôpitaux* », in **P.-L. BRAS et al**., Traité d'économie et de gestion de la santé, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P), Hors collection, 2009, pp. 269-274.

[844] En ce sens : « *Ces différents plans ou dispositifs législatifs n'ont qu'une ambition : répondre aux constats alternativement évoqués comme les maux de l'hôpital public : rigidités du fonctionnement et des organisations hospitalières, « déresponsabilisation » des acteurs notamment médicaux et concurrence du secteur privé ; l'objectif principal restant de faire en sorte que l'hôpital public ait les moyens de plus d'efficience, c'est-à-dire qu'il fasse mieux dans la prise en charge des patients dans un contexte de ressources contraintes en améliorant son organisation interne, à un plus grand partage des responsabilités entre tous les acteurs hospitaliers. (…) Elles conduisent toutes (…) très clairement à une modification du mode de management et à une gestion des hôpitaux fondée sur la responsabilisation des acteurs* ». **F. BERARD**, « *Tarification à l'activité et nouvelle gouvernance* », Éthique & Santé, Vol. 7, Issue 3, Septembre 2010, pp. 141-147.

[845] En ce sens, il apparaît que « *les établissements de santé publics comme privés font ainsi face à une profusion de contraintes textuelles, économiques et structurelles qui les encouragent, voire les contraignent, à la coopération. Le schéma du petit établissement dirigé par un médecin est alors progressivement balayé par celui des regroupements dont les rênes sont confiées aux financeurs qui ont pour objectif de trouver l'organisation la plus efficiente* ». **M. BRUNEL**, « *Cent ans d'établissements sanitaires privés* », LEH Édition, RDS, n°100, 2021, pp. 302-306.

technique que financière. Cette idée s'observe en permanence et à toutes les étapes de leur gestion. Elle est clairement exprimée, et fréquemment commentée, à travers la tarification des prestations. Mais au-delà, c'est l'ensemble du comportement économique, et particulièrement les possibilités de développement dans celui-ci, qui se trouve impacté.

Section 2 : Encadrement de l'efficience économique en établissement de santé

368. Dans ce cadre défini par les pouvoirs publics, les établissements de santé sont devenus des acteurs économiques aux prérogatives limitées[846]. Alors même qu'ils n'ont pas la possibilité de définir librement leur offre de prestations, ils n'ont pas davantage la faculté de fixer le tarif de chacune d'elles (§1). Cette tarification répond à une procédure uniforme, visant une convergence entre les différents secteurs juridiques. Plus encore, la capacité d'initiative se trouve également limitée, tant les perspectives de développement sont imposées par les autorités (§2). Ainsi, la politique de santé publique prévoit un régime de tarification et de financement ayant pour visée l'efficience, ceci afin non plus de maximiser les prestations, mais l'accès et la pérennité.

§1. Acteur économique limité par la tarification

369. La question de la tarification hospitalière est centrale dans cette étude. En outre, un cheminement vers une fixation tarifaire (A) a permis la mise en place d'une tarification à l'activité (B).

A. Cheminement vers une fixation tarifaire

370. **Présentation.** La tarification des prestations délivrées par les établissements est assurément l'un des éléments les plus commentés, débattus et étudiés du secteur

[846] **F. CLARGE, P. GLESS**, La performance globale dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, LEH Édition, Pratiques professionnelles, Bordeaux, Avril 2012.

économique de la santé. Son évolution témoigne à elle-seule d'un changement de paradigme dans l'appréhension de la délivrance de soins[847]. Elle laisse à penser que cette action peut être quantifiée, mesurée, et être évaluée en argent. Si le propos perturbe lorsqu'il est envisagé de façon brute[848], il n'en reste pas moins qu'il confirme un véritable virage performanciel pris par les structures. Surtout, le fait que ce changement, impulsé par les pouvoirs publics, s'inspire indubitablement d'une logique commerçante, montre, là-encore, la volonté affirmée de rendre le soin performant, bien plus qu'efficace, mais bel et bien efficient.

371. Conséquence : l'impossible fixation tarifaire. La première conséquence de ce cadre contraignant est la fixation tarifaire[849]. Le révélateur du comportement économique limité de ces acteurs est l'impossibilité de définir le prix de la prestation que l'on propose. Ainsi, en s'inspirant d'une logique de convergence vers un objectif de maitrise des dépenses de santé, les structures se sont vues imposer un financement basé sur une tarification à l'acte, pratique certes régulatrice mais aussi mercantile[850]. Cette évolution ne s'est pas faite dans la simplicité et ne semble pas tout à fait abouti. Toutefois, celle-ci témoigne d'une logique de performance dans l'approche économique.

---

847 Sur ces questions : **D. PELJAK**, Traité de finances publiques hospitalières, LEH Édition, Ouvrages généraux, Bordeaux, 2011 ; **G. DE POUVOURVILLE**, « *Le financement des hôpitaux* », *op. cit.*

848 En ce sens : « *l'évaluation économique rencontre une résistance certaine lorsqu'elle s'applique à la santé, visant à définir des priorités entre des programmes de santé publique, ou à déterminer le partage entre prise en charge publique et sphère privée. On reproche à l'économie de ramener à la dimension monétaire des dimensions qui ne lui sont pas directement assimilables, la santé – ou le soin de santé – n'étant pas un bien de consommation ordinaire, mais un bien fondamental qui conditionne tout le reste. Plus spécifiquement, la monétisation est aussi soupçonnée d'introduire un biais en faveur de ceux qui ont un plus grand consentement à payer, c'est-à-dire les plus fortunés notamment* ». **M. FLEURBAEY, S. LUCHINI, E. SCHOKKAERT**, « *Évaluation économique en santé : qui a peur de l'étalon monétaire ?* », Revue de philosophie, 2009/1 (Vol. 10), pp. 19-34.

849 Pour une étude sur les coûts et tarifs de l'hôpital public : **P.-A. JUVEN**, Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controverses de l'hôpital public, PUF, 2016, 256 p. Publication de la thèse préparée sous la direction de Vololona RABEHARISOA et soutenue le 7 octobre 2014 au sein de l'École des Mines de Paris.

850 Voir à ce sujet : **J.-C. MOISDON**, « *De l'incitatif économique à la machine de gestion : le cas des établissements de santé* », *op. cit.*

372. Transition vers le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). L'étude du développement de la tarification dans le secteur public est de première importance dans la mesure où elle témoigne tout particulièrement de cette évolution. En effet, les différents modèles existants depuis l'émergence de la sécurité sociale n'allaient pas forcément vers une logique d'efficacité et sans doute encore moins d'efficience[851]. La tarification au prix de journée encourageait certes à évaluer le coût d'un séjour, mais poussait non pas à rationaliser les actes mais au contraire à faire en sorte qu'une prise en charge dure dans le temps[852]. Son successeur, la dotation globale amenait inévitablement à une visée de rigueur budgétaire[853], cependant, elle n'apportait aucun comportement de

---

[851] Ou tout du moins ne parviennent pas à atteindre l'efficience. De manière générale : « *À partir du XVIe siècle, l'État se substitue progressivement au pouvoir clérical, intégrant l'hôpital dans les missions régaliennes dont il s'attribue la responsabilité, et ce jusqu'au virage des trente glorieuses, moment où l'hôpital-hospice devient centre de soins. L'économiste, le juriste, l'homme politique, s'intéressent alors à cette institution, dont l'évolution technique et organisationnelle engendre une inflation des coûts de plus en plus difficilement supportable par les économies. Les pouvoirs publics s'essaient à divers modes de régulations, système des prix de journées, dotations globales de financement, cartes sanitaires, contingentement des créations de lits et équipements, sans véritable effet sur l'efficience des organisations concernées* ». **B. NAUTRE, K. KONONOVICH**, « *Du féodalisme établissement au pilotage de territoire – Un objet frontière & une innovation* », Journal de gestion et d'économie médicales, 2014/1, Vol. 32, pp. 25-45.

[852] Ainsi, « *jusqu'en 1984, les établissements de santé étaient financés par des prix de journée aux effets fortement inflationnistes et sans pertinence en termes de prise en charge des patients. Alors que les techniques médicales diminuent la durée des séjours à l'hôpital, le prix de journée incitait à les garder le plus longtemps possible* ». **J. LE MENN, A. MILON**, Refonder la tarification hospitalière au service du patient, Rapport d'information n°703 (2011-2012), fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, 25 juillet 2012. Plus encore, l'idée d'une évaluation de la pertinence tant des pratiques que de la facturation ne semblait pas véritablement revêtir une importance majeure. Ainsi, « *il n'existait à l'époque aucun contrôle sur la pertinence des hospitalisations (…). Les services médicaux de l'assurance maladie procédaient certes à des enquêtes ponctuelles pour évaluer la pertinence des hospitalisations, en auditant les dossiers de patients hospitalisés une journée donnée, mais celles-ci ne donnaient pas lieu à sanction pour l'hôpital (…) ou pour l'assuré. Le contrôle global de l'activité hospitalière passait par des mécanismes de contrôle des capacités d'accueil en lit, mais ce mécanisme avait peu d'effet sur l'activité en volume* ». **G. DE POUVOURVILLE**, « *Le financement des hôpitaux* », *op. cit.*

[853] Ainsi, « *l'objectif premier de la budgétisation est d'assurer un meilleur contrôle de la croissance des dépenses hospitalières, mais d'autres finalités sont associées à la réforme, notamment celle consistant à améliorer la gestion des établissements eux-mêmes : c'est dans cette optique que les concepteurs de la dotation globale ont par ailleurs préconisé un nouveau découpage de l'hôpital, organisé en « centres de responsabilités », examinés chacun dans la procédure budgétaire sous l'angle de l'adaptation des moyens à l'activité* ». **A. HATCHUEL, J.-C. MOISDON, H. MOLET**, « *Budget global hospitalier et groupes homogènes de* malades », Politiques et Management public, vol. 3, n° 4, 1985. Numéro spécial – **E. LEVY, B. MAJNONI D'INTIGNANO (dir.)**, Innovations et régulations dans les systèmes de santé (France – USA), pp. 99-114. Voir également : L'évaluation de l'expérimentation de nouveaux modes de financement

performance[854] et encourageait davantage à limiter la production tout en créant des inégalités entre les structures[855].

373. Finalement, l'émergence du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a permis, en premier lieu, de remédier à ces imperfections « performancielles », pour évaluer le coût des prises en charge, dans le détail[856]. D'abord déployé en 1983[857], avec pour objectif de « *donner aux établissements hospitaliers de véritables moyens de gestion* »[858], sans pour autant posséder dès l'origine une visée tarifaire[859], il a été

---

et de gestion des établissements hospitaliers, Rapport au Ministère de la Santé par MM. GAUTIER, RENOU, RODRIGUES, VU-TIEN, septembre 1982.

[854] En outre, Jean-Paul DOMIN précise notamment que « *les professionnels de soins lui reprochent d'ignorer l'activité réelle des établissements. La politique hospitalière nie les besoins des hôpitaux en élaborant un budget calqué sur l'évolution de l'inflation. Ce système déconnecte le financement de l'activité de soins, dans la mesure où le taux directeur est fixé au niveau national* ». **J.-P. DOMIN**, « *Le dilemme efficacité versus équité dans le financement hospitalier : une lecteur institutionnaliste* », in **P. BATIFOULIER, A. BUTTARD, J.-P. DOMIN**, Santé et politique sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gadreau, Paris, Éditions Eska, 2011, pp. 234-245.

[855] En ce sens, Dominique PELJAK explique que la dotation globale, « *dans la mesure où elle figeait les situations des établissements* », « *engendrait des inégalités entre établissements, départements et régions* ». **D. PELJAK**, *op. cit.*, p. 77. Plus encore, « *dans la mesure où elle fige la répartition des ressources entre hôpitaux sur des bases historiques et où elle avantage ceux qui ne développent pas leur activité, la dotation globale ne peut guère être considérée comme un système pleinement satisfaisant* ». **J. LE MENN, A. MILON**, Refonder la tarification hospitalière au service du patient, *op. cit.*

[856] Pour une approche classique de la notion : **V. BONNIOL**, *Implantation du PMSI en secteur hospitalier privé : histoire et perspectives*, Thèse de doctorat en Sciences économiques préparée sous la direction du Pr. Alain LEROUX, et soutenue en 1999 au sein de l'Université Aix-Marseille 3.

[857] Non sans heurts, la phase d'expérimentation étant particulièrement chaotique et le PMSI se trouvant réduit au surnom peu glorieux de « *Petit machin sans importance* ». Ainsi, « *l'accueil des professionnels mais aussi des managements hospitaliers est pour le moins méfiant et ironique (d'où l'origine du sobriquet : « Petit machin sans importance »). Le PMSI se développe dans une semi-clandestinité, avec une équipe-projet réduite au niveau de l'administration centrale et l'enrôlement d'établissements volontaires en nombre également réduit* ». **O. LENAY, J.-C. MOISDON**, « *Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier* », Revue française de gestion, 2003/5, n°146, pp. 131-141.

[858] **J.-P. DOMIN**, « *Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)* », Histoire, médecine et santé, 4, 2013, pp. 69-87. L'auteur illustre également le rôle de Jean DE KERVASDOUE et Jean-Marie RODRIGUES qui « *ont comme objectif principal de préparer les établissements au XXIe siècle en leur assurant une mutation, tant économique que médicale* ».

[859] En ce sens, Lionel DASSIÉ précise que « *le PMSI n'était donc qu'un outil de connaissance épidémiologique. Il a fallu attendre 1989 pour que le recueil soit généralisé, sans que l'on exploite, pour autant, toutes ses possibilités* ». Plus encore, il illustre qu'il « *existait des réticences au sein des hôpitaux puisque le PMSI mettait le pouvoir des directeurs*

institutionnalisé par la loi en 1991[860] en précisant que « *les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité* » et « *mettent en œuvre des systèmes 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* »[861]. Bien que l'impact et le lien avec la tarification ne soient pas encore exposés, les grands mots sont donc employés. Le législateur expose ainsi très clairement sa volonté de maitriser en optimisant l'offre de soins.

374. Cet impact se matérialisera en 1996[862], les données du PMSI peuvent désormais être utilisées à des fins de comparaison, l'idée étant d'adapter le montant de la dotation globale, lorsqu'elle s'applique, à la réalité de l'activité des établissements[863]. Ainsi, il a été précisé aux structures financées par ce biais que « *les décisions d'allocation budgétaire doivent trouver leur dynamique dans une logique comparative qui permettra de corriger progressivement les inégalités entre établissements. Il faut à cet égard insister sur l'importance des nouveaux critères dans la modulation des moyens attribués à chaque établissement, notamment ceux fournis par une évaluation de l'activité et des coûts des établissements. Au-delà, en effet, des critères traditionnels déjà prévus par la loi de 1991 (…), les nouvelles dispositions donnent désormais une base légale à l'utilisation du PMSI pour permettre une réelle modulation des moyens budgétaires dans la perspective affirmée de correction des inégalités* ». L'exigence de la mise en place du PMSI est d'ailleurs toujours exprimée et désormais assez largement renforcée[864].

---

d'établissements en concurrence avec le pouvoir médical ». S'agissant des autorités, il estime que « *le pouvoir politique français n'était pas très intéressé par cette nouvelle méthode, même s'il réfléchissait à la régulation du budget global des hôpitaux par rapport à leur activité* ». **L. DASSIE**, propos recueillis par **J. RAYMOND**, « *Des balbutiements à aujourd'hui : l'histoire du PMSI* », Hospitalia, n°8, octobre 2009.

860 Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, Art. 1 et 16, *op. cit.*

861 Ancien Art. L 710-5 du code de la santé publique.

862 Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, *op. cit.*

863 Circulaire DH n°96-669 du 29 octobre 1996 relative à l'encadrement des dépenses et à la procédure budgétaire des établissements de santé financés par dotation globale.

864 Voir notamment : Art. L. 6113-7 du code de la santé publique.

B. Transition vers la tarification à l'activité

375. Adoption de la tarification à l'activité (T2A)[865]. Dans la continuité de la mise en place du PMSI, et d'abord à titre expérimental[866], la tarification à l'activité a été déployée dans certains établissements, indépendamment de leur statut et quelle que soit leur nature juridique[867]. En revanche, la typologie des prestations proposées a justifié un déploiement graduel et non-intégral de ce dispositif. Ainsi, il va, en toute logique, concerner les structures médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) dès sa mise en place. Dans l'absolu, cela ne pose pas de difficultés puisque ces entités proposent des prises en charge de court séjour, dans lesquelles les actes peuvent supposément être plus facilement déterminés. Tel n'est pas le cas des établissements de moyens ou longs séjours. En ce sens, la mise en place fut bien plus complexe pour les structures de soins de suite et de réadaptation (SSR)[868] et certaines disciplines en restent, pour le moment, exclues, à l'image de la psychiatrie[869] ou encore de

---

865 Pour une approche contextuelle : **J.-C. MOISDON**, « *Une histoire de la T2A* », Journal de gestion et d'économie médicales, 2013/2-3, Vol. 31, p. 107-120.

866 L'article 25 de la loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 était notamment venue modifier l'article L. 6122-19 du code de la santé publique qui prévoyait notamment que « *le Gouvernement peut expérimenter, à compter du 1er janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur leurs activités et établis en fonction des informations qu'ils recueillent et transmettent en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8. Les expériences pourront être menées dans une zone géographique déterminée, pour tous les établissements de santé de la zone ou pour une partie d'entre eux, selon les modalités définies par voie réglementaire* ».

867 Généralisation opérée par la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

868 Après différentes études ou tentatives, le dernier modèle en date est la dotation modulée à l'activité, d'abord mise en place par l'article 78 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 puis modifiée par l'article 31 de la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020. Définie à l'article L. 162-23-3 du code de la sécurité sociale, elle prend la forme « *d'un financement mixte sous la forme de recettes issues directement de l'activité (…), et d'une dotation forfaitaire visant à sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités* ».

869 La question du financement de la psychiatrie est loin d'être figée. Cela étant, il reste aujourd'hui défini à l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale et composé notamment d'une « *dotation résultant de la répartition de la dotation populationnelle (…) tenant compte de la contribution de l'établissement à la réponse des aux besoins de santé du territoire tels que définis dans le projet territorial de santé mentale* », ainsi que « *des dotations tenant compte de l'activité de l'établissement et, le cas échéant, des missions spécifiques qu'il assure ou auxquelles il participe* », ainsi que les

l'hôpital de proximité[870], témoignant d'une éventuelle recherche d'une adaptation de cette recherche de performance aux réalités du terrain.

376. Le fonctionnement de celui-ci est particulièrement technique, élaboré et standardisé. Surtout, il implique une convergence tarifaire, ou plutôt le vise, malgré une distinction entre les secteurs publics et privés dans sa mise en place. La modalité de définition des actes répond à une procédure standardisée et technique[871]. Par celui-ci, une logique de productivité s'est faite jour, ou plutôt s'est accentuée, au sein des structures de santé[872]. Pour l'hôpital, mais pas seulement, la tarification à l'activité est perçue comme un gage d'efficience. Ainsi, il a pu être dit que « *la modernisation passe aussi par une allocation efficiente des ressources à travers la tarification à l'activité. Ce mode de tarification vise à libérer le dynamisme des établissements de santé et leur potentiel d'adaptation dans un environnement en mutation* »[873].

377. Distinction public/privé. Le principal apport de ce dispositif est assurément de mettre fin à la divergence entre les secteurs privés et publics. En effet, désormais ces structures disposent d'un même fonctionnement tarifaire. Une synonymie de

---

financements à la qualité et les dispositifs de financement des activités de recherche. D'évidence, il apparaît que la prise en compte de l'activité reste très accessoire dans ce cas de figure.

870 Voir notamment l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale qui prévoit « *pour leur activité de médecine, par dérogation à l'article L. 162-22-6 du présent code, d'une garantie pluriannuelle de financement* » dont « *le niveau (…) est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement au titre de cette activité* » et « *d'une dotation de responsabilité territoriale dont le montant est déterminé en tenant compte de l'organisation et de la réalisation de leurs missions et de la qualité de prise en charge des patients* ».

871 Pour une approche globale, certes à actualiser : **K. DOUMAIL**, Guide pratique de la tarification à l'activité (T2A). Mode d'emploi au quotidien, LEH Édition, Pratiques professionnelles, Bordeaux, 2009.

872 En ce sens, Anne GERVAIS précise que la T2A « *répond à une vision industrielle du soin : les progrès des techniques et du développement de la médecine, ont permis de rendre plus standardisé de nombreux domaines de prise en charge. Pour cette industrialisation du soin il est juste d'appliquer un modèle de financement productiviste : à une production standardisée, on applique un coût, un tarif. Les réorganisations de travail visent alors avant tout à une augmentation de la productivité et débouchent sur une vision concurrentielle de l'offre de soins. Il devient usuel de parler, en établissement de santé, de « gain de parts de marché ».* » **A. GERVAIS**, « *Financement par la T2A, vision médicale hospitalière* », Journal de gestion et d'économie médicales, 2015/2 (Vol. 33), pp. 117-122.

873 Rapport sur les orientations de la politique de santé et sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, annexe de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003, *op. cit.*

fonctionnement qui n'impliquera pas forcément une synonymie d'application ou de contrainte applicable[874]. Le déploiement a nécessairement été distingué, dans la mesure où la mise en place de ce dispositif, et donc de ce changement de logique, a inévitablement été plus clivant dans le secteur public. En effet, l'outil existait déjà, de manière différenciée, dans le secteur privé[875]. En conséquence, ont été construites des mesures d'équilibrage en la matière. Par ailleurs, les disparités de traitement sont reconnues et justifiées juridiquement[876], afin notamment de tenir compte des divergences de nature et d'organisation[877].

378. Modalités de définition des actes. Les modalités de définition des actes et de leur tarification dépendent d'une procédure standardisée, protocolisée, et visant une convergence d'exercice. Là-encore, elle témoigne évidemment d'une quête de performance constante, où la pratique se trouve largement encadrée dans un but précis, à savoir rendre le système efficient. Et pour cela, la construction dépend d'un fonctionnement évaluatif et prospectif. Sans s'intéresser aux mécanismes de contractualisation associés à la T2A[878], le

---

874 Alors que la transition dans le secteur privé a eu lieu dès 1er mars 2005, il a fallu attendre le 1er janvier 2008 pour une application à 100% dans le secteur public ou pour les établissements privés ayant fait le choix de la dotation globale de fonctionnement. Voir notamment : article 62 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

875 A travers notamment la mise en place de l'objectif quantifié national (OQN) par la loi n°91-738 du 31 juillet 1991, *op. cit.* et inscrit jusqu'au 1er janvier 2022 à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale. Sur ces questions : **P. MARIN**, « *Chapitre 8. La lente maturation du système de santé en France* » in : **J. RAIMONDEAU (éd.)**, Manuel de santé publique, *op. cit.* pp. 231-256.

876 A titre d'exemple Arnaud LAMI et Vincent VIOUJAS illustre l'une des raisons de cette différenciation : « *les tarifs appliqués aux établissement « ex-OQN » n'intègrent pas la rémunération des médecins dès lors que ces derniers ne sont pas salariés des établissements et demeurent payés à l'acte. Cette différence essentielle suffit à justifier l'existence de deux grilles tarifaires couvrant des périmètres distincts* ». **A. LAMI, V. VIOUJAS**, Droit hospitalier, Bruylant, Paradigme, 2ème éd., juin 2020, p. 361.

877 En ce sens, le Conseil d'état explique notamment que « *le principe d'égalité ne s'oppose pas à ce que l'autorité investie du pouvoir réglementaire règle de façon différente des situations différentes ni à ce qu'elle déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général pourvu que, dans l'un comme dans l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport avec l'objet de la norme qui l'établit et ne soit pas manifestement disproportionnée au regard des différences de situation susceptibles de la justifier* » et donc que « *les établissements de santé publics et les établissements de santé privés, du fait de leurs statuts respectifs, ne sont pas placés dans la même situation* ». CE, 30 juin 2015, n°384978.

878 Ceux-ci seront étudiés par la suite.

PMSI conserve un rôle majeur dans cette construction. Dans un premier temps, il permet de définir un groupe homogène de malade (GHM). Celui-ci comprend donc un groupe considéré composé de patients jugés dans une situation équivalente ou du mois comparable. Dans un second temps, une bascule vers la logique tarifaire est effectuée à travers le groupe homogène de séjour (GHS) proposant ainsi un tarif à chaque GHM, avec quelques disparités[879]. En principe, un GHM n'est relié qu'à un GHS[880]. De plus, le tarif est fixe, mais peut malgré tout varier en fonction de la durée du séjour. Celle-ci est évaluée et bornée afin de prévoir des aménagements tarifaires selon qu'elle se situe au-delà ou en-deçà des bornes[881]. Au-delà du soin, l'établissement de santé se technicise dans ses gestions interne, et externe[882].

---

879 Alors que l'on définit un tarif tout compris pour les structures sous dotation globale, le tarif est défini à l'exclusion des honoraires pour les structures ex-OQN. **A. LAMI, V. VIOUJAS**, Droit hospitalier, *op. cit.*

880 Pour plus de précision, Art. 1 de l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile : « *La catégorie de prestations mentionnée au 1° de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par les forfaits suivants : 1° Des forfaits de séjour et de soins dénommés " groupes homogènes de séjours " (GHS) (…). Ils sont établis selon la classification des groupes homogènes de malades (GHM) fixée par l'arrêté du 23 décembre 2016 (…). Le cas échéant, des suppléments journaliers peuvent être facturés en sus de ces forfaits. Sauf exceptions mentionnées à l'article 5 du présent arrêté, un seul GHS est facturé par séjour. 2° Des forfaits couvrant les prestations délivrées par les structures d'hospitalisation à domicile dénommés " groupes homogènes de tarifs " (GHT), (…). 3° Des forfaits de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale en unité de dialyse médicalisée, à domicile ou en autodialyse dénommés " dialyse en unité de dialyse médicalisée, à domicile et autodialyse " (D) (…). Ils sont établis selon une classification tenant compte des modalités de prise en charge du patient* ».

881 Art. 3 de l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile : « *1° Lorsque la durée de séjour du patient est inférieure à la borne basse fixée par l'arrêté pris en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède, selon le GHM produit, le GHS correspondant est minoré d'un montant issu du tarif journalier dénommé " tarif EXB ", valorisé par le nombre de journées correspondant à la différence entre la borne basse et la durée du séjour. 2° Lorsque la durée de séjour du patient est supérieure à la borne haute fixée par l'arrêté mentionné au 1°, un supplément dénommé " extrême haut " (EXH) est facturé pour chaque journée d'hospitalisation au-delà de cette borne. 3° Lorsque le patient est réhospitalisé dans le même établissement après un transfert d'une durée supérieure à deux jours dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie d'un autre établissement, sa prise en charge donne lieu à facturation d'un GHS sur la base de 50 % de son tarif minoré, le cas échéant, selon les modalités prévues au 1°, dès lors que les prestations de séjour et de soins qui lui sont délivrées au cours des deux séjours donnent lieu à la production du même GHM, à l'exception du cas où cette prise en charge relève d'un traitement itératif* ».

882 En ce sens : « *la T2A impose à tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, de passer d'une obligation de moyens à une obligation de résultats, en les incitant avec succès à développer les outils classiques du contrôle de gestion fondés*

379. Logique de productivité. De ce dispositif découle indiscutablement un objectif de productivité qui imprègne désormais le fonctionnement complet des établissements de santé. En effet, leur rémunération dépend de la quantité d'actes effectués. Sur le plan éthique, le propos questionne, surprend et sans doute laisse perplexe à bien des égards. Une certaine complexité d'appréhension existe et se trouve particulièrement bien relaté par Pierre LE COZ qui estime que « *les conflits de valeur qui alimentent une réflexion éthique apparaissent quand le décideur est le siège d'émotion qui l'inclinent tour à tour dans des directions opposées sans qu'il puisse stabiliser ce processus de révision émotionnelle* »[883]. Cela étant, il peut être défendu à certains aspects. En outre, alors que la définition des prestations dépend assurément des objectifs de santé publique, et notamment de la planification territoriale, l'idée de maximiser la production de soins n'est évidemment pas quelque chose de contestable en elle-même. Plus encore, elle s'inscrit dans une démarche efficiente, avec l'objectif de maitriser les dépenses tout en encourageant la production dans des champs jugés nécessaires socialement. En outre, Michel ANGELLOZ-NICOUD précise que « *sur le fond, l'un des objectifs majeurs de cette réforme est d'inciter les établissements de santé à développer des outils de gestion dans un but d'efficience médico-économique, et notamment en termes de sécurité, de qualité de prise en charge, au meilleur coût de réalisation. Elle vise l'optimisation des ressources des établissements et une incitation à la productivité* »[884].

---

sur le suivi budgétaire ». **N. ANGELÉ-HALGAND, T. GARROT**, « *Les biens communs à l'hôpital : De la « T2A » à la tarification au cycle de soins* », Comptabilité Contrôle Audit, 2014/3, Tome 20, pp. 15-41.

883 **P. LE COZ**, « *L'exigence éthique et la tarification à l'activité à l'hôpital* », Revue de philosophie économique, 2009/1, Vol. 10, pp. 35-53. Il précise également ce qui alimentent ces « conflits de valeur » : « *C'est pourquoi, sauf à convertir l'hôpital en usine de soin, les concepts de « performance » ou de « rentabilité » ne peuvent être transposés sans dommage dans le champ des décisions en santé. D'autres ressources, à commencer par celles de l'affectivité, entrent nécessairement en ligne de compte. Une démarche de soin effectuée « montre en main », parasitée par le souci de répondre à des impératifs de comptabilité analytique, se condamnerait à n'être plus qu'une technique de gestion du soin. L'exploration de l'organisme remplacerait la rencontre avec le visage et les chiffres en viendraient à se substituer aux mots. En même temps, chacun a conscience que les ressources de santé ne sont pas indéfiniment extensibles, et que les décisions médicales ne seront pas davantage éthiques si elles dédaignent le coût de la prise en charge du malade. Des phénomènes sociaux tels que l'accroissement continu de la demande de soins ou le vieillissement de la population rendent toujours plus aiguë l'exigence de juste distribution des richesses. Il est désinvolte de reléguer l'économique à l'arrière-plan au motif « éthique » du respect absolu de la dignité de la personne. Il existe un conflit de valeurs entre la bienfaisance pour l'individu et le bien collectif* ».

884 **M. ANGELLOZ-NICOUD**, La réforme du mode de financement des établissements de santé. La tarification à l'activité : T2A, LEH Édition, Ouvrages généraux, Bordeaux, 2005, p. 23.

A ce sujet d'ailleurs, l'efficacité des dispositifs n'est pas véritablement contestée, tant s'agissant des établissements de santé[885] que des praticiens eux-mêmes[886].

380. Convergence tarifaire. L'idée d'une convergence tarifaire entre les secteurs privés et publics ne va pas forcément de soi à première vue[887], et la difficulté d'y parvenir n'a d'ailleurs pas été niée par le législateur[888]. En effet, si les actes sont comparables, sinon identiques, quelle que soit la nature juridique de la structure, la façon de les délivrer est, quant à elle, significativement différente. Ainsi, alors que le secteur public se doit de délivrer l'ensemble des prestations prévues par la planification étatique, le secteur privé n'a pas forcément vocation à exercer une telle contrainte et peut se positionner pour réaliser telle ou telle activité. En conséquence, la tentation serait forte de considérer qu'il peut choisir des prises en charge rentable. Pour autant, les soutiens financiers et la définition des tarifs sont loin d'être identiques, venant en quelques sortes équilibrer le rapport de force. En ce sens, l'idée d'une convergence stricte et intersectorielle a été purement et simplement abandonnée en 2013 « *dans la perspective d'une redéfinition du service public hospitalier* »[889].

---

885 Guy DELANDE explique ainsi que « *la plupart des pays européens ont opté, dans les années 90, pour un financement prospectif des établissements hospitaliers (avec maintien d'une fraction de budget global) ; l'objectif poursuivi était soit la maitrise des dépenses (via les incitations à la réduction des coûts) soit l'augmentation de l'activité lorsqu'existaient des files d'attente. La littérature sur le sujet semble montrer qu'en règle générale, les bénéfices escomptés de la tarification à l'activité ont été, dans une large mesure, atteints* ». **G. DELANDE**, « *Les vicissitudes de la T2A* », LEH Édition, Revue Droit & Santé, n°15, 2007, pp. 127-130.

886 S'agissant des médecins, Jean-Claude MOISDON et Dominique TONNEAU estiment qu'il « *est frappant de voir à quel point la T2A leur sert de support pour promouvoir ces projets, tant ils sont persuadés de l'excellence de leurs pratiques dans leur spécialité, de la possibilité de développement de leur activité, et de leur bon usage des moyens à leur disposition. La T2A a pour but d'inciter les médecins à se comporter comme des agents économiques, ils semblent y avoir beaucoup d'appétence* ». **J.-C. MOISDON, D. TONNEAU**, « *Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ?* », Politiques et management public, Vol. 26/1, 2008.

887 Sur ces questions : **G. DE POUVOURVILLE**, « *La convergence tarifaire entre hôpitaux publics et privés : mission impossible ?* », Regards croisés sur l'économie, 2009/1, n05, pp. 181-190.

888 En ce sens, s'agissant de la convergence tarifaire entre les secteurs privés et publics, le législateur se laissait une certaine marge de manœuvre en précisant en premier lieu que « *l'objectif est d'aboutir à une convergence des modalités de financement et des tarifs entre secteurs public et privé à une échéance de dix ans* ». Rapport sur les orientations de la politique de santé et sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, *op. cit.*

889 Art. 59 II. de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. L'exposé des motifs de l'article 47 du Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 n°287 se

Finalement, il faut observer que cet objectif a malgré tout survécu et vise surtout une convergence de fonctionnement, avec en ligne de mire, une productivité efficace, ou plutôt efficiente.

381. Exigence de performance convergente. Finalement, il apparaît que l'exigence de performance est convergente, et s'impose quelle que soit le fonctionnement et les injonctions attendues de ces structures[890]. En effet, le système est désormais voulu et pensé de manière uniforme. Surtout, il est évident désormais que la logique de productivité et d'efficience fait partie intégrante de la politique de santé publique, orientée autour de l'idée que certes « *la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût* »[891]. Plus que de s'imposer aux seuls

veut plus pédagogique en la matière : « *la loi prévoit, pour les années 2005 à 2018, un processus de convergence des tarifs du secteur anciennement sous dotation globale (ex-DG) et anciennement financé sous objectif quantifié national (ex-OQN) « dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par les tarifs », orienté vers les tarifs les plus bas. Ce processus devait prendre fin au plus tard en 2018. Le bilan de la convergence tarifaire est en demi-teinte. En pratique, entre 2006 et 2011, l'écart facial des tarifs entre les deux secteurs s'est réduit de moitié. Mais, de fait, les principes mêmes qui ont fondé la convergence tarifaire ne sont que partiellement équitables. D'une part, le rapprochement des tarifs, alors même qu'ils reposent sur des coûts moyens objectivement différents, est partiellement arbitraire. D'autre part, des différences fondamentales existent entre les établissements de santé, qu'il s'agisse des modes de prises en charge, des contraintes d'organisation, du coût des personnels, des populations accueillies et prises en charge ou de la capacité de programmation de l'activité. Enfin, l'application concrète de la convergence a inutilement focalisé l'attention et généré des crispations au sein du monde hospitalier. Ces constats conduisent à proposer l'arrêt du processus de convergence tarifaire. Cette mesure constitue la première étape de la réintroduction du service public hospitalier dans la loi. Il est en effet nécessaire de prendre en compte le fait que les secteurs public et privé ont des obligations différentes. À ce titre, les secteurs public et privé à but non lucratif sont notamment garants d'une accessibilité financière, composante du service public hospitalier, dont les surcoûts peuvent justifier le maintien d'une double échelle tarifaire et donc l'arrêt de la convergence* ».

890 Ainsi, un rapport de l'IGAS retient que « *dans les établissements de santé, la T2A est perçue comme un levier de la performance. Dans les hôpitaux publics en particulier, elle a favorisé un intérêt nouveau pour le suivi de l'activité et la maîtrise des coûts (…). La T2A a servi de catalyseur pour accélérer la mise en place d'outils de gestion jusqu'alors très inégalement développés, notamment le secteur public. Cette évolution s'accompagne de l'émergence de nouvelles compétences autour du contrôle de gestion* ». Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé, Rapport de l'IGAS établi par **MM. A. BRUANT-BISSON, P. CASTEL et M.-P. PANEL**, Mars 2012, p. 4.

891 Élégant propos fréquemment employés. Pour des exemples : **J.-P. PIERRON**, « *Les institutions hospitalières : des institutions de la reconnaissance ?* », Revue d'éthique et de théologie morale, 2014/HS, n°281, pp. 149-164 ; **A. GRIMALDI**, « *La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût* », Après-demain, 2017/2, n°42, NF, pp. 6-8.

acteurs[892], les pouvoirs publics en prennent possession et en font inévitablement une exigence indépassable. Précisément, à ce propos, Alain COULOMB de manière pertinente, au moins s'agissant des établissements publics, que « *le sens de l'histoire pousse incontestablement l'hôpital à devenir une entreprise productrice de soins au sens d'une structure économique et sociale, comprenant plusieurs personnes et travaillant, de manière organisée, pour fournir des biens ou des services à des clients dans un environnement concurrentiel ou non* »[893].

382. Transition. En définitive, il apparaît que les établissements de santé font l'objet d'un encadrement, et ceci y compris dans la fixation des tarifs. Cette démarche paraît s'inscrire, là-encore dans une politique de santé publique. Au-delà de la définition des prix, la capacité d'initiative est, aussi, conditionnée et profondément orientée par les autorités, si bien qu'elle s'en trouve nécessairement limitée, avec bien sûr une recherche inévitable d'efficience.

§2. Acteur économique encadré dans sa volonté de développement

383. Au-delà de la tarification, l'établissement de santé est un opérateur économique fortement limité (A), bénéficiant d'incitations économiques orientées (B).

A. Opérateur économique limité

384. Présentation. Si la tarification hospitalière témoigne de l'importance croissante de la quête de performance au sein des structures, les perspectives qui y sont désormais associées vont également en ce sens. Si elles ont inévitablement pour conséquence de limiter encore un peu plus les capacités d'initiative des établissements de santé en tant qu'acteur

---

892 Ce qui d'après le rapport de l'IGAS précédent semble être une limite : « *Mais au total, l'impact de la T2A reste modeste sur les organisations et la prise en charge médicale. Si l'effort de refonte des organisation s'est accéléré, il est davantage porté, dans le secteur public, par les gestionnaires et le directoire que par les responsables de pôle ou les chefs de services* ». Rapport de l'IGAS établi par **MM. A. BRUANT-BISSON, P. CASTEL et M.-P. PANEL**, Mars 2012, p. 5.

893 **A. COULOMB**, Un regard différent sur le management hospitalier, *op. cit.*, p. 102.

économique, elles viennent confirmer que le comportement attendu par les pouvoirs publics impose une certaine efficience dans l'action[894]. Cette exigence ne concerne d'ailleurs pas que les établissements de santé mais bien l'ensemble du secteur[895], en témoigne notamment la mission de la HAS[896] en matière de produit de santé, avec une procédure d'évaluation plutôt fournie[897].

385. Opérateurs économiques (très) limités. L'étude de ce comportement est intéressante, tant ses composantes permettent d'envisager l'établissement de santé comme un opérateur économique. Si la définition de cette notion est simple et ne présente pas

---

894 Ainsi, « *les pouvoirs publics incitent de plus en plus les établissements de santé à une culture de la performance (…) les initiatives actuelles de la performance dans le secteur de la santé sont essentiellement centrées sur la qualité, la gestion des risques, des coûts, des délais, et donc sur la recherche d'efficience. Il appartient aux gestionnaires, dans un contexte de contraintes budgétaires, de trouver le plus juste compromis entre les coûts acceptables par la collectivité et le niveau de prise en compte des attentes des usagers* ». **F. CLARGE, P. GLESS**, La performance globale dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, *op. cit.*, pp. 51-52.

895 En lien avec les propos précédents : « *Longtemps, le budget alloué à la santé a accompagné un progrès constant des technique thérapeutiques, de la prévention et des programmes de recherche. L'amélioration des conditions de vie et de la prise en charge des maladies chroniques a augmenté la longévité dans les pays développés. Mais aujourd'hui, dans un contexte général de contraintes économiques, la pratique médicale doit intégrer la composante économique dans ses choix professionnels et thérapeutiques. Augmenter l'efficience du système de santé et éviter les gaspillages pour en assurer la pérennité, répond donc à un impératif éthique de justice et d'équité* ». **J.-E. BAZIN**, « *Efficacité, efficience et éthique en santé* », LEH Édition., CDSA, n°25, 2017, pp. 35-42.

896 En matière de produit de santé, l'article R. 161-71-3 du code de la sécurité sociale prévoit une évaluation médico-économique en matière de produit de santé sous deux conditions cumulatives, à savoir lorsque « *la reconnaissance ou la confirmation d'une amélioration du service médical rendu ou du service attendu, majeure, importante ou modérée (…) est sollicitée par l'entreprise* » et lorsque « *le produit ou la technologie a ou est susceptible d'avoir un impact significatif sur les dépenses de l'assurance maladie compte tenu de son incidence sur l'organisation des soins, les pratiques professionnelles ou les conditions de prise en charge des malades et, le cas échéant, de son prix* ». Dans ce cas, l'entreprise devra alors transmettre différents éléments à la commission d'évaluation économique et de la santé publique.

897 Ainsi, « *lorsque la CEESP est saisie pour procéder à une évaluation pharmaco-économique, elle expertise le dossier fourni par l'industriel et produit une analyse méthodologique des évaluations soumises en vérifiant leurs conformités aux recommandations de la HAS et du Collège des économistes de la santé. L'analyse de référence retient l'analyse coût-efficacité et l'analyse coût-utilité comme les méthodes d'évaluation dont le choix prévaudra en fonction des critères étudiés et des conséquences attendues. L'avis d'efficience doit permettre de présenter de façon synthétique l'appréciation de la CEESP et comprend des annexes qui présentent de façon détaillée tous les éléments qui ont fondé la réflexion de la Commission* ». **C. LE GAL FONTES, G. LEGUELINEL**, « *De l'importance des données en vie réelle en matière de fixation de prix des médicaments* », LEH Édition, RGDM, n° 24, 2017, pp. 33-48.

véritablement de difficulté d'approche[898], elle peut susciter quelques interrogations quant à son application à certaines structures, notamment dans le secteur public. En ce sens, le droit de l'Union européenne a dû clarifier un certain nombre de points, notamment quant à l'exercice, ou non, d'une activité économique consistant en la délivrance de soins[899], et *a fortiori* dans la reconnaissance, ou non de la qualité d'entreprise[900]. S'il n'en sera évidemment pas de même s'agissant du secteur privé dans lequel les structures revêtent, par essence, la qualité d'entreprise[901], leur comportement se trouvera nécessairement impacté par cette logique. Plus encore, la mise en place d'un système reposant sur l'évaluation implique mécaniquement un encadrement du fonctionnement des structures. En effet, « *les limites politique d'un système de santé performant sont enfin multiples car mettre en place une évaluation d'un système de santé, c'est toujours intervenir dans ledit système. Le choix des indicateurs est au final politique*

---

898 S'il n'existe pas de définition juridique précise de l'entreprise, le code de la commande publique évoque l'opérateur économique à l'article L. 1220-1 « *toute personne physique ou morale, publique ou privée, ou tout groupement de personnes doté ou non de la personnalité morale, qui offre sur le marché la réalisation de travaux ou d'ouvrages, la fourniture de produits ou la prestation de services* ».

899 Ainsi, « *s'agissant, plus particulièrement, de l'argument selon lequel des prestations hospitalières dispensées dans le cadre d'un régime d'assurance maladie prévoyant une intervention en nature (…), ne sauraient être qualifiées de services au sens de l'article 60 du traité, il y a lieu d'observer que, loin de relever d'un tel régime, les traitements médicaux en cause au principal, dispensés dans des États membres autres que celui d'affiliation, ont bien donné lieu à une rétribution directe des établissements prestataires par le patient. A cet égard, force est d'admettre qu'une prestation médicale dispensée dans un État membre et rétribuée par le patient ne saurait cesser de relever du champ d'application de la libre prestation des services garantie par le traité du seul fait que le remboursement des soins en cause est sollicité au titre de la législation sur l'assurance maladie d'un autre État membre qui prévoit essentiellement une intervention en nature* ». CJCE, 12 juillet 2001, affaire C-157/99, Smits et Peerbooms, point 55.

900 La CJCE a pu notamment préciser que « *selon une jurisprudence constante, dans le contexte du droit de la concurrence, la notion d'entreprise comprend toute entité exerçant une activité économique, indépendamment du statut juridique de cette entité et de son mode de financement* » (En ce sens, différents arrêts rendus et repris par l'arrêt de la Cour du 12 septembre 2000, affaires jointes C-180/98 à C-184/98, notamment ceux du 23 avril 1991, Höfner et Elser, C-41/90, Rec. p. I-1979, point 21 ; du 17 février 1993, Poucet et Pistre, C-159/91 et C-160/91, Rec. p. I-637, point 17 ; du 16 novembre 1995, Fédération française des sociétés d'assurance e.a., C-244/94, Rec. p. I-4013, point 14 ; du 21 septembre 1999, Albany, C-67/96, Rec. p. I-5751, point 77).

901 En outre, « *la soumission des missions des établissements de santé aux règles de concurrence posées par le droit européen ne fait plus aucun doute. En effet, puisque les hôpitaux, établissements publics de santé, sont reconnus comme étant soumis aux règles du droit de la concurrence, il en est a fortiori de même pour les établissements privés de santé qui y sont soumis par leur nature juridique elle-même* ». **M. BRUNEL**, « *Cent ans d'établissements sanitaires privés* », *op. cit.*, pp. 302-306.

puisque la question sous-jacente qui se pose est celle de l'allocation des ressources. Il s'agit d'une décision gouvernementale et de gestion qui devrait être transparente à la portée du public »[902].

386. Encadrement de la recherche de performance. Ainsi, il apparaît que les établissements de santé revêtent des statuts différents en fonction de leur nature juridique. En cela, il est difficile d'établir une ligne directrice commune dans l'exercice économique[903], il semble malgré tout que le comportement souhaité puisse être défini et construit par les pouvoirs publics. Celui-ci répond à un standard de recherche de performance et d'efficience[904] qui imprègne les politiques de santé et vient tant répondre aux freins que le statut public des hôpitaux peut développer économiquement[905] que limiter l'initiative privée. Une liberté potentielle dans l'action, sous réserve de répondre aux exigences sociales dont dépend le régime tout entier. Surtout, le point de convergence s'identifie dans l'application de certaines qualités essentielles de chacun des régimes juridiques. En effet, c'est par l'utilisation d'outil du secteur entrepreneurial et marchand que les pouvoirs publics ont entendu rendre l'hôpital performant et responsable[906]. Mais plus encore, c'est par les

---

[902] **J.-F. BOUDET**, « *L'évaluation de la performance des systèmes de santé : approche technique et limite de la comparaison* », CDSA, n°25, 2017, pp. 159-171.

[903] En ce sens, Daniel SIMONET explique que « *la loi HPST de 2009 définit quatorze missions « traditionnelles » de services publics (par exemples les services sociaux et les services d'urgence) que les gestionnaires publics peuvent désormais confier à des prestataires privés par appel d'offres. La compétition pour les patients entre les prestataires publics et privés s'est intensifiée, mais les règles du jeu ne sont pas nécessairement les mêmes, car les besoins de financement des grands hôpitaux universitaires publics urbains, des petits hôpitaux publics ruraux et des cliniques privées sont différents à de nombreux égards* ». **D. SIMONET**, « *La réforme du système français de soins de santé : la quête d'imputabilité* », Revue Internationale des Sciences Administratives, 2018/3 (Vol. 84), pp. 521-536.

[904] Ainsi, « *l'introduction de la notion de performance dans les secteurs de l'action sanitaire, médico-sociale et sociale participerait de ce que certains baptiseront de processus de normalisation, voire de marchandisation ou d'industrialisation* ». **J.-R. LOUBAT**, « *Chapitre 3. Les ESMS à l'épreuve de la performance* », in : **J.-R. LOUBAT (dir.)**, Élaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale, Dunod, « Santé Social », Paris, 2012, pp. 75-98.

[905] Sur ces questions : **C. ROUTELOUS**, « *L'hôpital à l'épreuve de la performance économique : doctrines, instruments et hybridations des valeurs* », Quaderni, 82, 2013, pp. 5-16

[906] En outre, « *compte tenu de l'importance grandissante accordée à la logique économique, de la nécessité de rationaliser les décisions budgétaires, par exemple par le biais des lois de programmation de finances publiques, et de révision générale des politiques publiques, de l'essor de l'économie de la santé en tant que discipline académique à part entière dans les années 1990, les politiques sociales ont de plus en plus souvent été confiées à une « élite du Welfare » (…). Les politiques était favorable aux acteurs du marché (…), tels que les chaînes d'hôpitaux privés, les cliniques et les assureurs (…) ou les cabinets de conseil privés*

principes solidaristes et inspirant la politique de santé publique que l'action des établissements a pu être légitimement limitée. Par suite, il apparaît que les autorités ont précisément cherché à cultiver cette quête de performance dans les structures[907], quitte à opérer un changement de logique[908], en encadrant les hypothèses de développement.

387. Encadrement des hypothèses de développement. Pour envisager l'encadrement de ces hypothèses de développement, il est difficile, sinon impossible, de se détacher complètement de la tarification, tant les accessoires qui y sont associés témoignent de cette logique. Ainsi, l'objectif est de s'assurer que certaines exigences de la politique de santé publique se trouvent appliquées, à travers l'encadrement de la pratique professionnelle[909], mais également de nouveau de l'utilisation du procédé de la contractualisation. Plus récemment, une logique d'incitation s'est faite jour. Celle-ci se matérialise désormais de manière directe et n'est plus vraiment incitative dans la mesure où elle s'impose aux

(…). Néanmoins, afin de s'assurer une légitimité politique comme le suggère le nouvel institutionnalisme, les réformes du NMP ont été présentées comme un référentiel de programmes d'amélioration de la qualité ». **D. SIMONET**, « *La réforme du système français de soins de santé : la quête d'imputabilité* », *op. cit.*, pp. 521-536.

907 En effet, « *si la puissance publique recherche naturellement des garanties en matière d'efficience et s'intéresse de ce fait à la performance des ESMS, ces derniers peuvent s'intéresser à la performance depuis un autre angle de vue : celui de leur propre valorisation* ». **J.-R. LOUBAT**, « *Chapitre 3. Les ESMS à l'épreuve de la performance* », *op. cit.*, pp. 75-98.

908 Jean-François BERNOUX précise le propos suivant : « *Faut-il obstinément opposer performance et plus-value sociale sous prétexte de rendre un service « qui n'a pas de prix » ? Ou n'est-il pas plus stratégique, avec quelques précautions, de croiser performance et plus-value sociale pour ce que la première est susceptible d'apporter à la deuxième ?* ». **J.-F. BERNOUX**, « *Pour un référentiel d'évaluation qui réconcilie performance et plus-value sociale* », in Les Cahiers de l'Actif n°416/417/418/419, janvier/avril 2011.

909 Sans s'étendre de nouveau sur ces questions, un renvoi aux références médicales opposables, qui d'après Albert OGIEN en 2001 « *ont longtemps été présentées comme la pierre angulaire de la maîtrise des dépenses de santé* », peut être judicieux. **A. OGIEN**, « *Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle* », Revue française des affaires sociales, pp. 51-57. Voir notamment sur cette notion : **C. ATTIAS**, « *Les références médicales opposables : révolution ou continuité ?* », RDSS, Dalloz, 1995, p. 21 ; **L. DUBOUIS**, « *Convention nationale. Maîtrise des dépenses de santé. Références médicales opposables* », RDSS, Dalloz, 1994, p. 434 ; **A. TURPIN**, « *Références médicales opposables, recommandations de bonnes pratiques et responsabilité des médecins* », LEH Édition, RDS, n°17, 2017, p. 335-336 ; **P. SARGOS**, « *Références médicales opposables et responsabilité des médecins* », Elsevier Masson SAS, Médecine & Droit, n°28, 1998, pp. 9-12 ; **A. LAUDE**, « *La force juridique des références médicales opposables* », Elsevier Masson SAS, Médecine & Droit, n°28, 1998, pp. 1-3.

structures[910] ainsi qu'aux professionnels de santé[911]. Toutefois, son fonctionnement les invite à se montrer soucieux des objectifs de santé publique afin de maximiser leurs revenus. Dès lors se développe un mécanisme d'intéressement à la santé publique[912].

B. Incitations économiques orientées

388. Exemple des contractualisations tarifaires. Au-delà de la tarification à l'activité, différents procédés sont envisagés afin de protéger certains secteurs jugés indispensables

---

910 En témoigne, toujours, la mise en place des références médicales opposables, puis les recommandations de bonnes pratiques, visant en premier lieu les professionnels libéraux, avec pour objectif de les conformer à la visée étatique, notamment s'agissant de la maitrise des dépenses de santé. En ce sens, **C. ROLLAND, F. SICOT**, « *Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial* », Gouvernement et action publique, 2012/3, Vol. 1, pp. 53-75 : « *avec les RBP, l'État, via les agences sanitaires, se dote de nouveaux moyens pour réguler la pratique d'une médecine libérale foncièrement opposée à la remise en cause de ses principes définis en 1927 et de ses prérogatives. L'instrument se déploie à compter de la fin des années 1990 alors que les pouvoirs publics sont à la recherche de nouveaux moyens de maîtriser les dépenses de santé. Ne pouvant a priori pas intervenir sur la médecine libérale selon les mêmes modalités que dans les établissements de santé dont ils ont la tutelle et dont ils assurent le financement direct, ses promoteurs vont tout à la fois développer un argumentaire pour partie ad hoc et créer ou développer des outils pour bon nombre de novateurs, en particulier en s'inspirant de réformes menées au sein du National Health Service anglais* ».

911 Toujours s'agissant des RMO, et plus précisément de la Convention médicale du 21 octobre 1993, Bénédicte Grenier indique qu'elle « *a renforcé sensiblement le poids du système conventionnel sur la décision médicale. En premier lieu, elle incite les médecins à adopter les décisions qui ont le meilleur rapport efficacité/coût : c'est l'objet des « propositions de bonnes pratiques ou de stratégie diagnostique et thérapeutique ». En deuxième, elle contraint. Les références médicales opposables (RMO) comportent des critères scientifiques reconnus permettant de définir les soins et prescriptions médicalement inutiles, et des fréquences d'utilisation par patient de certains soins et prescriptions. Les RMO édictent surtout des interdictions, rarement des obligations* ». **B. GRENIER**, « *Des références médicales opposables à l'hôpital ? Le rôle de l'analyse de la décision médicale* », Le Journal de l'interniste, Vol. 17, Issue 6, Juin 1996, pp. 440-443. Voir également : **D. TRUCHET**, « *La décision médicale et le droit* », L'actualité Juridique, Droit administratif, Dalloz, 1995, p. 611.

912 A noter que cette idée d'intéressement concerne également, dans une certaine mesure, les personnels eux-mêmes. Ainsi, s'agissant des établissements publics de santé, le décret n°2020-255 du 13 mars 2020 pris pour l'application de l'article 78-1 de la loi du 9 janvier 1986 et portant création d'une prime d'intéressement collectif lié à la qualité du service rendu dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 prévoit notamment la mise en place d'une « *prime d'engagement collectif* » qui « *relèvent d'un dispositif ayant pour objet de favoriser la cohésion interprofessionnelle, la mobilisation des personnels autour de projets collectifs décidés au niveau des équipes et de valoriser l'engagement collectif dans ces démarches* ». Il précise que « *ces projets doivent contribuer à renforcer la qualité du service rendu et la pertinence des activités au sein des établissements, en faveur des usagers du service public mais également des personnels de ces mêmes établissements ainsi, le cas échéant que des partenaires professionnels dans le cadre de l'organisation des filières de prise en charge et des parcours de soins à l'échelle des territoires* ».

au bon fonctionnement du système[913]. Comme l'explique Didier TABUTEAU, la raison d'être de cette construction est flagrante : « *si les vertus de la concurrence sont évidentes sur un plan économique et bien établies pour la production de biens et services dont la régulation est assurée par les prix, la question se pose différemment pour des activités d'intérêt général, c'est-à-dire dont la collectivité estime qu'elles doivent bénéficier, dans les conditions qu'elle fixe, de manière équitable à l'ensemble de la population. Les critères ne peuvent bien évidemment être que politiques, c'est-à-dire résulter d'un choix collectif exprimé à travers des institutions démocratiques* »[914]. Surtout, Isabelle POIROT-MAZERES ajoute que « *toute activité a une valeur, au sens économique et financier, et des coûts qui doivent être évalués puis financés. Le fait qu'elle soit d'intérêt général comme les soins hospitaliers ne saurait éluder cette évidence* »[915].

389. La question des MIGAC, avec les missions d'intérêt général (MIG) et les aides à la contractualisation (AC), doit être envisagée[916]. Dès l'instauration de la T2A, il a bien sûr été question du maintien d'un minimum de financement ou de dotation visant à assurer des missions indispensables à la politique de santé publique et qui n'appelaient mécaniquement pas la possibilité d'une quelconque recherche de productivité ou de rentabilité. En conséquence, on trouve les MIG qui visent essentiellement les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), ainsi que d'autres éléments plus généraux tels que les missions de vigilance ou la veille sanitaire[917]. L'autorité de tutelle

---

913 Pour cela, l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale intègre ces éléments à l'ONDAM et prévoit une dotation nationale les concernant.

914 **D. TABUTEAU**, « *Les services publics de santé et d'assurance maladie entre repli et renouveau* », Dalloz, RDSS, 2013, p. 5

915 **I. POIROT-MAZERES**, « *Le coût des missions hospitalières. Des soins aux Migac, l'intérêt général à l'aune de la rationalité économique* », LEH Édition, CDSA, n°22, 2016, pp. 55-77.

916 Sur ces questions : **O. LACCOURREYE, F. RUBIN**, « *ONDAM, T2A, PMSI, SROS, MIGAC, MERRI, SIGAPS & IF : des acronymes financiers médicaux français très liés* », Annales français d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale, Volume 135, Issue 1, Février 2018, pp. 1-2 ; **B. APPOLIS**, « *Le financement du service public hospitalier* », RDSS, Dalloz, 2017, p. 657 ; **S. CLEMENT, J.-M. CLÉMENT (dir.)**, « *Les MIGAC et autres MERRI : un ensemble composite et en constante mutation* », La Gazette de l'hôpital, n°102, février 2013, p. 7-8.

917 Comme l'indique Isabelle POIROT-MAZERES, elles sont « *extrêmement nombreuses et d'inspirations diverses au-delà de leur caractère d'intérêt général commun* » et « *couvrent un champ très large : participation aux missions de santé publique ou à la mise en œuvre des politiques publiques dans diverses domaines ; permanence des soins en établissements de*

régionale en fixe l'attribution dans les modalités qui lui conviennent et lui offrent une certaine liberté d'action.

390. Viennent ensuite les aides à la contractualisation qui consistent en l'attribution d'une donation, afin notamment de soutenir une coopération, d'aider à l'investissement ou au maintien d'une activité. Par la suite, a été créé, en 2012[918], le fonds d'intervention régional (FIR)[919]. Celui-ci a pour objet de financer des actions, expérimentations et structures sous conditions et sur décision des agences régionales de santé[920]. Ces dispositifs permettent aux pouvoirs publics d'orienter la recherche de performance et de faire en sorte que celle-ci ne vienne pas contrecarrer l'essence même du système, à savoir la juste et pleine répartition des soins sur l'ensemble du territoire[921]. Surtout, elle vise à éviter tout délaissement d'activité essentielle. Cela confirme une recherche d'efficience, c'est à dire la volonté de maitriser les coûts, sans laisser de côté l'essentiel[922].

391. Limites des contractualisations tarifaires. Cependant, ces procédés présentent certaines limites. En premier lieu, elles sont parfois jugées inégalitaires. En effet, dans l'immense majorité des cas, ces enveloppes sont attribuées au secteur public, le privé lucratif

---

santé ; soins dispensés à des populations spécifiques ». **I. POIROT-MAZERES**, « *Le coût des missions hospitalières. Des soins aux Migac, l'intérêt général à l'aune de la rationalité économique* », *op. cit.*, pp. 55-77.

[918] Art. 65, Loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale.

[919] **J.-M. CLÉMENT (dir.)**, « *La création d'un fonds d'intervention régional à la disposition des ARS* », Le bulletin juridique du praticien hospitalier, n°148, mai 2012, pp. 12-14.

[920] Article L. 1435-8 du code de la santé publique. Ces éléments concourent notamment « *à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie* », « *à l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale* », « *à la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire* », « *à l'efficience des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels* » et « *au développement de la démocratie sanitaire* ». Ces financements font notamment l'objet d'une évaluation dans le cadre des CPOM.

[921] La mise en place du FIR illustre largement le propos : « *les orientations nationales du fonds sont déterminées par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé* ». Article L. 1435-10 du code de la santé publique.

[922] A titre d'exemple à propos du FIR, Olivier VERAN dans la circulaire n°SG/2020/65 du 21 avril 2020 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2020 explique qu'il « *a été construit pour participer au passage d'une logique de moyens, dispositif de santé publique par dispositif de santé publique, à une logique de résultats* ».

s'en trouvant fréquemment exclu[923]. Surtout, il semblerait que le montant de celles-ci ne serait qu'accessoire à côté du coût réel des prestations et du fonctionnement budgétaire d'une structure. En conséquence, elles ne permettraient pas un véritable rééquilibrage comme souhaité. Cela étant, le dispositif doit être perçu pour ce qu'il est, à savoir un composé de mesures correctrices, et non un retour en arrière sur les attendus de la tarification à l'activité. Souvent pensé comme un palliatif à cette dernière, il ne doit pourtant être envisagé que comme le complément d'un système plus global visant à concilier des objectifs manifestement antinomiques, à savoir maximiser la prise en charge et maitriser les coûts. En cela, la construction est intéressante et paraît maitrisée.

392. Incitations économiques orientées. Au-delà de la mise en œuvre de contractualisation, des éléments incitatifs de performance se matérialisent à mesure que la tarification à l'activité doit être perfectionnée. En lien direct avec la recherche de déploiement de la démarche qualité comme élément central de la politique de santé publique, et afin de répondre aux imperfections de la T2A, le choix a été fait de rapprocher cette dernière du soin[924]. En ce sens, sous l'impulsion du projet Ma Santé 2022[925], la

---

[923] A ce propos, Maxence CORMIER a précisé que « *l'influence de l'alignement des modes de financement public et privé est beaucoup moins important lorsque l'on examine les financements publics ne portant pas sur la production de soins des établissements de santé privés mais sur l'investissement (reprise de la dette et Ségur immobilier), les MIGAC et les FIR dans la mesure où, comme l'ont régulièrement relevé la Cour des comptes, l'IGAS et les rapports parlementaires, le secteur public hospitalier bénéficie d'environ 90% des dotations* ». **M. CORMIER**, « *Les établissements de santé privés : origine et évolutions d'une notion juridique* », RDSS, Dalloz, 2021, p. 981.

[924] Le CCNE avait d'ailleurs déjà pointé les liens entre économie et démarche qualité : « *Le défi auquel sont confrontées les autorités de tutelle et les professionnels de santé consiste à préserver à la fois la composante humaine de « l'art médical » et la qualité des structures sanitaires de plus en plus complexes. Ce n'est qu'à travers une amélioration de la qualité des pratiques qu'un véritable « retour sur investissement » pourra être obtenu. Les économies réalisées par la lutte contre le gaspillage et une meilleure coordination des moyens peuvent être importantes et rentabiliser la démarche qualité. Il y a là des possibilités de marges considérables permettant de faire davantage à budget constant* ». CCNE, Avis 101, *op. cit.* p. 24.

[925] En ce sens : « *Au fond, conscient notamment du fait que « la France est aujourd'hui le seul pays occidental où la rémunération des médecins généralistes est composée à plus de 80 % d'un paiement à l'acte », le législateur conduit le système de santé à prendre un tournant pour l'avenir, celui de la « troisième médecine ». Mais cette adaptation des modes actuels de financement des soins va plus loin encore. D'après le pré-rapport « Modes de financement et de régulation », l'enjeu n'est pas moindre que de faire évoluer l'ensemble de ces types de financement, d'ici 2022, en introduisant dans chacun d'eux une dose plus ou moins élevée de forfaitisation, de sorte à favoriser aussi bien une tarification liée au parcours du patient qu'une tarification indexée sur la qualité des prestations qui lui sont fournies. Tous les professionnels de santé, généralistes comme spécialistes, seraient ainsi concernés, de même que tous les champs d'activités de soins hospitaliers : court séjour (MCO), moyen séjour (SSR)*

tarification se trouve médicalisée, avec la prise en compte des résultats de la démarche qualité dans l'attribution des fonds. Le dispositif repose sur la construction de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)[926] et fait l'objet d'une procédure particulièrement standardisée et protocolisée[927], témoignant là-encore de cette logique s'appliquant à l'ensemble des structures[928]. Cette incitation repose sur la mise en place d'indicateur adapté et varié permettant de valoriser l'exercice médical[929]. De plus, elle tient compte des résultats de la certification. Il ne s'agit pas véritablement d'une médicalisation de la tarification mais plutôt d'une valorisation de la pratique médicale. Elle semble aujourd'hui dépasser le cadre de l'incitation puisqu'elle prévoit désormais un mécanisme de pénalité financière pour certains indicateurs[930].

---

et psychiatrie. Chacun de ces acteurs doit donc s'attendre à voir son modèle de financement varier au cours des prochains exercices budgétaires ». **B. APOLLIS**, « *Vers une transformation financière du système de santé ?* », Dalloz, RDSS, 2019, p. 35.

926 Article L. 162-23-15 I. du code de la sécurité sociale : « *Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement. Ces indicateurs prennent en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients* ».

927 Arrêté du 13 juillet 2021, *op. cit.*

928 Christophe BARLET précise en outre que « *depuis 2003, la Direction générale de l'offre de soins et l'HAS ont progressivement mis en place un dispositif national d'indicateurs généralisés relatifs à la qualité et à la sécurité en établissements de santé. Le non-respect par l'établissement de santé de l'élaboration et du suivi d'un programme d'action de ces indicateurs a donné naissance à un nouveau type de contrôle exercé par les ARS, nommé « contrôle qualité du recueil des données ou des déclarations des indicateurs obligatoires de qualité et de sécurité des soins ». Il porte sur la fiabilité des données déclarées par les établissements sur ces indicateurs. Les résultats de ce contrôle sont affichés sur le site d'information des usagers « scope-santé », et permettent, lorsqu'ils sont positifs, la mise en œuvre de l'Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) ou la signature d'autres contrats aux niveaux national et régional, et s'ils sont négatifs, une modulation possible des missions d'intérêt général, voire une diminution de la dotation de l'assurance-maladie après mise en demeure (…). Ainsi, avec le contrôle des IQSS, une convergence a vu le jour entre trois démarches différentes sous l'égide du directeur général d'ARS : la législation sanitaire exercée par les inspecteurs des ARS, la législation sociale assurée par les agents de l'assurance maladie, et la démarche qualité qui relève des prérogatives de l'HAS* ». **C. BARLET**, « *Autorisations, inspection et contrôle des établissements de santé* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 442.

929 Sur ces questions : **J.-C. MOISDON**, « *Payer la qualité des soins à l'hôpital* », Quaderni, 85 | 2014, pp. 29-38.

930 Voir notamment : Articles 1, 4 et 5 du décret n°2021-1613 du 9 décembre 2021 portant modification de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

393. Pour autant, la question de la place du patient n'est pas oubliée, en témoigne notamment les hypothèses d'expérimentations[931] permettant le développement d'un paiement au parcours, ou plutôt à l'épisode de soins, présenté comme étant un financement qui « *se focalise (…) sur un épisode standardisé par des recommandations nationales clairement établies et d'une durée limitée* »[932]. Au-delà de tenir compte du vécu soignant, on vient surtout évaluer, économiquement cette fois-ci, la bonne pratique, le respect des procédures. En définitive, l'incitation, ici, vient davantage renforcer la technicisation de la gestion interne des structures. Surtout, elle expose la maitrise recherchée par les pouvoirs publics de la réussite des objectifs de santé publique tout en conservant un niveau qualité suffisant pour rendre le système efficace, et en conséquence, la mainmise de ceux-ci sur les principes de gestion des établissements.

394. Encadrement du comportement économique de l'acteur. En guise de synthèse, il est notable d'observer que l'ensemble des politiques financières ou budgétaires visent, certes, à créer et définir un comportement économique pour les structures de santé de toute nature, mais surtout de l'encadrer voire de le limiter. Cette politique cherche à compenser et limiter les carences des différents secteurs d'activité en présence. S'agissant du secteur public, il a fallu développer un comportement économique au sein d'entité où cette notion pouvait paraître inadaptée si ce n'est étrangère à ses principes de fonctionnement[933]. En

---

931 Voir notamment l'article 51 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 modifiant l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale et autorisant ce type d'expérimentation pour cinq ans. Ces expérimentations doivent avoir répondre à l'un ou l'autre des buts suivants, le premier intéressant particulièrement l'étude : « *Permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficience du système de santé et l'accès aux soins* » et « *Améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1 et la qualité des prescriptions* ».

932 Les auteurs parlent en outre de la notion de « *paiements groupés* » englobant « *le paiement au parcours de soins et le paiement à l'épisode de soins* ». *Ainsi, « les objectifs du paiement groupé sont de limiter les hospitalisations évitables, les actes ou services surnuméraires, inutiles ou inappropriés du fait d'une optimisation de la coordination des soins entre les secteurs de la ville et de l'hôpital, ainsi qu'entre les différents professionnels de santé* ». **J.-F. BUSSIÈRES, C. LE GAL FONTES, G. LEGUELINEL**, « *Le financement à l'épisode de soins : un modèle efficient pour renforcer le lien ville-hôpital en France et au Québec ?* », LEH Édition, RGDM, n° 27, 2019, pp. 211-226.

933 En ce sens : « *La promotion du marché par l'État est alors une façon de combattre le pouvoir monopolistique de la médecine. C'est l'État qui va porter la pression idéologique du marché dans le but d'enrayer le pouvoir médical (…). Le médecin, par un jeu d'incitation, est invité à adopter une logique marchande, quel que soit son lieu d'exercice : cabinet de ville*

cela, les mondes industriels et marchands ont vraisemblablement constitué une source d'inspiration pour la mise en place de ce modèle. En ce sens, la tarification à l'acte, donnant vulgairement un prix aux soins, et le déploiement de la démarche qualité, pointant sans nécessairement la nommer la standardisation des pratiques et l'évaluation permanente de ces dernières, témoignent largement de ce phénomène. S'agissant du secteur privé, il a été nécessaire, *a contrario*, de limiter certaines facettes de ce comportement mercantile et expliquer que si ces structures constituent juridiquement des entreprises comme les autres, et donc très classiques, elles n'exercent pas dans un champ économique naturel et s'inscrivent davantage dans une politique solidariste globale. Ici, l'idée de participation au service public prend tout son sens, qu'elle soit officialisée ou simplement rapprochée voire constatée dans l'action. Ainsi, l'activité économique est permise, mais régulée et encadrée. Finalement, si les deux mouvements semblent opposés, ils sont convergents vers un objectif d'ensemble.

395. Performance économique dépendante des objectifs de santé publique. Cette convergence vise surtout le développement d'une construction économique respectueuse et même protectrice des objectifs de santé publique. Elle témoigne d'une volonté de rapprocher les établissements de toute nature au sein d'un système d'ensemble, fondée sur la solidarité et la protection de l'usager. Les mesures prises changent certaines logiques, certains principes, mais restent malgré tout soucieuses de cette dimension. Finalement, la performance économique est réellement attendue mais dans une construction médicalisée et relevant des principes de santé publique. Pour cela, celle-ci se trouve mécaniquement encadrée et redéfinie, offrant un système d'une certaine originalité et proposant une construction dans laquelle les principes économiques inspirent et enrichissent des éléments relevant de l'éthique médicale.

---

ou hôpital public. Cette entreprise est audacieuse car le médecin se considère, notamment en raison de sa déontologie, comme un rempart à la dénaturation marchande des activités de santé. Mais c'est précisément à partir de l'incomplétude de la déontologie que la posture marchande du médecin est construite ». **P. BATIFOULIER, F. BESSIS et O. BIENCOURT**, « *La déontologie médicale face aux impératifs de marché* », Politiques et management public [En ligne], Vol 28/1 | 2011, mis en ligne le 02 octobre 2012, consulté le 08 janvier 2022. URL : http://journals.openedition.org.ezpum.scdi-montpellier.fr/pmp/4139

396. Transition. Cette organisation autorise surtout une prise de conscience quant à l'origine de la performance. Alors même qu'elle est tantôt envisagée dans son volet technique, tantôt dans son volet économique, elle semble surtout être publique. Ces dimensions différentes, matérialisées par des outils juridiques particulièrement développés, forment les pièces d'un puzzle laissant théoriquement apparaître un système ambitieux et respectueux d'un raisonnement relevant davantage de l'éthique collective qu'individuelle. En effet, si l'accès aux soins est renforcé, tout comme les droits des usagers, le système cherche surtout à être en mesure d'assurer sa propre pérennité et efficacité, au risque de s'éloigner parfois d'éléments relevant de l'éthique médicale la plus élémentaire[934]. Pourtant, si un tel tableau laisse imaginer un système juridique efficient et pertinent, pourquoi fait-il l'objet de telles critiques ? Quels éléments viennent justifier la perte de sens dans la pratique côté professionnel, et le sentiment de déshumanisation, si ce n'est dans certains cas de figure une réelle sécheresse relationnelle, côté usager ? Comme c'est fréquemment le cas, l'étude de cette construction n'a pas d'intérêt sans envisager sa réalité pratique, ou sans interpréter l'effectivité de certaines dispositions. Et après celle-ci, la notion de performance risque de devenir davantage clivante.

[934] Après tout, comme l'explique Étienne MINVIELLE, « *dans le système de santé français, la régulation de la qualité vise à garantir un niveau de qualité égal quel que soit les conditions d'accès. Fort de ce principe de solidarité, le régulateur ne doit pas contribuer à différencier par la qualité, mais au contraire la rendre homogène et subordonner toute concurrence à un objectif de réduction des inégalités* ». **E. MINVIELLE**, « *Comment évaluer et réguler la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades ?* », Quaderni, 82 | 2013, pp. 83-98.

Conclusion du chapitre

397. A travers ses propos, il a été possible d'observer que la construction du système de santé publique fait face à de nombreuses difficultés, sans doute liées aux modalités de développement. En effet, au sein d'un mécanisme reposant sur une logique de solidarité, la maximisation des possibilités a généré une croissance exponentielle des prestations délivrées, l'offre suivant très naturellement ce mouvement. Ainsi, le marché de la santé est désormais gigantesque, ce qui peut parfois mal s'accorder avec une recherche permanente de pertinence. En conséquence, celui-ci renvoi davantage à une fiction économique qu'à un réel fonctionnement de marché, tant le poids de la régulation se veut, lui-aussi, important. Car si cet encadrement se justifie à bien des égards, notamment sanitaires, politiques, mais aussi éthiques, il n'en génère pas moins une contrainte évidente pour les structures.

398. A ce titre, l'exigence de performance se veut particulièrement élevée à l'encontre des établissements, et ceci dès l'entrée potentielle dans ce système. Surtout, l'action commerciale de ces derniers se trouve pour le moins limitée, ceci valant tant pour la recherche de performance que pour les hypothèses de développements. Plus encore, les mécanismes incitatifs, notamment contractuels ont pris et prennent encore une place désormais centrale, au point, sans doute, de représenter l'avenir du financement hospitalier, nonobstant leurs évidentes limites.

399. En outre, la définition des moyens alloués à la santé ainsi que les conditions d'accès, et de maintien au sein de l'offre se complexifient et demandent un degré d'adaptation très important aux structures. Par suite, le régime d'autorisation, notamment, et plus généralement l'impossible fixation tarifaire génèrent un cadre contraint tout à fait atypique dans la sphère économique. Surtout, les modalités de tarification influent directement sur la façon d'exercer et donc sur le comportement commercial. Dès lors, la recherche de performance attendue des établissements de santé s'oriente vers une exigence de productivité accrue. S'il semble que l'objectif est atteint, il n'en reste pas moins que de nombreux doutes ont vu le jour, et que cette volonté cristallise les critiques adressées à la notion de performance.

Conclusion du titre

400. Dans la seconde partie de cette étude, il a été question d'exposer l'encadrement normatif dont la production en santé peut faire l'objet. En effet, à travers l'emprunt de méthodologies extérieures à la dimension sanitaire, la régulation a pu en quelques sortes exiger des établissements qu'ils s'approprient ces mécanismes. Mission semble-t-il accomplie, tant la démarche qualité fait partie intégrante du fonctionnement quotidien et paraît indépassable alors même qu'elle y était complètement étrangère autrefois. La double logique de gestion des risques et d'évaluation a posteriori a pour conséquence évidente de générer un questionnement permanent quant à la pertinence de leurs pratiques.

401. Cette recherche de pertinence trouve également à s'appliquer à la dimension économique de l'activité des structures. En outre, celle-ci prend les contours de l'efficience, à savoir la maximisation des prestations au juste coût. Pour y parvenir, les pouvoirs publics ont opté pour la mise en place d'un cadre maitrisé et à l'accès conditionné. Ceci concernant à la fois l'organisation du marché que la typologie des établissements. Quant à la fixation tarifaire, un long cheminement s'est matérialisé pour atteindre un fonctionnement à l'acte, afin d'encourager les établissements de santé à raisonner autour d'une logique de productivité.

402. L'ensemble de cette construction témoigne d'une recherche de performance orientée vers l'efficacité et l'efficience. A ce titre, les établissements de santé ont dû apprendre à accroitre grandement leurs prestations tout en rationalisant les investissements. En conséquence, il reste permis d'envisager que cette évolution présente des objectifs contradictoires, potentielles sources de difficultés quotidiennes.

Conclusion de partie

403. Il apparaît ainsi que la recherche de performance attendue et imposée aux établissements de santé a pu générer un grand nombre de bienfaits. Ceux-ci s'observant tant au niveau de l'organisation de ces derniers que des prestations proposées. Les quatre axes de développement étudiés illustrent ce qu'il convient bien d'appeler la mise en place des différents progrès au sein des structures. Longtemps limitées à une dimension essentiellement charitable, ces dernières sont désormais d'authentiques entreprises de soins, ce qu'il convient de regarder d'un œil bienveillant avant d'envisager des critiques légitimes. Aujourd'hui, elles sont en mesure non seulement de produire davantage, mais à un niveau technique qui ne cesse de croitre, tout en prenant le temps d'évaluer la pertinence des choix effectués, et de raisonner désormais en terme d'efficience.

404. Surtout, cette démonstration a permis de mettre en lumière combien cette quête de performance ne concernait finalement pas que les établissements eux-mêmes, mais bien l'ensemble des parties prenantes qui les composent ou gravitent autour d'eux. En effet, en lui attribuant une place centrale, le patient se trouve, en principe, au cœur d'une construction visant à l'autoriser à participer à son hospitalisation, et ainsi ne plus la subir. Quant aux professionnels, leur comportement et leurs possibilités sont très largement orientés vers une recherche constante d'amélioration et de maximisation de leurs pratiques. Ceci, dans un contexte où les déserts médicaux et les questions d'accès reviennent inlassablement dans les débats de toute nature, paraît pour le moins profitable d'un point de vue sociétal.

405. Pour autant, il n'en demeure pas moins non plus que cette vision angélique ne saurait à elle-seule présenter ce qu'est le monde de l'hospitalisation actuellement. En outre, la lecture du régime juridique invite relativement peu à la critique, nonobstant des défauts particuliers qu'il convient de résoudre. Il sera surtout permis de voir qu'au sein de chacun de ces quatre axes, la matérialisation du lien entre eux, et parfois même en leur sein, prend le pas sur une éventuelle évolution de fond.

Partie 2 : Les insuffisances générées par la recherche de performance attendue des établissements de santé

406. **Performance et perte de sens**. A la lumière des propos précédents, il peut paraitre difficile de justifier l'ensemble des critiques adressées à la performance. La notion elle-même suscite un fort rejet. Et il faut bien dire qu'en dépit des nombreux bienfaits qu'elle a pu générer au sein des établissements, il semble pour autant qu'elle a pu délaisser de nombreux acteurs. En effet, des changements de logique ont souvent été réalisés au détriment de principes de santé publique, entrainant de nombreux blocages qu'il convient de lever, afin d'obtenir un système d'hospitalisation réellement performant.

407. **Imperfections méthodologiques en matière de prise en charge (Titre 1)**. En premier lieu, la prise en charge des patients au sein des structures fait l'objet de nombreuses imperfections méthodologiques. Ainsi, la surtechnicisation du rôle d'accueil induit une déshumanisation du travail soignant, alors que l'industrialisation souhaitée montre à quel point l'évolution fonctionnelle des professions est inadaptée[935]. Plus encore, la standardisation de l'exercice médical induit un inévitable risque de limitation de ce dernier. Le développement de professions surspécialisées et la normalisation de la pratique médicale remet en cause l'indépendance professionnelle[936], et contribue à cette perception de négation des attentes du patient.

408. **La productivité, source d'incompatibilité avec les objectifs de santé publique (Titre 2)**. Par suite, la quête de productivité[937] est source d'incompatibilité avec les objectifs

[935] Le rejet s'expliquant par la dimension mécanique du fonctionnement hospitalier.

[936] Le renvoi à l'indépendance professionnelle est constant au sein des politiques publiques, notamment sur les plans légaux et déontologiques. Pour les médecins notamment : Art. L. 4111-1 et suivants du code la santé publique ; Art. R. 4127-5 du code de la santé publique.

[937] Voir notamment : **A. GERVAIS**, « *Financement par la T2A, vision médicale hospitalière* », *op. cit.*

de santé publique pourtant fermement affirmés. En effet, la démarche qualité parait être le symbole des insuffisances de la standardisation en santé, tant elle est technocratique et sécuritaire[938]. Quant à la contrainte économique, elle vient aujourd'hui profondément limiter leur développement, et peut devenir caution de nombreuses inégalités et ruptures de droits pour les patients.

[938] **F. VIALLA**, « *Regard décalé sur la démarche qualité* », in : **A. LECA, H. GAUMONT-PRAT, C. CASTAING,** *Enseignement, Hôpital, Médecine*, Mélanges en l'honneur de Jean-Marie Clément, LEH Édition, Collection Mélanges, Bordeaux, 2014, pp. 721-736.

Titre 1 : La quête de performance, source d'imperfections méthodologiques en matière de prise en charge

« La variété, c'est de l'organisation ; l'uniformité, c'est du mécanisme. La variété, c'est la vie ; l'uniformité, c'est la mort »[939].

409. La recherche de performance, désormais constante au sein des établissements de santé, génère de nombreux éléments au mieux perfectibles, au pire largement critiquables. En effet, la « surtechnicisation » du rôle d'accueil des établissements est l'une des principales justifications au sentiment de sécheresse relationnelle vécue à la fois par les professionnels et les patients (Chapitre 1). En outre, l'insuffisante prise en compte des attentes classiques associées à la prise en charge, et les vicissitudes liées à l'industrialisation de cette dernière témoignent d'une réelle nécessité d'accorder enfin une valeur quantifiable au temps et à l'accompagnement.

410. Par suite, la standardisation limite inévitablement l'exercice médical (Chapitre 2). En outre, le développement de professions surspécialisées génère un fort cloisonnement de chacune d'elles. Plus encore, la normalisation de la pratique médicale, voulue comme une aide voire un guide accordé à cette dernière, entraine un risque de limitation, au point de déplorer un encadrement de la relation de soins elle-même, ce qui n'a rien de souhaitable, et témoigne, là-aussi, de l'importance du temps et de ce qui n'est pas mesurable.

[939] **B. CONSTANT**, *De l'esprit de conquête et de l'usurpation*, Hanovre, Londres et Paris, Hahn et H. Nicolle, 1814.

Chapitre 1 : La surtechnicisation du rôle d'accueil des établissements de santé

411. La dimension technique accordée à la santé, source d'une véritable quête de performance, bénéfique pour le domaine du soin dans son ensemble, reste malgré tout source de réels problèmes venant finalement parasiter cet objectif. Les attentes classiques liées à la prise en charge ne sont pas suffisamment prises en compte dans cette évolution. Le rôle de l'accompagnement est bien souvent relégué au second plan, générant donc des insuffisances pour le patient, et mettant le personnel soignant en difficulté[940]. Cette situation peut créer le sentiment d'une déshumanisation globale générée par la politique de santé publique[941]. Plus encore, l'industrialisation de la relation de soins s'est faite au prix d'une évolution fonctionnelle pertinente mais imparfaite, notamment d'un point de vue relationnel, tant vis-à-vis de l'usager, qu'entre les professionnels eux-mêmes (Section 1).

412. Pour répondre à ces insuffisances, une réhabilitation du rôle de l'accompagnement au sein de la prise en charge parait pertinente. Ceci passerait par une revalorisation du facteur temps[942], élément parfois négligé ou tout du moins trop peu autorisé, tant par les attentes de la population que par les objectifs véhiculés par les pouvoirs publics[943], visant la maximisation ou la rationalisation. Ensuite, il serait intéressant de revoir la fonction relationnelle dans un aspect globalisant, au même niveau que la politique de santé publique

---

940 Sur ces questions : **J. KERMAREC (Coor.)**, « *Soins palliatifs et accompagnement* », ADSP, n°28, 1999 ; **N.-J. MAZEN**, « *L'éthique est rencontre de l'autre* », in : **B. PY, F. VIALLA, J. LEONHARD (Dir.)**, Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau, Tome 1, LEH Édition, Collection Mélanges, Bordeaux, 2015, pp. 187-196.

941 A dire vrai, il semble que cette potentielle déshumanisation est envisagée de longue date par les médecins eux-mêmes. En ce sens, le Professeur DE VERNEJOUL, ancien Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, citait le Président Louis PORTES afin d'alerter précisément à ce sujet : « *Il est de fait, en effet, que notre devoir est de faire comprendre aux Pouvoirs publics qu'un certain nombre de principes doivent être respectés pour qu'à travers toutes les modifications de structure de la société, l'exercice médical garde sa qualité et son caractère éminemment humain* ». **R. VERNEJOUL**, « *Préface* », in : Ordre National des Médecins, Guide pratique d'exercice professionnel à l'usage des Médecins, Masson et Cte, 5ème éd., Paris, 1963, p. 6.

942 Généralement : **A. KAHN,** « *Temps, Droit et Progrès médical* », *op. cit.*

943 Mais également déontologique, en témoigne notamment l'article R. 4127-32 du code de la santé publique demandant au médecin d'assurer « *personnellement au patient des soins consciencieux* » et « *dévoués* ».

cherche à accorder à la relation de soins à travers la mise en place du parcours de soins. Pour y parvenir, une modification partielle des formations de santé permettrait sans doute le déploiement d'un système où les fonctions seraient imbriquées les unes aux autres, afin que chacun puisse s'inscrire dans un travail coopératif (Section 2).

Section 1 : Insuffisante prise en compte des attentes classiques liées à la prise en charge

413. Alors qu'il serait absurde de contester les bienfaits que le progrès technique a pu générer, tout comme il serait injuste de ne pas retenir les apports considérables que la politique de santé publique a entrainé, il n'en reste pas moins indispensable d'envisager les différentes insuffisances qu'amènent ces derniers.

414. Ainsi, l'accueil est devenu, en toute logique, accessoire dans les missions de l'établissement de santé (§1). Vraisemblablement retenue comme un prérequis mais surtout bien moins considérée que la réalisation de l'acte médical lui-même, elle doit nécessairement regagner en importance et être davantage valorisée, tant les situations thérapeutiques nouvelles l'exigent (§2).

§1. Position d'accueil potentiellement déshumanisée

415. Il semble que la recherche de performance puisse potentiellement entrainer une déshumanisation de la position d'accueil. Il convient d'étudier les vices associés à l'approche stratégique de cette dernière (A), générant un positionnement inadapté de l'établissement de santé (B).

A. Vices associés à l'approche stratégique de l'accueil

416. Prépondérance technique : effets pervers. Si les nombreuses améliorations techniques ont permis de rendre la santé plus efficace, mais aussi de pousser les structures sur la voie de la performance, il n'en reste pas moins quelques difficultés à relever, et à

solutionner[944]. Tout d'abord à travers l'aspect mécanique que l'on attache désormais au soin et qui, vraisemblablement, perturbe le plus grand nombre[945]. Il apparait ainsi que ces évolutions amènent la prise en charge vers un fonctionnement que l'on n'attribue pas classiquement à la santé[946], en dépit pourtant de ses indiscutables bienfaits. A ce titre, viennent naturellement à l'esprit les notions d'industrialisation et de standardisation. Ces éléments laissent à penser que cette transition, visiblement brutale, appelait sans doute davantage de préparation et de pédagogie.

417. Mais plus encore que de perturber, cette transition génère de nouvelles situations, où la technique, au bout de ce que l'on sait en faire, doit désormais laisser sa place à ce que l'on savait faire autrefois, c'est-à-dire de l'accompagnement[947]. Noël-Jean MAZEN retient notamment que « *la médecine clinique soigne les symptômes, la maladie et s'occupe trop peu de l'individu dans son intégrité ; pourtant c'est bien lui, dans la globalité de sa personne, qui est présent et qui combat la*

---

944 En effet, à titre liminaire, il apparaît que l'exercice de la médecine lui-même a pu évoluer du fait du progrès, au détriment d'une logique paraissant pourtant évidente par principe. Ainsi, la médecine traditionnelle appelle généralement la réalisation d'un examen clinique pouvant entrainer la réalisation d'actes paracliniques (par exemple en radiologie, etc…). Justement, Henri PÉQUIGNOT parlait fort élégamment de l'acte médical comme d'un que « *acte clos dans l'espace et dans le temps, qui commence par une confession, qui se continue par un examen et qui se termine par une prescription. Il y a une unité de temps, de lieu et d'action* ». Désormais, *a fortiori* au sein des services d'urgences, il n'est pas rare de voir le paraclinique précéder le clinique. L'accueil du patient change nécessairement, et le met face à la machine hospitalière parfois avant même de rencontrer, si ce n'est connaître l'identité de son médecin. **H. PÉQUIGNOT**, Médecine et monde moderne, Les Éditions de Minuit, Paris, 1953, p. 14.

945 Voir à ce sujet : **D. SICARD, G. HADDAD**, Hippocrate et le scanner. Réflexions sur la médecine contemporaine, Paris, DDB, Cerf, 1999.

946 En ce sens, Gilbert LAROCHELLE et Françoise COURVILLE évoquent une crainte à ce sujet, qu'ils relativisent évidemment par la suite mais qui témoigne bien de la perception associée au soin, à savoir que « *la notion de relation de soins contient en elle-même tout le paradoxe entre performance et dignité humaine : plus le soin progresse et se complexifie par le dispositif technique, plus la relation se fait abstraite. Plus le corps est connu organe par organe, cellule par cellule, plus le soigné peut devenir inconnu, sans que l'accomplissement de la guérison, croit-on, en soit affecté. Bref, plus les progrès s'intensifient dans la matérialité du traitement, plus le risque de la dépersonnalisation et même de la déshumanisation s'accentue* ». **G. LAROCHELLE, F. COURVILLE**, La course à la performance. Regards critiques de la philosophie sur la santé, Beauchesne, 2016, p. 58.

947 La notion d'accompagnement est particulièrement présente dans le secteur social, voire médico-social. Moins présente dans le domaine sanitaire, elle trouve néanmoins un usage régulier en matière de soins palliatifs. Sur ces questions : **J. KERMAREC (Coor.)**, « *Soins palliatifs et accompagnement* », *op. cit.*

maladie ! De là, l'importance de l'empathie qui conduit à s'intéresser au malade en tant que personne et non pas comme objet de soins. C'est pourquoi l'identification du ressenti de l'autre semble le préalable minimum à toute démarche d'éthique appliquée ; sans empathie ni compassion il n'y a pas de volonté vraie de rencontre avec l'autre »[948]. Bien sûr, l'idée n'est absolument pas de retenir que les patients sont aujourd'hui livrés à eux-mêmes ou laissés pour compte par le personnel soignant. Celle-ci serait aussi irrespectueuse que fausse[949]. Cela étant, au regard de ce qui est désormais attendu, il convient inévitablement de relever que la vision accessoire de la mission d'accueil ne peut plus survivre telle qu'elle est. Pour cela, l'encadrement devra, une fois de plus, jouer son rôle, à travers la définition des principes véhiculés par la politique nationale de santé publique.

418. Une fonction d'accueil désormais optimisée. Tout d'abord, il convient bien entendu, et fort heureusement, de retenir à quel point cette marginalisation de l'accueil est positive et témoigne d'une évolution des établissements de santé. Cela étant, la mission d'accueil au sein de la structure est bien souvent perçue, par cette dernière elle-même, comme une fonction certes accessoire du soin, mais surtout détachée de celui-ci[950]. Et ceci

---

948 **N.-J. MAZEN**, « *L'éthique est rencontre de l'autre* », in : *op. cit.*, p. 190.

949 Il semble d'ailleurs que la pandémie de Covid-19 a pu causer un véritable mal-être chez les personnels soignants du fait de l'impact relationnel qui a dû, par la force des choses, être quelque peu négligé : « *alors que l'essence même des soins infirmiers s'enracine dans la relation aux patients et à leur famille (…), les soignants ont été privés de cette relation par les restrictions d'accès des familles à leur proches hospitalisés en réanimation (…). Les discours des soignants se différencient selon les contextes : quand les relations deviennent tendues et difficiles, quand les précautions et les attentions envers le patient sont délicates, parfois conflictuelles, quand les techniques de soin sont dysfonctionnelles dans l'urgence. Les pressions exercées dans ce monde professionnel (…) ont ici bien dégradé les valeurs liées à l'humanisme, à la dignité, à l'empathie et à l'intégrité, faisant partie du rôle primordial de l'infirmier(e). La principale difficulté réside dans l'adéquation entre la prise de conscience par chaque soignant des valeurs qui sont les siennes et les réalités rencontrées, ici exceptionnelles en gravité. Un autre épisode douloureux témoigne des sentiments de frustration et d'impuissance, posant également la question des limites. Ces vécus d'étrangeté, de culpabilité sont associés parfois à un certain fatalisme* ». **J. GUIET-SILVAIN**, « *Paroles de soignants face à la Covid 19 : angoisse, engagement, humilité* », in : **L. BERGUGNAT (éd.)**, Des professionnels face à la pandémie. Un devoir de mémoire. Champ social, 2021, pp. 115-129.

950 Bien que les considérations accessoires puissent avoir un impact direct sur la qualité de la prise en charge, à titre d'exemple, la question du bruit au sein des établissements de santé : « *Parmi les bruits qui retentissent à l'hôpital, l'alarme fait partie des nuisances sonores les plus fréquentes. Chaque patient entend en moyenne 135 alarmes par jour, soit une toutes les onze minutes. Une étude menée en 2019 auprès de patients subissant une intervention médicale a enregistré une moyenne de 359 alarmes au cours de chaque procédure, soit plus d'une alarme par minute ! Des alarmes qui proviennent de nombreuses sources, par exemple les données vitales d'un patient (pousse-seringue, monitoring cardiaque…) mais*

n'est pas sans conséquences pour la construction d'une relation adaptée, tant aux objectifs de santé publique qu'aux *desiderata* des usagers. Ainsi, plusieurs éléments permettent de justifier cette idée.

419. En premier lieu, le fait que la prise en charge est souvent résumée à la réalisation d'un acte technique montre finalement assez bien le rôle secondaire de l'accueil du patient désormais. Cela n'a rien d'étonnant au regard des propos précédents. Il est évidemment positif que la seule réception de l'usager ne soit aujourd'hui plus qu'un élément secondaire, ou tout du moins marginalisé, de la relation de soins[951]. Il est tout aussi positif que l'objectif d'accompagnement cède sa place à un objectif réaliste de guérison[952]. Pour autant, limiter la prise en charge à la réalisation d'un acte revient immanquablement à laisser de côté certaines composantes de ce qui fait le soin. Et en ce sens, force est de constater que rien n'indique que l'accueil du patient ne puisse s'apparenter à une composante de l'acte technique[953]. Tout au plus pose-t-on les principes, quasi-incantatoires, visant à leur assurer

---

aussi des événements moins critiques comme apporter de l'eau dans une chambre ou répondre à une alarme technique. Le soignant est soumis à un grand nombre d'informations dans la journée, parfois pour des interventions immédiates, parfois nécessitant une simple attention. Bref, une avalanche d'alarmes qui produisent un environnement bruyant et fatigant, impactant la prise en charge et le suivi des patients ». **E. REYNAUD**, « *Le bruit, fléau des établissements de santé* », Gestions Hospitalières, Numéro 606, mai 2021, p. 315.

951 Sur l'ambivalence du soin et des devoirs du médecin, voir notamment : **F. VIALLA**, « *« Salutat vos lucas medicus carissimus ». L'ambivalence des devoirs du médecin* », in : *op. cit.*, pp. 209-226.

952 Marc FERRO fait d'ailleurs un constat lucide sur l'influence du progrès : « *quels que soient les effets pervers dus aux progrès du développement de la science, on constate, à l'échelle du monde, une amélioration constante et générale de la santé depuis plus d'un siècle. Le rôle de la médecine est évident dans un tel processus qui a contribué à l'allongement de la durée de la vie* ». **M. FERRO**, « *2 - Le malade, révélateur social* », Les Sociétés malades du progrès, sous la direction de Ferro Marc. Plon, 1998, pp. 65-124.

953 Plusieurs arguments peuvent être identifiés, et le principal d'entre eux réside sûrement dans la vulnérabilité du patient, qui de par son état, nécessite un accueil particulier, avant toute pratique technique. En ce sens : « *Le patient hospitalisé est plus vulnérable que les autres malades en raison des contraintes liées à la grande technicité des soins et au fonctionnement de l'institution qui l'accueille. En raison de son état de santé, le sujet est particulièrement fragilisé dans les situations de douleur intense, d'angoisse majeure, de confusion mentale, de perte de conscience (ou anesthésie) et de coma. Le patient n'est plus maître de lui-même et de ses choix, ses aptitudes sont amoindries. Le respect de la dignité d'un sujet sans défense dépend de la bonne volonté des soignants qui vont faire à la place du sujet les gestes de la vie courante, de l'intimité (toilette, soins du corps) dans le respect des souhaits du malade quant à son image corporelle* ». **A.-M. DUGUET**, « *Chapitre 7. Le respect de la dignité à l'hôpital* », Journal International de Bioéthique, vol. 21, no. 4, 2010, pp. 93-101.

une réception adaptée à leurs besoins, sans accorder de conséquences juridiques, économiques, etc… satisfaisantes d'un point de vue de santé publique[954].

420. Au-delà, dans un second temps, la question de l'usage de la fonction d'accueil, qui parait paradoxalement gagner en importance, reste malgré tout à éclaircir. Si elle semble, certes, de plus en plus traitée, la façon de faire interroge. Ainsi, sa résolution témoigne en réalité à elle-seule de l'évolution de l'établissement de santé vers l'entreprise de santé, cette fois-ci dans le comportement capitaliste de cette dernière. En ce sens, il est permis de penser que cette mission est utilisée, afin de communiquer sur le bienfait de l'action menée, mais également d'accroitre sa patientèle dans certains cas de figure. Par suite, elle semble limitée à la dimension hôtelière, laissant de côté l'aspect relationnel qu'elle comporte. A ce titre, comme l'explique Benoît APOLLIS, « *dans un contexte de tension et de diminution parfois importante de ses tarifs, l'hospitalisation privée cherche de nouvelles sources de financement, au premier rang desquelles se place la facturation directe aux patients de prestations qui ne relèvent pas du soin, mais plutôt de leur confort hôtelier* »[955].

421. Mais plus encore, à travers cet aspect stratégique, la question de l'accueil proprement dit doit se poser également. En effet, le comportement précédemment évoqué n'est pas sans risque pour la prestation médicale, et met déjà en lumière un déficit de performance relativement évident[956]. En outre, alors que le progrès médical permet certes une

---

954 Pour un exemple d'insuffisance : **S. MARTOS**, « *Expérience patient dans les établissements : passable !* », Le quotidien du médecin, Publié le 30/01/2020, consulté le 20/07/2022.

955 **B. APOLLIS**, « *Le financement de l'hospitalisation privée* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 998.

956 Certains pointant aussi historiquement un déficit de performance économique en la matière. Voir notamment : « *L'Hôpital européen Georges-Pompidou ouvre ses portes en 2000. Date fatidique pour l'hôpital du XXIè siècle ! (…) C'est un hôpital d'une architecture magnifique, centré par une rue hospitalière où il est prévu d'ouvrir des boutiques, des locaux associatifs, une salle de sport… En bref, une nouvelle conception de l'hôpital ouvert sur la ville, bien différent de l'hôpital fermé du passé avec sa loge du concierge qui contrôle les entrées et interdit les sorties ! Les chambres sont spacieuses, comprennent toutes un cabinet de toilette avec douche et WC. Plus de 80% d'entre elles sont individuelles. Avec cela, un plateau technique exceptionnel, une imagerie de pointe, des laboratoires de biologie et de pharmacie complètement robotisés, des salles d'opération et de réanimation très bien équipées. Le bonheur des malades et des médecins en quelques sortes… (…) Est-il pour autant l'hôpital du XXIè siècle qu'il prétend être ? Hélas, non, il reste un hôpital du temps de sa conception, c'est-à-dire du XXè siècle, car un élément fondamental a changé et devient incontournable actuellement : la prise en charge financière des soins*

amélioration de l'espérance de vie, et donc du champ des possibles de la médecine, il autorise aussi et surtout à rester en vie, sans forcément guérir[957]. Ces situations n'appellent donc pas, par définition, que la seule réalisation d'un acte technique, mais demandent bien évidemment un accompagnement, signant donc le retour de ce dernier[958].

422. Enfin, alors que les conditions d'accueil au sein des établissements publics de santé bénéficient d'un encadrement réglementaire, le contrat d'hospitalisation et de soins reste l'outil prépondérant dans le secteur privé[959]. A ce titre, si les deux éléments présentent des vertus certaines, il n'est pas évident qu'il soit nécessaire de les étendre afin d'améliorer la mission d'accueil dans les structures. Il semble qu'il faille davantage opter pour une

engagés ». **J.-N. FABIANI**, La fabuleuse histoire de l'hôpital. Du Moyen Âge à nos jours. C'est l'hôpital qui se moque de la charité !, Pocket, Les Arènes, 2016, pp. 203-204.

957 Pour une approche critique du refus de la mort par la médecine : « *La mort vue non pas comme une fin naturelle, inscrite dans le processus même de la vie, mais comme un échec médical finit par être une étrange attitude dont l'inconscience conduit au manque de discernement (…). Échec suprême, elle doit être mise à distance dans tous les sens du terme. Le malade mourant ne voit plus s'ouvrir la porte de sa chambre par le chef de service, qui réserve ses visites à ceux qui vont mieux ou chez lesquels l'espoir thérapeutique demeure. Cette éviction de la mort a paradoxalement été accélérée par les prouesses technologiques de la médecine et la création de centres de soin palliatifs (…). La mort est un tabou non seulement hospitalier, mais aussi universitaire. Les diverses spécialités sont enseignées dans leur marche glorieuse, sans place pour la mort. Pourquoi l'enseigner quand la médecine y révèle son impuissance ? (…) Le paradoxe qui surgit au xxie siècle réside dans cette contradiction entre une mort indéfiniment repoussée voire niée par les naïves incantations pseudo-scientifiques des transhumanistes et une mort qui reste glorieuse comme celle des soldats tués au combat (…). En fin de compte, une société, une culture, qui ne laisse plus de place à la mort, qui considère celle-ci comme la conclusion malheureuse d'une maladie grave, donc comme un échec médical, et non comme la fin qui nous attend tous, finit par passer à côté de l'essentiel : elle glorifie une vie dont la valeur, et c'est le dernier paradoxe, se fonde uniquement sur l'oubli de la mort et non sur l'essence même de l'existence* ». **D. SICARD**, « *La mort, un échec médical* », Inflexions, vol. 45, no. 3, 2020, pp. 99-102.

958 En ce sens, André GRIMALDI et Guy VALLANCIEN ont pu notamment faire état d'une « *crise d'adaptation* » du système de santé, en retenant qu'en « *réalité, l'évolution de la médecine se fait dans deux sens opposés. D'un côté, le processus d'objectivation du patient progresse grâce à un accroissement des moyens d'exploration et de réparation du corps humain ; ce processus va de pair avec une spécialisation croissante des professionnels. D'un autre côté, la prise en compte de la subjectivité de chaque patient est d'autant plus indispensable que le patient devient acteur de sa propre santé, du moins quand il s'agit de prévention ou de traitement des maladies chroniques. Les soignants spécialisés dans la prise en charge des maladies chroniques doivent donc acquérir non seulement une expertise biomédicale, mais aussi une double compétence pédagogique et psychologique* ». **A. GRIMALDI, G. VALLANCIEN**, « *Les paradoxes du médecin à l'hôpital* », Les Tribunes de la santé, vol. 26, no. 1, 2010, pp. 21-37.

959 En dépit d'un recul certain du fait de la reconnaissance croissante des droits des patients.

revalorisation des missions du soignant, pour y parvenir, les outils précédemment évoqués faisant très bien leurs offices.

423. Une fonction d'accueil utilisée et/ou manipulée ? En adoptant une attitude sans doute très polémique, il devient permis de penser que la fonction d'accueil est aujourd'hui utilisée, voire manipulée, afin de véhiculer une certaine image de ce qu'est le soin. Le contenu même de la réglementation, s'agissant donc des établissements publics de santé, renvoyant immanquablement vers cette idée. Souvent, les annonces « vitrines » se veulent d'une particulière bienveillance, avec toujours l'objectif d'exposer le prendre soin et la bientraitance au rang de savoir-faire[960]. Cela reste tant une vérité qu'une nécessité. Bien sûr l'établissement de santé accueille, soigne et accompagne son patient. La réglementation comme la jurisprudence, vont également dans le sens d'une protection. Toutefois, il faut encore relever, en étant cette fois-ci négatif, que le choix effectué d'orienter la communication vers la dimension hôtelière de l'accueil pose question et laisse envisager une certaine utilisation de la notion, alors même qu'elle tend à redevenir prépondérante.

424. Inadéquation potentielle avec certaines typologies de séjours. Ainsi, le rôle accessoire de la fonction d'accueil des établissements de santé est désormais inadapté à certaines typologies de séjours. Cela a d'ailleurs sans doute toujours été le cas[961], mais pas nécessairement dans les proportions actuelles. Inutile de le rappeler longuement tant le propos est entendu : le progrès améliore la médecine, le progrès fait vivre, mais bien

---

960 Bien que la HAS, par exemple, fasse de la bientraitance une « *démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance* ». Elle ajoute que « *le professionnel favorise la bientraitance par la mobilisation de ses savoirs (ses connaissances), son savoir-être (sa posture professionnelle et son humanisme) et son savoir-faire. Le savoir-être contribue au climat de confiance, au respect et à l'écoute du patient, de l'usager. Le savoir-faire se décline tout au long de la prise en charge du patient, du résident : de l'admission à la sortie* ». HAS, Le déploiement de la bientraitance. Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD, Groupe Bientraitance FORAP-HAS, Mai 2012, p. 15

961 Il est possible, par extension, d'envisager le cas de la psychiatrie qui, par essence, a toujours suscité des difficultés relatives à sa prise en charge. Pour une approche historique de la question : **A. LUNEL (Dir.)**, « Folie et déraison » : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France, Pouvoir, santé et société, LEH Édition, Actes et Séminaires, Bordeaux, 2015.

évidemment le progrès ne guérit pas forcément. Il s'agit encore d'établissement de soins, non de guérison. Ce postulat génère des conséquences difficilement appréhendées, à savoir les questions liées au grand-âge[962], au handicap[963] ou encore aux maladies chroniques[964]. S'agissant du système français, il a pu être retenu que « *le progrès formidable réalisé en un demi-siècle vis-à-vis des maladies aiguës mortelles a son revers. Comme l'ensemble des pays de la planète nous enregistrons une épidémie de maladies chroniques que l'on peut soigner mais qu'on ne sait pas guérir (…). Cette épidémie est la rançon du vieillissement de la population, des dégâts environnementaux et paradoxalement des progrès médicaux* »[965].

425. Ces éléments, peu connus de la santé car moins fréquents, deviennent désormais des sujets majeurs autant qu'il pose problème à la perception française de l'établissement de santé[966]. En effet, ces situations ne s'accommodent absolument pas d'un fonctionnement industrialisé ou d'une prise en charge standardisée. Surtout, elles nécessitent de revenir à

---

962 Pour une approche généraliste et comparative des implications juridiques du vieillissement : **B. BEVIERE-BOYER, B. LEGROS, X. CHEN (Dir.)**, Vieillissement et droit : perspectives internationales France-Chine-Canada-Suisse, LEH Édition, Actes et séminaires, Bordeaux, 2020.

963 Voir notamment : **B. ALLEMANDOU**, Histoire du handicap, Enjeux scientifiques, Enjeux politiques, LEH Édition, Ouvrages généraux, Bordeaux, 2011.

964 A ce sujet, André GRIMALDI retient de manière aussi triste qu'élégante que « *la maladie chronique frappe toujours deux fois : une fois dans le réel et une fois dans la représentation du réel. En effet, en nommant la maladie, le médecin ne fait pas qu'annoncer un diagnostic médical, il annonce sans les nommer deux ruptures dans la vie du patient. Tout d'abord, il dit : « Ce ne sera jamais plus comme avant et c'est pour toujours. » Et ce « jamais plus » et ce « pour toujours » évoquent immanquablement le terme de la vie* ». **A. GRIMALDI**, « *La maladie chronique sonne toujours deux fois* », in : **É. ZUCMAN (éd.)**, Prendre soin de ceux qui ne guériront pas. La médecine questionnée par l'incurabilité et la fin de vie. Érès, 2016, pp. 157-174.

965 **A. GRIMALDI, Y. CAILLÉ, F. PIERRU, D. TABUTEAU**, Les maladies chroniques, Vers la 3ème médecine, Odile Jacob, p. 1.

966 Bien qu'il ne faille pas retenir pour autant que le propos n'était pas envisagé autrefois. A propos notamment des maladies chroniques, Isabelle BASZANGER retenait déjà en 1986 qu'« *avec la maîtrise des maladies infectieuses et parasitaires, les pays industrialisés connaissent une modification de leur paysage pathologique. Affections cardio-vasculaires, cancers, diabètes, atteintes rhumatismales, respiratoires et rénales… sont aujourd'hui, les problèmes de santé les plus préoccupants pour la collectivité. Les maladies chroniques constituent désormais les pathologies dominantes dans nos sociétés* ». Le fait que le sujet soit encore très largement d'actualité témoigne plutôt d'un échec ou d'une difficulté… chronique à le traiter avec pertinence par l'ensemble des acteurs. **I. BASZANGER**, « *Les maladies chroniques et leur ordre négocié* », Presses de Sciences Po, Revue française de sociologie, Vol. 27, n°1, Janvier-Mars 1986, pp. 3-27.

des notions perçues comme historiques mais qui sont pourtant fondamentales, à savoir l'écoute, le temps, et donc l'accompagnement[967]. L'idée n'est pas d'être larmoyant, mais bien de percevoir l'accompagnement comme une thérapeutique à part entière[968]. Ces situations permettent de comprendre à nouveau que prendre soin implique de prendre le temps d'y parvenir.

B. Positionnement inadapté de l'établissement de santé

426. L'enjeu est-il seulement hôtelier ? Il semble évident que la seule dimension hôtelière ne suffit pas. Là-encore, il ne s'agit d'adopter un postulat péremptoire, pour ne pas dire moralisateur. Bien sûr, le recours et l'amélioration des prestations hôtelières sont aussi attendus qu'indispensables[969]. En ce sens, veiller à ce que le patient soit bien reçu aussi

---

967 Impliquant ainsi une certaine revalorisation de ce qui fait pourtant l'essence de la discipline médicale et notamment du travail de médecin. En outre, comme l'explique Chiara CRISCIANI, « *étant donné l'importance des « accidents de l'âme » et de la confidentia que le praticien doit susciter chez le patient, étant donné aussi le rôle que joue l'imaginatio dans la thérapie, le médecin devra développer et mettre en pratique une sensibilité psychologique fine, fondée certes sur les doctrines médicales, mais aussi sur une fréquentation quotidienne des patients (…). Le médecin est donc également guide et maître, il doit et peut exhorter, réprimander, inciter à un changement, avec comme objectifs des valeurs comme la tempérance, la prudence, l'équilibre qui contribuent à restructurer le style de vie global du destinataire, lequel n'est pas nécessairement malade* ». **C. CRISCIANI**, « *Éthique des consilia et de la consultation : à propos de la cohésion morale de la profession médicale (XIIIè-XIVè siècles* », Presses Universitaires de Vincennes, Médiévales 46, printemps 2004, p. 24.

968 Comment ne pas citer Didier SICARD dans son évaluation de ce que devraient être les soins palliatifs et dans l'importance qu'il faudrait leurs accorder : « *je rêve d'une médecine où les soins palliatifs (car je crois qu'il s'agit d'une vraie approche scientifique) interviendraient dès le début du diagnostic et non à la seule phase finale, et où celle-ci ne serait pas toujours annoncée au malade en tant que telle dans une revendication d'angoissante transparence. Je voudrais que les soins palliatifs s'inscrivent dans une continuité avec des allers et retours, interrogeant le « cure » dans son utopie parfois indifférente (…). Je plaide pour que la césure disparaisse au profit simplement de l'attention et du discernement au moment de la fin de vie, comme une réponse essentielle de la médecine du XXIè siècle et non comme une coexistence d'un hôpital « high-tech » qui déléguerait à l'hospice la fonction du soin des derniers jours* ». **D. SICARD**, « *La césure entre médecine palliative et médecine curative* », ADSP, n°85, Décembre 2013, pp. 49-50. L'auteur explique en outre que « *le soin ne se résume pas à un parcours fléché en raison des circonstances. Un acte diagnostique, chirurgical, thérapeutique s'intègre dans une continuité qui est celle des ressources nécessaires pour répondre à la demande d'un malade. Il n'y a pas de césure, il y a diversité de moyens adaptés à chaque moment* ».

969 Sur la possibilité de facturation de « *prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale* » : Art. L. 1111-3-4 du code de la santé publique et Art. L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

au sein d'une institution[970] parfois habilement qualifiée d'usine de soins[971] témoigne d'une véritable quête de performance[972]. A ceci près que la recherche de confort n'est pas, loin s'en faut, la seule dimension de l'accueil[973].

427. En effet, alors que les pouvoirs publics, mais aussi les établissements eux-mêmes cherchent à améliorer les conditions de réception de leur patientèle[974], les usagers composant cette dernière perçoivent davantage l'accueil au sens humain du terme. Ainsi,

---

[970] A ce titre, l'article R. 162-27 du code de la sécurité sociale prévoit une liste d'activité pouvant donner lieu à facturation au regard de leurs particularités. En effet, le texte parle des « *catégories de prestations pour exigences particulières du patient, sans fondement médical* », avec par exemple « *l'installation dans une chambre particulière* » (hors prescription médicale d'isolement), « *l'hébergement, ainsi que les repas et les boissons des personnes qui accompagnent la personne hospitalisée* », ou encore « *la mise à disposition du patient, à la chambre, de moyens d'émission et de réception d'ondes radioélectriques, notamment la télévision et le téléphone* ». Par suite, le caractère exceptionnel et extra-médical de ces prestations ont un impact réel sur leur facturation : « *l'établissement doit informer le patient du prix de ces prestations, pour lesquelles il établit une facture détaillée conformément aux dispositions de l'article L. 441-9 du code de commerce* ».

[971] **P. LE COZ**, « *L'exigence éthique et la tarification à l'activité à l'hôpital* », Revue de philosophie économique, vol. 10, no. 1, 2009, pp. 35-53.

[972] La liste précédemment évoquée met précisément en lumière cette exigence de performance et encourage vivement les établissements de santé, afin de maximiser ses ressources, à tenir compte des besoins et du confort de ses patients. Cela relève donc d'une réelle recherche de performance organisationnelle.

[973] Par ailleurs, la DGOS explique parfaitement dans quelle mesure l'offre de prestation de confort est secondaire face à la visée principale de la structure, c'est-à-dire le soin. Ainsi, « *l'installation du patient dans une chambre particulière doit se faire dans le secteur d'hospitalisation correspondant à sa prise en charge, eu égard au respect des exigences en matière de qualité et de sécurité des soins (…). En effet, il convient de rappeler que, de manière générale, toute prise en charge d'un patient se doit de respecter des exigences de qualité et de sécurité pour les soins mis en œuvre, quelles que soient les pathologies justifiant son hospitalisation. Ainsi, si l'état de santé d'un patient se détériore soudainement, la prise en charge effective et optimale de son état doit être la plus rapide et efficiente possible. L'installation du patient doit s'effectuer en respectant ces considérations médicales* » (p. 4). Par suite, elle rappelle également que le patient ne doit pas pâtir d'un défaut d'organisation : « *la facturation d'une chambre particulière ne peut être imposée au patient au motif que seules des chambres individuelles restent à disposition. Si tel est pourtant le cas et, que le patient refuse la prestation dans les conditions rappelées ci-dessus, la facturation de cette prestation est strictement interdite* » (p. 3). Instruction DGOS/R1 no 2015-36 du 6 février 2015 relative au guide pratique de facturation des prestations pour exigence particulière du patient à destination des établissements de santé.

[974] Pour autant, leur élan stratégique en la matière est limité. Comme l'expliquait notamment la DGOS en 2015, à propos de la facturation des prestations pour exigences particulières, « *les prestations non-expressément visées ne peuvent être facturées au patient. Ainsi, à titre d'exemple, les forfaits d'assistance aux démarches administratives ainsi que les communications téléphoniques extérieures entrant à la chambre du patient ne peuvent faire l'objet d'une facturation au patient* ». Instruction DGOS/R1 no 2015-36 du 6 février 2015, *op. cit.*, p. 2.

être accueillant ne serait pas seulement le fait d'offrir des prestations de confort de qualité. Il semble même que ces celles-ci soient secondaires pour beaucoup d'entre eux. Mais plutôt, être accueillant serait avant tout de bien recevoir, humainement, de prendre le temps. A ce titre, Monique FORMARIER met en lumière de manière très illustrante « *le décalage qu'il y a entre les attentes relationnelles des patients et des familles qui ont des représentations qui leurs sont propre, issues de leur culture, de leur vision de la santé, de leur expérience de la maladie et qui font de la relation de soins une relation singulière, unique et les pratiques relationnelles des soignants qui s'appuient sur des représentations collectives, plus ou moins pré codées et qui, dans bien des cas, ne dépassent pas le stade des interactions* »[975]. Les termes d'écoute, dialogue et d'accompagnement prennent ici une importance considérable[976]. Précisément, s'agissant de cette dimension, l'objectif est parfois loin d'être atteint, et le sentiment, pour le patient, d'être relégué au rang de simple cas clinique passant entre les mains de professionnels multiples se fait jour[977].

428. L'accueil patient : un simple outil de communication ? En définitive, il convient surtout de retenir que l'accueil patient n'est pas seulement une affaire de communication. Certes, cette mission constitue un remarquable outil permettant aux établissements de santé d'exposer la pertinence et la qualité de leur pratique. Il ne s'agit donc pas de contester le bienfondé de cet usage de la fonction. En revanche, il existe un

---

[975] **M. FORMARIER**, « *La relation de soins, concepts et finalités* », Recherche en soins infirmiers, vol. 89, no. 2, 2007, pp. 33-42.

[976] « *« Faire attention à quelqu'un » n'est pas « faire attention à quelque chose ». La réduction de la rencontre de deux consciences à un rapport objectivant, où le Tu deviendrait un Cela (…). La compétence morale n'est alors pas affaire de connaissance ou d'émotion, elle est affaire d'apprentissage et d'éducation à la perception. De même pour les enseignants, en médecine en particulier, l'apprentissage de l'attention et du care ne relève pas d'une mythique perception immédiate, innée : il représente l'objet d'une éducation. Porter attention à l'autre, comme méthode et comme éthique, mobilise réceptivité et mise en sens. C'est dans les liens, en référence à la métaphore des poupées russes, que la réceptivité est travaillée, aiguisée et restaurée. Elle implique disponibilité, sensibilité, écoute et est simultanément orientée vers l'extérieur et vers l'intérieur de soi-même, dans un double mouvement synergique* ». **J.-M. BALEYTE, S. VANNEL, A.-M. HENNEQUIN**, « *Le soin, une éthique de l'attention ?* », Elsevier Masson SAS, Éthique & Santé, Vol. 14, Issue 4, Décembre 2017, pp. 194-199.

[977] En ce sens : « *le patient a souvent le sentiment, erroné ou avéré, d'être davantage perçu comme un « objet de soins » que comme le « sujet des soins ». Le si précieux colloque singulier, cher à Duhamel, tendrait à s'estomper pour devenir colloque pluriel sous le signe et le règne de la médecine d'équipe. Il convient de rappeler que l'assurance maladie tend à devenir un membre à part entière de la relation de soins* ». **F. VIALLA**, « *La faute d'humanisme* », LEH Éditions, RGDM, Numéro spécial Dix ans d'application de la loi Kouchner, 2013, pp. 61-81.

risque important de la limiter à cet usage. Ceci deviendrait particulièrement problématique. Il est nécessaire de comprendre qu'une évolution est nécessaire pour adapter et réhabiliter la dimension d'accompagnement, afin de prendre en compte les différentes typologies de séjours.

429. L'établissement de santé n'est pas un hôtel. Le propos est polémique, et pourtant avant toute refonte il convient de le rappeler : l'établissement de santé n'est pas un hôtel[978]. Certes les prestations hôtelières sont prépondérantes. Certes elles sont attendues par les usagers[979]. Mais ces derniers, indéniablement, les considèrent comme accessoires. Ce qui est entendu par accueil est avant tout l'aspect relationnel[980]. Pour cela, il est nécessaire de retenir qu'il ne s'agit pas d'essayer, seulement, d'améliorer les conditions de séjour du patient. L'accueil en santé est particulier, et ceci doit être pris en compte.

---

978 Un renvoi aux développements précédents sur la comparaison entre dépôt hôtelier et dépôt hospitalier est pertinent. Certes le second a pu être construit au regard du premier, mais avec des adaptations. Lorsque le patient est admis au sein d'un établissement de santé, il vient d'abord et surtout pour se faire soigner. La question de ces effets personnels est très accessoire, et implique donc une déresponsabilisation de principe des structures. Le basculement vers une responsabilité de l'établissement doit passer par une procédure formalisée. A l'inverse, l'hôtel accueille, et par principe ne fait qu'accueillir. Dit vulgairement, alors que le client est chez lui au sein d'un hôtel, le patient doit se sentir comme chez lui au sein de l'établissement de santé.

979 Il convient également d'évoquer d'ailleurs que la jurisprudence rappelle que « *des prestations correspondant à des exigences particulières des patients, sans fondement médical, ne peuvent être facturées par les établissements de santé sur le fondement du 5° de l'article R. 162-27 du code de la santé publique que si elles interviennent sur demande expresse et écrite des patients, que les dépenses occasionnées ne sont pas couvertes par les tarifs des prestations des établissements et qu'elles revêtent un caractère exceptionnel* ». En ce sens : CAA Nantes, 3ème chambre, 19 novembre 2021, n°20NT02378 ; CAA Bordeaux, 4ème chambre, 13 avril 2021, n°19BX02967.

980 Ceci impliquant notamment la perception de la bienveillance en santé comme un authentique savoir-faire : « *La démarche empathique dans le soin n'est pas un état d'âme ni une posture. Elle permet de reconnaître et d'approcher l'état émotionnel de la personne soignée. À ce titre, elle aide à la connaissance du patient qui est une base fondamentale de la relation de soins, relation singulière qu'il convient de promouvoir. Cette attention à l'autre se déploie parallèlement au raisonnement médical orienté vers le diagnostic et la prise en charge thérapeutique : elle ne s'y substitue pas ni l'altère, mais renforce et valorise l'action de soin en partie grâce au climat de confiance qu'elle instaure. Elle peut s'améliorer grâce à l'expérience, l'observation et des formations* ». **D. ARSÈNE**, « *L'empathie dans le soin procède-t-elle de la raison ?* », Elsevier Masson SAS, Éthique & Santé, Vol. 14, Issue 2, Juin 2017, pp. 102-106

430. En ce sens, comme l'explique Laure MARMILLOUD, « *aujourd'hui, dans le climat de la médecine contemporaine, nous sommes habitués à une médecine sophistiquée, dite « de pointe », « d'excellence », à partir des innovations technologiques et des perspectives thérapeutiques qu'elles rendent possibles. C'est d'abord cette médecine qui se voit et se donne à voir. Parallèlement et non sans que cela pose question, nous voyons surgir des offres de chambres hospitalières avec prestations hôtelières plus luxueuses – petite lampe d'ambiance, fauteuil club et couette moelleuse… Dans un décorum hospitalier où la puissance technologique et la puissance financière – en certains secteurs habilement choisis – étalent leurs atours, on en oublierait presque que l'essentiel du soin se loge dans la relation elle-même* »[981].

431. Pour autant, il serait vain de penser qu'il suffit de reconnaitre de nouveaux droits pour cela. Ces derniers, une fois érigés au rang de vitrine, auraient à n'en pas douter une valeur incantatoire[982]. Comme l'explique Fabrizio CANTELLI, « *les droits du patient s'invitent de plus en plus dans le discours public et font l'objet de nombreuses inscriptions juridiques (…). Pourtant, quiconque a déjà essayé, après bien des hésitations, embarras et doutes, d'exprimer pour soi-même ou pour un proche une critique concernant une situation problématique rencontrée au sein d'une institution de santé sait que la relation de soins demeure, dans les faits, éminemment complexe. Il ne suffit pas de faire état d'un problème en tant que patient pour qu'il soit entendu et réglé. Quand les professionnels concernés ne répondent plus, il ne suffit pas de chercher les bonnes formulations, de nommer le type d'injustice, de décrire les torts subis, de se référer à des principes et aux règles de droit qui conviennent pour obtenir l'application du droit ou, plus simplement, pour que la situation jugée problématique fasse l'objet d'une attention et suscite une réponse de la part de l'institution* »[983]. Une réaffirmation de l'importance de l'accueil entrerait

---

[981] **L. MARMILLOUD**, « *3. Retrouver la relation comme source du soin* », in : Donner vie à la relation de soins. Expérience pratique et enjeux éthiques de la réciprocité, Érès, 2019, pp. 81-135.

[982] De manière générale, comme le retient Jacques CHEVALLIER, « *un premier basculement s'est produit au cours du XX e siècle avec l'apparition, à côté des droits-libertés traditionnels, d'une seconde génération de droits, « droits-créances » impliquant un pouvoir d'exigibilité vis-à-vis de l'État ; mais si ces droits se sont multipliés, beaucoup d'entre eux, comportant fort peu d'implications juridiques concrètes, se situent dans un registre proclamatoire, voire incantatoire* ». **J. CHEVALLIER**, « *Conclusion / État des droits versus état de droit ?* », **P.-Y. BAUDOT, A. REVILLARD (éd.)**, L'État des droits. Politique des droits et pratiques des institutions. Presses de Sciences Po, 2015, pp. 245-255.

[983] L'auteur estime que ce constat, entre autres, « *invite à une certaine modestie face aux discours triomphateurs sur le succès des droits du patient et de l'État des droits* ». **F. CANTELLI**, « *Chapitre 4 / Comment faire exister les droits du patient ?* », **P.-Y. BAUDOT, A. REVILLARD (éd.)**, *op. cit.* pp. 149-176.

dans cet ordre d'idée. D'une part car les affirmations juridiques préexistantes sont suffisantes pour répondre aux difficultés connues. D'autre part car le changement attendu semble davantage organisationnel que juridique. Le Droit, ici, peut orienter à travers une refonte sous forme de mise à jour de son dispositif.

432. Transition. Il serait sans doute plus opportun, en revanche, de revaloriser cette dimension dans la définition des professions, mais également dans la construction des politiques publiques, de sorte à ce qu'elle soit véritablement prise en compte[984]. De cette manière, il y aurait sans doute deux angles d'attaques à envisager. Le premier concernerait la prise en compte, indispensable, des nouvelles catégories de séjours. La seconde, vraisemblablement plus périlleuse car plus exigeante, traiterait de la revalorisation des pratiques, en accordant à l'accompagnement la technicité qu'elle mérite.

§2. Position d'accueil à perfectionner

433. Face à ces difficultés, il convient de perfectionner cette position d'accueil. Il est donc nécessaire d'envisager les modalités pour y parvenir (A), et revaloriser l'accompagnement au sein de la prise en charge (B).

A. Modalités de perfectionnement à envisager

434. L'inopportune extension du fonctionnement des établissements publics de santé. La question du fonctionnement des établissements publics de santé en matière d'accueil doit tout d'abord être traitée. Celui-ci reposant sur une logique réglementaire, il comprend un panel de disposition particulièrement adapté et adéquat au regard des exigences élémentaires associées à la prise en charge[985]. Tout au plus est-il possible de

[984] Voir notamment : **A. BUISSON**, « *L'accueil à l'hôpital, un soin à part entière* », Elsevier Masson SAS, L'aide-soignante, Vol. 22, n°102, décembre 2008, pp. 26-27.

[985] Comme évoqué, sont notamment prévues et encadrées l'accueil proprement (Art. R. 1112-40 et R. 1112-41 du code de la santé publique) le droit d'exercice du culte (Art. R. 1112-46 du code de la santé publique), l'encadrement des visiteurs (Art. R. 1112-47 et R. 1112-48 du code de la santé publique), les modalités

mettre en évidence l'absence de mise à jour de ces dispositions qui peuvent paraitre quelques peu datées[986]. Cela étant, l'essentiel est prévu, et de manière efficace.

435. L'observance de ce régime particulier pousse par ailleurs à ne pas y voir véritablement un outil pour l'amélioration des conditions d'accueil des établissements publics de santé, ni même une source d'inspiration pour les autres. En effet, celui-ci ne répond pas tout à fait aux problématiques modernes associées à la notion. Les difficultés sont systémiques quand cette construction définit l'essentiel, de bonne façon à vrai dire. En outre, ce qui peut faire défaut dans la prise en charge quotidienne n'est pas dans l'aspect réglementaire, mais plutôt dans ce qui fait le soin, et la manière dont il peut être exercé. Le levier de progression n'est pas à identifier dans les modalités d'accueil, mais dans la façon d'accueillir.

436. Contrat d'hospitalisation et de soins : outil limité. En dépit de sa reconnaissance et de sa nette protection par l'ordre juridique, il semble évident que le contrat d'hospitalisation et de soins ne peut en réalité pas grand-chose face aux difficultés actuelles. Par essence limité, celui-ci ne se veut être qu'un outil ne tenant pas véritablement compte de la prise en charge dans sa globalité, ou plutôt dans ses particularismes.

437. Surtout, il convient de ne pas exagérer son rôle et son importance , celui-ci ne concernant que les aspects purement accessoires de la relation de soins au sein d'un établissement privé[987]. En ce sens, Domitille DUVAL-ARNOULD précise que « *les effets spécifiques attachés aux contrats d'hospitalisation et de soins se sont trouvés progressivement atténués par l'affirmation aux autres L. 1110-1 et suivants du code de la santé publique, essentiellement issus de la loi*

---

postales (Art. R. 1112-53 du code de la santé publique), téléphoniques (Art. R. 1112-54 du code de la santé publique) et télévisuelles (Art. R. 1112-55 du code de la santé publique).

[986] En effet, les dispositions de cette sous-section ont été codifié par le décret n° 2003-462 du 27 mai 2003 et n'ont donc pas fait l'objet d'une quelconque mise à jour depuis plus lors.

[987] Il convient de reprendre les propos de Marion GIRER, précédemment cités, qui retiennent notamment que la nature contractuelle de la relation entre l'établissement et le patient n'a d'intérêt que pour les aspects purement matériels de cette dernière. **M. GIRER**, « *Les patients pris en charge par les établissements de santé privés* », *op. cit.*

4 mars 2002, de droits spécifiques du patient opposables aux établissements de santé comme à l'ensemble des professionnels de santé, quel que soit le cadre des soins »[988]. Dès lors, il semble que celui-ci se voit relégué à une place secondaire face aux problématiques identifiées[989]. Il n'a pas vocation à être utile en la matière et se veut être un outil adapté pour encadrer ce pourquoi il a été défini, à savoir les contours de la relation de soins, et non le contenu.

438. De manière générale, il semble qu'un socle minimal d'obligations en matière d'accueil patient soit défini par le code de la santé publique[990], et ceci de manière satisfaisante. En effet, sont notamment prévues la communication des informations médicales et les modalités associées[991], les possibilités d'expressions des patients à travers la commission des usagers[992], la prise en charge de la douleur des patients et les soins palliatifs[993], la participation des bénévoles[994]. Plus globalement, à titre d'énonciation principale, la législation rappelle que « *la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé* »[995], sans toutefois prendre le temps d'expliciter davantage les modalités de réalisation de cet objectif, le texte posant simplement l'obligation d'une évaluation de la satisfaction des usagers.

439. Ainsi, en s'en tenant aux prérequis, le régime pose ce qui est important, en laissant une marge de manœuvre aux établissements de santé pour agir. Les éléments essentiels se trouvent surtout au sein des droits des patients, mais également dans ce qui fait le soin, à

---

988 **D. DUVAL-ARNOULD**, Droit de la santé 2019/2020, *op. cit.*, p. 154.

989 Voir aussi : **M. GIRER**, Contribution à une analyse rénovée de la relation de soins, LEH Édition, Collection Thèses, Vol. 18, Bordeaux, 2011.

990 Art. L. 1112-1 à L. 1112-6 du code de la santé publique.

991 Art. L. 1112-1 du code de la santé publique.

992 Art. L. 1112-3 du code de la santé publique.

993 Art. L. 1112-4 du code de la santé publique.

994 Art. L. 1112-5 du code de la santé publique.

995 Art. L. 1112-2 du code de la santé publique.

savoir ce que l'on appelle parfois le « *care* »[996]. Finalement, Didier VINOT résume assez bien la situation vécue et constatée : « *la parcellisation des prises en charge des patients, ou sa réduction à la réalisation du geste technique, à la résolution de la maladie sans prise en compte du malade, conduisent à des dérives de l'action thérapeutique, qui, pour avoir gagné en technicité dans la réparation des corps, a perdu dans le traitement des sujets* »[997].

440. Discussion autour des justifications liées au défaut d'organisation. Il semble que le défaut d'organisation des structures puisse trouver une source dans l'exigence de rapidité impulser par la politique de santé publique. Ceci devenant finalement contraire aux objectifs d'efficacité et d'efficience. En effet, la multiplication des tâches attendues accompagnées de la hausse de la technicité entraine mécaniquement une croissance des risques tant d'erreurs professionnelles que de glissements de tâche[998]. Cette dernière hypothèse se justifie également par le manque de coordination entre les professions. Plus encore, le relationnel s'estompe, et peu à peu, du fait de cette politique, disparait, faute de temps. A ce sujet, François VIALLA retient notamment que « *le dialogue disparaîtrait, victime d'une distanciation et d'une occultation des liens unissant les acteurs de la relation de soins, dans une ère de médecine d'équipement et de technique* »[999].

---

[996] Notions qui semblent d'ailleurs toucher la quasi-totalité des secteurs d'activité, voire des thématiques générales. Ceci permettant sans doute d'affirmer que la quête de sens vécue par le domaine médical est partagée d'un point de vue sociétale, le questionnement quant aux raisons de nos actions se voulant grandissant. Pour des exemples d'études pluridisciplinaires : **E. PETIT**, L'économie du care. Presses Universitaires de France, 2013 ; **F. BRUGERE**, L'éthique du care. Presses Universitaires de France, 2011, 128 pages ; **D. CAPREZ, P. COURREGES**. Performance - Bienveillance. Osez le Care-isme !, EMS Editions, 2021 ; **S. BOURGAULT, S. CLOUTIER, S. GAUDET (Dir.)**, Éthiques de l'hospitalité, du don et du care, actualités, regards croisés, Presses de l'Université d'Ottawa, 2020.

[997] **D. VINOT**, « *Les « valeurs » du management en santé : quels fondements pour une éthique des comportements organisationnels ?* », in : **E. MARTINENT, M. STANTON-JEAN, M.-F. MAMZER (Dir.)**, Réflexion et recherches en éthique. Mélanges en l'honneur du Professeur Christian Hervé, Dalloz, Thèmes & Commentaires, 2018, p. 166.

[998] Classiquement, à propos de la réalisation d'une anesthésie générale par une seule infirmière aide anesthésiste sans prévenir l'anesthésiste : CE. 19 février 1986, Époux Auger Caisse de mutualité sociale agricole du Loiret, req. N° 44470 et 44784, publié au Lebon. Ceci valant également pour le dépassement de fonction d'un interne : CE. 6 novembre 2013, CH de Rouvray, req. N°352043, publié au Lebon.

[999] **F. VIALLA**, « *La faute d'humanisme* », *op. cit.*

441. Par suite, Jean-Philippe PIERRON complète bien ce propos en expliquant que « *l'élection mutuelle soignant/soigné ne fait donc pas le tout de la relation soignante. Celle-ci est rencontre d'une confiance qui s'en remet à une compétence, étant finalisée, non par le souci d'une bonne relation, mais par le travail thérapeutique. Ainsi, le système de soin modélisera temporairement le malade comme un objet de soins sous le paradigme biologique, là où la relation de soins l'envisage comme un sujet de soins, avec ses droits et son histoire, sous le paradigme biographique (…). Il faut rappeler ces évidences en ces temps où l'activité soignante se technologise, envahie par une rationalité instrumentale avide de procédures et d'évaluations, assumées hier par des traditions professionnelles* »[1000].

442. L'impossible revalorisation autonome de la fonction d'accueil. Pour autant, il serait illusoire d'envisager une revalorisation autonome de la fonction d'accueil. Pour une raison simple : une affirmation n'aurait valeur que de vitrine et deviendrait plutôt incantatoire[1001]. Les enjeux aujourd'hui sont bien plus larges, multifactorielles et invitent indubitablement le juriste à faire preuve de modestie quant au rôle qu'il peut jouer dans l'amélioration de la fonction d'accueil. En effet, alors que les dispositifs produits paraissent satisfaisants, il n'en reste pas moins que la prise en charge du patient, aujourd'hui, est défaillante à bien des égards. Dès lors, et puisqu'un régime juridique échappe à son auteur dès sa mise en place pour ne vivre qu'à travers l'application qui en est faite, il semble qu'il faille opter pour des modifications, certes d'ampleur, mais qui vont par voie de conséquence avoir une résonnance sur la fonction d'accueil. Il est donc nécessaire de revoir le travail à tous les niveaux de la structure.

[1000] **J.-P. PIERRON**, « *Le geste soignant* », Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin. Presses Universitaires de France, 2010, pp. 17-48.

[1001] « *Paradoxe de cet optimisme affiché sur la société postindustrielle, où, au moment où se raréfié l'action, les discours sur les acteurs se multiplient dans un recours incantatoire. Mais cette crise de l'action est accompagnée également d'une crise du travail, tant sur le plan de l'identité professionnelle que dans l'activisme par le travail. Dès lors le faire se substitue à l'agir, l'action devient strictement instrumentale : il faut atteindre ses objectifs sans même ne plus penser à les redéfinir, le risque se limitant confortablement au choix des moyens, situation fragile de micro-actions juxtaposées auxquelles se heurte une pratique d'ensemble en quête de sens. La pratique médicale, et le lieu dominant de son exercice, l'hôpital, n'ont pas échappée à cette décomposition des savoirs et de l'action* ». **D. VINOT**, « *Les « valeurs » du management en santé : quels fondements pour une éthique des comportements organisationnels ?* », in : *op. cit.*, p. 166.

443. S'agissant de l'évolution fonctionnelle, menée par la politique de santé publique, la définition des professions de santé peut être orientée dès la formation des futurs personnels. Par suite, la définition de la démarche qualité, déjà active sur le sujet, peut accentuer le contrôle de cette dimension au quotidien. Enfin, l'adaptation du cadre économique à cette nouvelle réalité permet vraisemblablement, non seulement d'intéresser tous les acteurs, mais également de poursuivre la démarche contractuelle amorcée et efficace.

B. Pour une revalorisation de l'accompagnement au sein de la prise en charge

444. Réadaptation nécessaire aux types de séjours. Tout d'abord, la question de la réadaptation nécessaire de l'accueil aux types de séjours doit être envisagée. En outre, plusieurs catégories de prise en charge, découlant finalement du progrès technique, nécessitent un encadrement[1002]. Ces nouvelles catégories présentent un point commun évident, mais insuffisamment pris en compte dans l'évolution amorcée par les établissements de santé, la demande de temps. Ces dernières demandent un investissement particulier s'agissant de l'accompagnement. Alors que les structures s'orientent depuis plus d'un siècle vers un fonctionnement technicisé, celles-ci font face à diverses difficultés.

445. En outre, Gilles POUTOUT précise que « *les établissements de santé évoluent selon un schéma fondé sur le développement combiné de ressources « high-tech » : tel type d'acte est possible parce que l'environnement humain et technique le permet ; inversement, le niveau du plateau médico-technique attire les nouvelles compétences et les nouvelles techniques. L'évolution de la médecine de ville va dans le même sens*

[1002] Encadrement allant sans doute jusqu'à revaloriser l'éthique antique. A ce titre, Jérôme BÉRANGER précise que « *face aux enjeux moraux que constituent la relation médecin/patient et le progrès scientifique, l'éthique antique est maintenant plébiscitée « sur le tard » (…). Mais dire l'éthique, c'est aussi désigner quelque chose qui est devenu omniprésent et triomphant. Le serment d'Hippocrate est l'impérissable modèle d'une forme alors nouvelle d'encadrement du savoir-faire qui, tout à la fois, accrédite ce savoir-faire, l'organise et le fait exister pleinement en tant que profession : à l'origine, « professer » signifie « prêter serment ». La lecture des différents écrits du corpus hippocratique montre bien qu'il existe une sagesse pratique du médecin grec, avec, d'une part, la capacité de délibération éthique, bien sûr, d'autre part le respect de la morale qui vaut pour tout patient et tout citoyen, et qui revêt une importance plus grande encore pour celui qui a en charge la santé et la vie des autres hommes. Ces textes antiques d'éthique médicale assurent bien la continuité de l'éthique depuis Hippocrate jusqu'à aujourd'hui. Quelle que soit l'approche retenue, l'éthique semble bien s'être imposée comme un lieu de débats sur les valeurs fondamentales remises en question dans le contexte de la modernité* ». **J. BÉRANGER**, « *L'éthique d'Hippocrate au chevet de la médecine contemporaine* », Gestions Hospitalières, n° 532, Janvier 2014, p. 15.

: la place des spécialistes ne cesse de s'accroître au détriment des généralistes. En contrepoint, le besoin de prise en charge globale du patient n'en est que plus prégnant, surtout lorsqu'il faut combiner médical, médico-social, social, voire au-delà (habitat, environnement personnel, etc.). Le vieillissement de la population, la part croissante des pathologies chroniques et de longue durée, la demande sociale font aujourd'hui de la coordination au long cours une nécessité historique »[1003].

446. En effet, face à l'exigence inflationniste du nombre d'usager reçu, il semble que les établissements ne sont pas forcément préparés à cette nouvelle dimension. Ainsi, le prolongement de la vie implique par effet de levier la multiplication des cas de figure où l'usager exige un accompagnement, peut-être davantage que le soin. Tout d'abord, la question du grand âge est mise en lumière. Le vieillissement du patient demande nécessairement une technicité afin de s'adapter aux capacités de ce dernier[1004]. A ce titre, Farida ARHAB-GIRARDIN retient que « *l'avancée dans l'âge est considérée comme une source de vulnérabilité[1005] en raison de l'affaiblissement physique et psychologique qu'elle provoque. Le vieillissement engendre en effet une diminution des facultés cérébrales et psychiques qui s'accentue avec le grand âge (…). Même sans protection juridique, la personne âgée doit pouvoir bénéficier de dispositifs lui garantissant les moyens d'exercer ses droits et libertés (…). Il importe aujourd'hui de s'adapter à la diversité des situations de vieillesse et de réaffirmer les droits des personnes âgées particulièrement en matière de recueil du consentement aux soins, problématique cruciale parce qu'elle met en jeu les droits fondamentaux de la personne tel le respect de l'intégrité physique et de la dignité de la personne* »[1006].

447. Autre problématique, les maladies chroniques[1007]. Ici, l'adaptation est différente mais demande une recette finalement assez similaire. En outre, ces pathologies demandent un

---

[1003] **G. POUTOUT**, « *Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens* », Sociologies pratiques, vol. 11, no. 2, 2005, pp. 33-54.

[1004] **J.-P. GRIDEL**, « *La sénescence mentale et le droit* », Lextenso, Gazette du Palais, n°81, 22 mars 2001, p. 4

[1005] Sur la notion de vulnérabilité en Droit : **J. DUGNE**, La vulnérabilité de la personne majeure. Essai en droit privé, Dalloz, Nouvelle Bibliothèque de Thèses, 2022.

[1006] **F. ARHAB-GIRARDIN**, « *L'aide à la décision médicale de la personne âgée vulnérable* », Dalloz, RDSS, 2018, p. 779.

[1007] Plusieurs définitions de la maladie chronique pourraient être envisagées, notamment celle adoptée par le Ministère de la santé et de la prévention, qui la qualifie de « *maladie de longue durée, évolutive, avec un*

accompagnement quasi-perpétuel, du fait de l'absence de guérison[1008]. Comme l'expliquent Dominique LHUILIER et Anne-Marie WASER, « *pour les personnes atteintes de maladies chroniques, l'horizon n'est pas la guérison mais la viabilité d'une vie, dans la conscience de la fragilité. La vie est modifiée par l'événement qu'est la maladie et qui implique une vie autre, marquée dans la plupart des cas par des ruptures biographiques, par la labilité des états psychiques et somatiques, par une précarité vitale et sociale. Ces ruptures sont plus complexes à établir pour les personnes concernées par une maladie chronique acquise à la naissance ou encore celles pour qui les maladies sont dites « silencieuses » car s'installant de façon quasi imperceptible du fait du vieillissement ou d'une usure prématurée* »[1009].

448. En ce sens, la dimension relationnelle prend ici une importance considérable, largement comparable à l'acte lui-même. Le patient, amené à fréquenter régulièrement les structures de santé[1010], ne doit pas vivre une sécheresse relationnelle. Cette dernière n'est

---

retentissement sur la vie quotidienne », qui « *peut générer des incapacités, voire des complications graves* ». Url : https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/#:~:text=Une%20maladie%20chronique%20est%20une,incapacit%C3%A9s%2C%20voire%20des%20complications%20graves. Consulté le 22/07/2022. En retenant une approche synthétique, il a pu être retenu que « *le choix de la définition de la maladie chronique dépend du point de vue et de l'objectif d'utilisation du terme. Ainsi, si le professionnel de santé et l'usager vont souvent préférer une approche par pathologie et par les caractéristiques étiologiques des maladies chroniques, le décideur, le payeur et le financeur vont probablement opter pour une approche différente, qui permettrait d'apporter des réponses aux besoins du plus grand nombre d'individus concernés, en abordant la problématique sous un angle transversal et singulier. Nous proposons ici une définition de la maladie chronique utile en termes de santé publique* ». **N. AGRINIER, A.-C. RAT**, « *Quelles définitions pour la maladie chronique ?* », ADSP, n°72, Septembre 2010, p. 12.

[1008] Le rapport des Sages en 2013 présentait la situation suivante : « *Les progrès thérapeutiques sont suffisants pour que la personne malade ne meure pas mais souvent insuffisants pour qu'elle guérisse. Les exemples abondent : diabète insulinodépendant, sida, greffés d'organe. Les conditions du progrès médical et le vieillissement de la population font des maladies chroniques l'un des principaux défis de l'avenir. La maladie chronique introduit deux changements fondamentaux dont il faut tenir compte dans l'organisation du système pour améliorer son fonctionnement : la dépense devient plus prévisible que dans le seul contexte de maladies aigües, notamment de maladies infectieuses à caractère épidémique, et la fonction médicale se modifie. La guérison n'apparait plus comme le seul objectif, la qualité de l'accompagnement devant contribuer à la préservation de la qualité de vie de la personne* ». **A. CORDIER (Prés.)**, Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des « sages », juin 2013, p. 51. Voir également : **A. CORDIER**, « *Sortir de l'incantation ?* », Les Tribunes de la santé, vol. 67, no. 1, 2021, pp. 111-121.

[1009] **D. LHUILIER, A.-M. WASER**. « *Vivre avec une maladie chronique* », in : **D. LHUILIER, A.-M. WASER (Dir.)**, Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique. Érès, 2016, pp. 23-101.

[1010] Sur l'exemple du cancer : « *il n'y a pas un traitement mais des traitements, fonction essentiellement de l'état du patient, de la gravité exprimée en stade, du type de cellules, des organes touchés, et de son seuil de tolérance aux effets secondaires. Si,*

bien sûr pas voulue par l'équipe soignante elle-même, bien que ce type de pathologie ait pu demander une adaptation aux praticiens[1011], mais peut se trouver imposée par les différentes exigences véhiculées par les politiques de santé publique. Le cas du handicap peut bien évidemment être assimilé à cette situation[1012].

449. Plus globalement, et au-delà des présentations particulières de certaines catégories de pathologies, il convient de surtout de retenir que l'une des principales exigences restent que l'accompagnement devienne un acte technique au même titre que l'acte thérapeutique lui-même[1013]. Sans doute même que ce temps soit reconnu comme relevant de la

---

comme pour d'autres maladies chroniques, il s'agit de traitements de longue durée, leur intensité et leur variabilité sont ici des caractéristiques majeures. Le temps des traitements est découpé en une succession d'interventions (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, reconstruction, stomie), des étapes marquées encore par la succession des examens de contrôle pour mesurer l'efficacité des traitements, conduire à d'éventuels réajustements, et pour détecter des récidives. Cette temporalité spécifique est faite d'une suite de temps morcelés, de séquences successives qui constituent « un cursus de soin » singulier, fait d'ajustements multiples et d'incertitudes renouvelées ». **D. LHUILIER, A.-M. WASER**. « *Vivre avec une maladie chronique* », in : *op. cit.*

[1011] Les exemples seraient légions, mais il est possible d'en retenir un en particulier. En effet, Gérard PONSOT a pu procéder à un retour d'expérience à propos de son vécu dans la prise en charge d'enfants souffrant de maladies chroniques. Il revient notamment sur l'importance à accorder à la relation médecin-parents, et le temps d'adaptation qui s'est avéré nécessaire pour lui : « *Je me rendais compte à la fin de certaines consultations que j'avais « raté la rencontre » avec les parents, et ceux-ci repartaient plus « désemparés » qu'avant de venir. Je me souviens qu'au début, j'acceptais mal qu'ils mettent en doute le bienfait de tel ou tel soin, ou qu'ils demandent de faire une pause, devant la grande fatigue de leur enfant, dans la réalisation des examens complémentaires (…). Finalement j'acceptais mal que les parents connaissent leur enfant mieux que moi dans bien des domaines et demandent à participer aux soins de leur enfant. J'ai mis du temps à comprendre l'importance de la relation de confiance médecin/parents qui, pour s'établir, exige non seulement que le médecin soit compétent dans l'affection de l'enfant mais qu'il voie derrière ce corps à soigner qu'il y a une « personne » et une « famille »* ». **G. PONSOT**, « *Les enfants polyhandicapés : du « il n'y a rien à faire » à « il y a toujours quelque chose à faire » Pour le médecin, un long cheminement* », in : **É. ZUCMAN (éd.)**, Prendre soin de ceux qui ne guériront pas. La médecine questionnée par l'incurabilité et la fin de vie. Érès, 2016, pp. 227-255.

[1012] **V. MEYER**, Communication organisationnelle et prise en charge du handicap mental, LEH Édition, Libre propos, Bordeaux, 2013.

[1013] De manière parallèle, et s'agissant de la notion d'empathie assimilable à une compétence à part entière, Dominique ARSÈNE retient que l'on « *peut donc définir cette empathie clinique comme une action raisonnée, une démarche active pour reconnaître l'état émotionnel d'autrui, se mettre en phase avec ce même état, sans pour autant se l'approprier. Il ne s'agit pas d'une démarche purement émotionnelle, emprunte d'un sentimentalisme de circonstance : on est bien là dans le cadre d'une empathie clinique, professionnelle, cognitive et agissante. Il ne s'agit pas de sympathie : la sympathie n'a rien à voir et n'a rien à faire dans le cadre du soin. Elle apporterait un risque de sur-identification au patient et une déviation de l'analyse menaçant l'objectivité de la perception et de l'action (…). L'empathie clinique permet beaucoup mieux que le détachement de comprendre ce que le patient ressent vraiment et quelle approche utiliser pour l'aider : il s'agit d'une approche*

thérapeutique. Il ne s'agit bien sûr pas de dire que les soignants n'accompagnent plus leurs patients. Mais force est de constater qu'aujourd'hui cette dimension n'est plus, ou ne peut plus être prioritaire, alors même que son importance devient capitale[1014].

450. Réadaptation des pratiques ? Pour autant, il serait illusoire de considérer qu'une simple affirmation de l'importance de l'accompagnement aurait une quelconque utilité pratique. Sans doute cela s'avèrerait bénéfique d'un point de vue symbolique. Les grands principes liés au soin et les nombreux droits des patients reconnus au fil du temps mettent très bien en valeur ces considérations, en témoignent notamment l'exigence du suivi d'une formation spécifique en matière de handicap[1015], ou encore sur l'accompagnement, notamment par des bénévoles, de la fin de vie du malade[1016]. Ce propos prend sans doute encore davantage de vigueur dans le champ du médico-social[1017]. En réalité, il serait plus judicieux d'opter pour une évolution des pratiques. La politique de santé publique, comme elle a pu, et peut encore véhiculer des valeurs orientant vers la maximisation puis la

---

professionnelle de la sphère personnelle du patient, celle qu'il ne livre pas facilement et derrière laquelle parfois il cache ou falsifie ses symptômes, en maniant le déni de la maladie et les ambiguïtés qui l'assaillent. Et comment comprendre avec raison la maladie si l'approche des symptômes est incomplète ou fausse ? » **D. ARSÈNE**, « *L'empathie dans le soin procède-t-elle de la raison ?* », *op. cit.*

1014 « *Alors, devant la dérive industrielle de l'organisation hospitalière rendue en partie nécessaire par les exigences successives de qualité et de sécurité des soins comme devant la médicalisation de la vie qui en majore les effets, il est désormais nécessaire que soit pensé le soin et ses entours, attention, écoute, disponibilité, empathie, accompagnement… toutes modalités de nature à garantie le maintien de son humanité* ». **E. VILLARD**, *Essai sur l'ambivalence de l'institution hospitalière à l'aube du 21ème siècle entre humanisme et principes de réalité*, Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. J. PAGES et soutenue le 14 décembre 2009 au sein de l'Université de Montpellier, p. 720.

1015 Art. L. 1110-1-1 du code de la santé publique. La formation spécifique devant notamment prévoir les « *connaissances relatives* » à « *l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées* ».

1016 Art. L. 1110-11 du code de la santé publique.

1017 L'article L. 311-3 3° du code de l'action sociale et des familles prévoit notamment que sont assurés à l'usager : « *une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché* ».

rationalisation du soin à travers ses principes, pourrait opérer le choix de décider d'accorder au temps toute sa place dans le soin. La question de la méthodologie se pose alors.

451. Il peut être envisagé de réadapter les pratiques. Afin notamment de mettre l'accompagnement au centre de ces dernières, voire même, pourquoi pas, d'opter pour des spécialités. Cela étant, ce choix pourrait ne pas s'avérer des plus judicieux. Tout d'abord, parce qu'il risque d'être perçu comme remettant, une fois de plus, le travail soignant en cause. La place du langage vis-à-vis des professionnels est importante et doit être prise en considération[1018]. Surtout, il semble que cette pratique est non seulement prise en compte par les équipes, mais aussi réalisée au quotidien. Celle-ci se trouve plutôt parasitée par d'autres activités, au point que le temps ne puisse plus être pris.

452. **Valorisation des pratiques.** Plus adaptée donc, il serait nécessaire d'opter pour une valorisation des pratiques. Plutôt que de l'imposer, l'objectif serait de mettre l'accompagnement en valeur, d'en exposer l'importance mais aussi et surtout les vertus. Précisément, « *la notion de performance rimera plus avec celle d'accompagnement qu'avec celle de rapidité de l'action* »[1019]. Parce qu'elle est indispensable, elle doit être réhabilitée, afin de revoir la prise en charge autour du temps à accorder au patient[1020]. Pour cela, il convient vraisemblablement de revoir l'intégralité de la façon de la déployer. Notamment à travers

---

[1018] Le constat a également pu être dressé dans le secteur social, à travers la remise en cause permanente de la nature de leur activité, y compris dans son encadrement. En ce sens : « *Quel est globalement le discours entendu sur le secteur social depuis quelques années ? Celui de « combattre la maltraitance », de développer de la « bienveillance » et de compter les usagers, compter le temps, compter l'argent. En définitive, le message reçu est trop souvent perçu comme un signe de méfiance vis-à-vis d'un secteur social de plus en plus sollicité face à des personnes de plus en plus nombreuses en difficulté et comme un ordre à contrôler là où on nous annonçait une évaluation, à formaliser et à normaliser là où les acteurs ont le souci de mettre en évidence les améliorations nécessaires, mais aussi les initiatives de nouvelles réponses* ». **J. BRIENS, P. DELOR**, « *Avant-propos* », in : **V. MEYER (Dir.)**, 2002-2012 : Performance, sens et usure, *op. cit.*, p. 9.

[1019] Avis du Comité éthique de la FHF, « *Est-il possible de concilier éthique et performance en santé ?* », 31 octobre 2019, p. 16.

[1020] En ce sens, la FHF retient notamment que « *le rapport au temps va être primordial dans la définition de la performance. Le temps des soignants a tendance aujourd'hui à ne plus croiser celui des malades. Il faudra demain que ces temps se rencontrent à nouveau. La personne malade devra être accompagnée dans son cheminement par rapport aux bouleversements que la maladie ou le handicap engendrent, afin de pouvoir réellement exercer son autonomie ; corrélativement le temps soignant devra intégrer la disponibilité à autrui, l'adaptation au rythme de la personne malade…* ». *Ibid.* p. 16.

la démarche qualité, mais également la dimension économique, permettant à n'en pas douter de concerner l'intégralité des acteurs. Car en l'état, il n'est pas interdit de penser que l'absence d'importance accordée au temps[1021] est une source du défaut d'organisation parfois considéré comme structurel au sein des établissements de santé.

453. Accompagnement, défaut d'organisation et perte de sens. Comme évoqué précédemment, le défaut d'organisation se trouve souvent généré par les attentes liées à la politique de santé publique. Dans cette construction, l'accompagnement peut, entre autres, s'apparenter à une construction industrielle ou la prise en charge fonctionnerait comme les rouages d'une usine. En conséquence, les notions de continuité et de pluridisciplinarité prennent, là-encore, une importance considérable. Surtout, les pouvoirs publics, à travers le cadre juridique, doivent intervenir, afin de créer une situation de sécurité. En effet, il semble que l'exigence de performance mène à créer un climat d'insécurité juridique et place le personnel soignant dans un cadre professionnel inadapté pour ne pas dire dangereux sur le plan de la responsabilité. Il n'est donc pas étonnant qu'il devienne de plus en plus difficile de fédérer, de susciter des vocations, et plus grave encore, de conserver les équipes existantes. La pandémie de Covid-19 en constitue un exemple éloquent.

454. Transition. Au-delà du caractère accessoire que l'accueil patient semble désormais revêtir, la question de l'adaptation fonctionnelle doit être envisagée. En effet, celle-ci devrait revaloriser bon nombre de dimension, afin notamment de perfectionner la relation soignant-soigné.

[1021] Il est notamment envisageable, d'un strict point de vue de ressources humaines, d'opérer un parallèle avec la gestion des temps, et notamment la coordination des temps dits « *médicaux* » et « *non-médicaux* » : « *la coordination des temps revêt plusieurs objectifs : améliorer la qualité des soins tout en favorisant de bonnes conditions de travail. Elle permet de réduire les temps d'attente du patient et les décisions le concernant, ce qui fluidifie ainsi son parcours de soins. De même, la synchronisation des interventions des professionnels de santé améliore la communication et la qualité des transmissions au sein des équipes de soins* ». **C. GIAMBRUNO, E. JUAN, E. PAUL**, « *La coordination des temps médicaux et non-médicaux* », Gestions Hospitalières, n° 553, Février 2016, p. 119.

Section 2 : Vicissitudes associées à une prise en charge industrialisée

455. La mise en place d'une prise en charge industrialisée a incontestablement été source de nombreux bienfaits. Ainsi, elle a autorisé une meilleure construction des professions de santé, plus précise, plus adaptée aux réalités actuelles du soin. Pour autant, et au regard des difficultés précédemment abordées, il est nécessaire de revoir cette construction (§1), afin de l'orienter autour des attentes nouvelles et pourtant classiques accordées à la prise en charge, à savoir étendre cette dernière autant que nécessaire pour le patient (§2).

456. Concernant ce dernier justement, il s'agit en premier lieu de l'informer de manière réaliste des attendues actuelles. Ensuite, il semble qu'il faille l'inclure davantage, peut-être en développant davantage la démarche qualité, en poussant à son paroxysme, et de manière pragmatique, le fonctionnement entrepreneurial des établissements.

§1. Évolution fonctionnelle inadaptée

457. Alors que l'évolution fonctionnelle est importante, elle demeure pourtant inadaptée. En effet, la technicisation des professions (A) et la relation soignant-soigné (B) paraissent toutes deux perfectibles.

A. Technicisation perfectible des professions

458. **Pour une meilleure définition des métiers.** Il convient de retenir que la démarche de définir avec précision les différents métiers associés à la santé constitue un indéniable marqueur de performance[1022]. Pour autant, il serait candide de ne pas y percevoir un certain nombre de limite que le Droit, par essence, peinera toujours à envisager. Ce qui ne signifie pourtant pas qu'il est impossible de perfectionner ce système. Ceci passe par plusieurs étapes particulièrement importantes, aux perspectives d'actions variables.

[1022] Pour une approche historique de la protection judiciaire et de la construction des professions de santé sous l'Ancien Régime : **H. LEUWERS**, « *Construire la norme des métiers de santé au Parlement de Paris (xive-début du xvie siècle)* », Médiévales, 71 | 2016, pp. 137-158.

459. Pour une spécialisation maitrisée des professions. Ainsi, la spécialisation des métiers attachée à la santé provoque un certain nombre de difficultés difficilement appréhendées. À titre liminaire, il est nécessaire de revenir sur l'importance du « care », et sur les vocations du soin[1023]. En effet, l'amélioration du niveau technique pousse le professionnel dans une logique de performance potentiellement contraire à ses propres principes éthiques. Mais également à rechercher la seule guérison, par la maitrise de son geste, en délaissant d'autres dimensions du soin. Ainsi, « *régulièrement rappelé dans les référentiels, guides ou chartes, le respect des libertés et des droits de la personne est censé orienter aujourd'hui les éthiques de l'aide et du soin. En réalité, les professionnels sont parfois conduits à restreindre ces droits ou libertés, ce qui suscite des interrogations éthiques de divers ordres. Si ces pratiques sont en effet clairement condamnées lorsqu'elles relèvent de la pénurie de personnel, de la routine et plus encore de la malveillance, il est plus difficile de trancher lorsqu'elles sont motivées par l'impératif de protection de la personne ou par la recherche de sa sécurité ou de son intérêt* »[1024].

460. En ce sens, s'agissant de la fin de vie, Jean-François BLOCH-LAINÉ retient que « *tout ce siècle durant, la médecine française fut guérisseuse. Hors de la guérison, rien ne valait pour elle. C'est ainsi que nous avons oublié ce que signifie « prendre soin » et l'on découvrit le « keep care » des anglo-saxons, qu'on prit pour une invention de la pensée nouvelle en médecine ! (…) Si l'art médical s'interdit de chercher à vaincre la maladie et à faire reculer la mort prématurée, alors la science médicale cessera de progresser et se perdra dans médiocrité. Guérir doit rester la finalité première de tous ceux qui soignent les autres. Mais si l'on ne sait pas guérir, au moins doit-on savoir soigner, et si l'art médical s'autorise à ne plus savoir soigner les malades qu'il ne sait pas guérir, alors la science médicale cessera d'être digne et perdra son âme* »[1025].

[1023] Sur ces questions : **F. VIALLA**, « *« Salutat vos lucas medicus carissimus ». L'ambivalence des devoirs du médecin* », in : **B. PY, F. VIALLA, J. LEONHARD (coor.)**, Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau. Droit médical et éthique médicale : regards contemporains, *op. cit.*, pp. 209-226.

[1024] **L. VELPRY, P. A. VIDAL-NAQUET**, « *Dans l'ordinaire de l'aide et du soin : la prudence éthique* », Revue française d'éthique appliquée, vol. 7, no. 1, 2019, pp. 28-42.

[1025] **J.-F. BLOCH-LAINÉ**, « *Soins palliatifs, la double exigence* », ADSP, n°28, Septembre 1999, p. 1.

461. Ensuite, il s'agit de mettre en lumière cette technicisation des professions[1026]. Ces dernières s'inscrivent surtout dans la réalisation d'actes techniques particulièrement poussés, et justifiant une complexité accrue à s'inscrire dans une démarche de parcours de soins. En outre, au moment où le recours à cette dernière notion est largement plébiscité[1027], il peut paraitre surprenant de contester le bienfondé d'une surspécialisation. En ce sens, la mise en place de métiers sans cesse plus précis permettrait de mieux tenir compte de la réalité et de la complexité d'une prise en charge étendue.

462. Pour autant, il ne faut pas négliger le risque principal qui serait celui d'un agent qui, enfermé dans sa spécialité, ne parvienne plus véritablement à communiquer ni même à s'insérer dans une prise en charge globale. Surtout, il apparait également que la principale difficulté concerne essentiellement l'absence d'importance accordée à la pluridisciplinarité. A ce titre, l'effet pervers d'une surspécialisation est évident : créer une absence de lien et de liant entre les professionnels[1028]. Finalement, à force de construire des professions, on risque surtout de les séparer, au point qu'elles peinent à travailler ensemble.

[1026] **C. DURAND**, « *La communauté de valeurs : le cas de la profession infirmière* », Gestions Hospitalières, n° 492, janvier 2010, p. 19 ; **C. GILIOLI**, « *Un peu de raison dans la folle espérance* », Gestions Hospitalières, n° 508, septembre 2011, p. 431 ; **J.-A. SIMONNET, V. HAZEBROUCQ**, « *Les techniques médicales de pointe* », Gestions Hospitalières, n° 545, avril 2015, p. 234 ; **P. MONTALEMBERT**, « *La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade* », Gestions Hospitalières, n° 547, juillet 2015, p. 330 ; **A. GRASSET**, « *Professionnalisation des infirmières : où en est-on ?* », Gestions Hospitalières, n° 596, mai 2020, p. 310.

[1027] **B. APOLLIS**, « *Territorialisation des politiques de santé et structuration des parcours de santé* », LEH Édition, RDS, n°2, 2016, p. 65-72 ; **P. MARIN, J. RAIMONDEAU, G. HUTEAU, P. NATY-DAUFIN, P.-H. BRÉCHAT**, « *Chapitre 18. Enjeux pour le système de santé français : les évolutions et innovations de l'organisation* » in. **J. RAIMONDEAU et al.**, Manuel de santé publique, Presses de l'EHESP, Références Santé Social, 2020, pp. 513-542 ; **J. SAISON**, « *Le parcours du patient au cœur de l'évolution du système de santé* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 395 ; **M.-L. MOQUET-ANGER**, « *Parcours et droits du patient* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 435 ; **M. AISSOU, J.-P. DANOS, A. JOLIVET**, Structurer les parcours de soins et de santé. Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé, 2 éd., LEH Édition, Décideur Santé, Bordeaux, 2020, p. 56 ; **J. LACHMANN**, « *La réforme du parcours des soins* », Gestions Hospitalières, n°516, mai 2012, p. 280.

[1028] A ce titre : « *Par son histoire, l'hôpital représente un cas où la déclinaison de cette notion est particulièrement illustrative de notre problématique. L'activité de prise en charge s'y est profondément transformée ces dernières années, sous les impératifs économiques, l'innovation technologique et aussi la pression sociale. Un tel contexte suppose des adaptations au sein des unités de soins. Or, en comparaison, il est frappant de constater que les réponses organisationnelles nécessaires à cette évolution ne sont pas clairement dessinées, tant s'en faut. Les professionnels de soins ne sont pas, à de rares exceptions près, formés à la prise en compte de telles considérations. Ils restent avant tout des experts dont le principe d'excellence est celui de l'exécution des tâches élémentaires de soins. La division du travail se fait catégorie par catégorie. Les unités restent essentiellement cloisonnées* ». **E.**

463. Pour un meilleur usage de l'innovation technologique. S'il ne s'agit pas d'une solution miracle, la question de l'usage de l'innovation, technologique notamment, doit être abordée. En outre, la pandémie de Covid-19[1029] a pu exposer les vertus de l'utilisation de certains outils[1030], à l'image notamment de la téléconsultation pour les médecins[1031], ou encore la généralisation des consultations numériques, facilitant ainsi la communication entre les équipes. En effet, Pierre SIMON retient notamment que « *l'obligation de poursuivre les soins pendant les périodes de confinement a contribué à faire découvrir à un grand nombre de médecins cette nouvelle forme de pratique médicale à distance* »[1032]. Par suite, le recours à la téléexpertise[1033]

MINVIELLE, « *1. Gérer et comprendre l'organisation des soins hospitaliers* », in : **G. CRESSON (éd.)**, Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques. Presses de l'EHESP, 2000, pp. 115-131.

[1029] Sur ces questions : **F. BROUCAS**, « *Le développement de la médecine en distanciel* », in : **L. BLOCH (Dir.)**, Numérique et crise sanitaire, LEH Édition, Actes et séminaires, Bordeaux, 2021, pp. 11-16.

[1030] Le propos se justifie d'ailleurs au-delà de la seule et stricte question médicale. En effet, comme le retient notamment Lucie CLUZEL-MÉTAYER, « *la pandémie de Covid-19 a été un singulier accélérateur d'usages numériques : les échanges physiques étant proscrits, le télétravail a explosé, les téléconsultations médicales facilitées, le télépaiement ou encore les téléprocédures administratives, encouragées. Le numérique non seulement a permis d'assurer la continuité de la vie sociale, mais encore il a été largement mobilisé pour lutter activement contre la propagation du virus. Dans un contexte marqué par l'incertitude, si les experts scientifiques sont de plus en plus sollicités par les pouvoirs publics, les acteurs du numérique le sont également* ». **L. CLUZEL-MÉTAYER**, « *La datasurveillance de la Covid-19* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 918.

[1031] Bien qu'il faille quelque peu nuancer ce propos, tant de nombreux médecins ont pu, et peuvent encore se montrer rétifs à cette évolution. En ce sens, Pierre SIMON explique que « *les médecins qui refusaient cette nouvelle pratique médicale avant la crise sanitaire ont souvent été confortés dans cette position pendant le premier confinement* ». Les raisons qu'ils retiennent seraient nombreuses, en premier lieu « *on ne peut remplacer un médecin par un dispositif numérique* ». Par suite, « *la conviction profonde que la médecine ne peut se réaliser qu'en présence du patient et que l'examen physique est incontournable pour une démarche médicale de qualité, ce qui leur a manqué pendant la période du confinement* ». Il conclut finalement expliquant que « *les médecins qui attendaient ces pratiques innovantes sont moins nombreux, plus jeunes, plus « geek » et souvent habitués à travailler dans les services d'urgence hospitaliers où l'exercice de la médecine de soins primaires est de type « one shot », c'est-à-dire la réponse ponctuelle à une demande de soins sans connaissance préalable du dossier médical* ». **P. SIMON**, « *Pratiques de télésanté : quelles perspectives ?* », in : **J.-L. STANISLAS (Dir.)**, Innovation & management des structures de santé en France, LEH Édition, Ouvrages généraux, Bordeaux, 2022, p. 600.

[1032] **P. SIMON**, « *Pratiques de télésanté : quelles perspectives ?* », in : *op. cit.*, pp. 600-601.

[1033] Notion définie par Olivier RENAUDIE de la sorte : « *un médecin sollicite à distance l'avis d'un ou plusieurs confrères sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge d'un patient* ». Auraient également pu être envisagées d'autres pratiques telles que la « *télésurveillance à distance* », la « *téléassistance médicale* » ou encore la

s'est également démultiplié. Grâce à cette pratique, les professionnels ont désormais la possibilité d'obtenir divers avis de confrères ou autres praticiens afin de gagner en efficacité et en célérité. S'il est critiquable de constater qu'il ait été nécessaire d'attendre une crise sanitaire mondiale pour y parvenir, cette évolution n'en reste pas moins un succès certain qui mérite incontestablement d'être étendue, sous réserve d'une prise en compte renforcée des impératifs sanitaires découlant, par exemple, de la démarche qualité[1034].

464. Pourtant, le déploiement est loin d'être accompli, ou même satisfaisant, et la crise sanitaire ne doit pas faire oublier le relatif échec de l'élargissement du recours à la télémédecine[1035]. En ce sens, Nathalie SALLES et Lina WILLIATTE mettent en lumière, de manière chiffrée[1036], mais surtout de manière théorique : « *ce démarrage trop lent nécessite certainement de revoir notre copie. Le trop faible usage de cette pratique médicale à distance s'explique notamment par le besoin des acteurs de soin d'être accompagnés au changement et d'être formés. Nous supposons également que le modèle français ne répond pas suffisamment aux besoins des territoires « sous-denses », dans lesquels le parcours de soin coordonné peut s'avérer difficile à appliquer. Il est urgent que la télémédecine s'intègre pleinement dans les usages des professionnels de santé, et ce pour le bénéfice des patients !* »[1037].

« *réponse médicale* ». **O. RENAUDIE**, « *Télémédecine, télésanté, télésoins : des paroles aux actes* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 5

1034 A propos de la téléconsultation par exemple, Fabrice BROUCAS retient que « *la majorité des actes réalisés durant cette période l'ont été et le sont encore sans médiateur. Il n'y a donc pas, la plupart du temps, de recueil de données cliniques autres que celles fournies par l'interrogatoire. Si cela peut suffire dans le cadre de la prise en charge d'un patient par son médecin traitant, y compris dans certaine pathologie aiguë, il faut quand même s'interroger sur la qualité de la prise en charge dans ces conditions sauf à considérer que l'examen clinique est inutile* ». **F. BROUCAS**, « *Le développement de la médecine en distanciel* », in : *op. cit.*

1035 Comme le note Quentin BLUCHE, « *on lui promettait un avenir grandiose, le présentant comme un moyen de révolutionner le système de santé. Mais voilà, le numérique n'a toujours pas trouvé la parfaite harmonie avec ce système ; avec les systèmes de santé. Bien qu'indispensable aujourd'hui, il semblerait que, de par son utilisation relativement modérée et des problèmes éthiques qu'il génère, le numérique soit plus subi qu'apprécié* ». **Q. BLUCHE**, « *On se tient au jus !* », LEH Édition, RDS, n°87, Janvier 2019, pp. 9-10.

1036 Elles retenaient, en septembre 2019, que seulement 700 actes de téléconsultations étaient facturés par mois à l'assurance maladie. **N. SALLES, L. WILLIATTE**, « *La télémédecine* », ADSP, n°108, septembre 2019, p. 19

1037 *Ibid.*

465. Au-delà du seul aspect technologique, l'innovation managériale est également à réinventer. Le propos, largement commenté et faisant l'objet d'une multitude de propositions, consiste à retenir que la communication interne au sein des établissements de santé pourrait largement être optimisée. Par principe, la montée en performance et en technicité des structures a pu inévitablement générer quelques difficultés d'adaptation. Ces dernières viennent immanquablement compromettre la bonne exécution de la prise en charge au sein des établissements de santé.

466. En ce sens, Anne ALBERT-CROMARIAS et Catherine DOS SANTOS retiennent que « *dans un monde paradoxant appelant à une (re) construction de sens, l'élaboration de stratégies innovantes est admise comme un exercice particulièrement complexe, la concurrence rendant instable, voire même hostile, l'environnement. Cependant, dans une logique évolutionniste, l'établissement de santé ne peut échapper à la régulation de son champ organisationnel, pouvant parfois imiter (stratégies d'évitement qui sont rarement productives sur le long terme), mais le plus souvent contraint d'innover au risque de disparaître, et se doit donc de transformer ses pratiques managériales. En effet, la diversité des enjeux et attentes ne manque pas de multiplier, dans l'activité, des tensions contradictoires qui obligent les acteurs à effectuer un travail important de gestion des décalages entre le prescrit et le réel. Cette évolution rend plus que jamais sensible la question du management, et des pratiques innovantes, visant à arbitrer entre les objectifs et à construire des compromis* »[1038].

B. Relation soignant-soigné perfectible

467. **Pour une meilleure inclusion du patient au fonctionnement.** Par suite, l'autre aspect largement perfectible reste indéniablement l'inclusion du patient à ce fonctionnement[1039]. Non pas forcément pour retenir quelle profession il convient, ou non,

---

[1038] **A. ALBERT-CROMARIAS, C. DOS SANTOS**, « *Les paradoxes dans un établissement de santé : reconstruire du sens par l'innovation managériale* », Recherches en Sciences de Gestion, vol. 137, no. 2, 2020, pp. 39-62.

[1039] La pandémie de Covid-19 montre une fois de plus la fébrilité de l'importance de la place accordée au patient, *a fortiori* dans une situation de crise où il devient tentant de réduire ce dernier à sa pathologie : « *la crise a révélé la relative faible valeur accordée à la présence des proches au côté du patient car, au lieu de raisonner « bénéfices/risques » et de trouver des solutions équilibrées, seuls les risques ont orienté les décisions, conduisant à un empilement de restrictions. Elle a également mis en évidence à quel point la médecine du corps est capable d'éclipser celle de l'esprit. Il a*

de mettre en place. Cela n'est pas son rôle. Pour autant, une meilleure écoute de ses besoins entraînerait assurément une précision plus appropriée au réalité actuelle du soin[1040], en tenant compte des propos précédents, à savoir l'importance croissante du besoin d'accompagnement.

468. Pour une meilleure écoute de ses besoins. Une meilleure écoute de ses besoins est indispensable. Aujourd'hui, le patient parait être limité à un rôle constitutif[1041] sur les composantes de la prise en charge, tel que les potentielles erreurs d'intervention ou encore la qualité des prestations hôtelières. Ceci le place dans une situation paradoxale. Cela ne tient pas véritablement compte des nécessités réelles de l'usager qui a alors le sentiment de ne pas être suffisamment écouté. En cela, il détient l'impression de n'être qu'un client[1042] à qui on ne peut accorder l'écoute et le temps dont il a besoin[1043].

---

fallu des semaines pour faire entendre que les patients ne se réduisent pas à des corps malades mais sont au centre de relations affectives et sociales indispensables à leur bien-être mais aussi à leur rétablissement. Il faudra se souvenir que nous avons sans doute laissé les décideurs de la santé un peu trop seuls face à des questions dont les composantes sociétales et éthiques justifiaient d'élargir le débat à la société civile ». **A. KOUEVI**, « *Si proches et pourtant si loin !* », Gestions hospitalières, n°606, mai 2021, pp. 286-289.

[1040] En témoigne notamment l'une des motivations de l'émergence de la démocratie sanitaire, à savoir le renforcement de l'individu dans un climat de défiance politique : « *La Démocratie sanitaire s'inscrit dans un mouvement hybride lié à l'émergence de l'individu et des associations de patients comme acteur/partenaire et ce dans un paysage politique et social fragilisé par la crise de confiance envers les institutions et leurs représentants dans un contexte de contraintes économiques croissantes* ». **F. EISINGER**, « *Accès aux soins, que pourrait apporter la démocratie sanitaire ?* », Après-demain, vol. 42, nf, no. 2, 2017, pp. 36-38.

[1041] En dépit, pourtant, d'un réel effort objectif, tant au niveau du nombre de représentants des usagers, que du nombre de lieux d'expression de ces derniers au sein des établissements de santé. Sur ces questions : **G. ROUSSET**, « *La représentation des usagers depuis la loi du 4 mars 2002. Un dispositif en construction permanente* », LEH Édition, RGDM, n°82, Mars 2022, pp. 107-121.

[1042] Parfois même réduit à un simple numéro de chambre.

[1043] A ce titre, Marie-Laure MOQUET-ANGER retient que « *les progrès scientifiques, reculant l'âge de la mort et permettant de vivre plus longtemps en meilleure condition, ont considérablement modifié le rapport des individus à la santé, de plus en plus consommateurs de soins, mieux informés et plus exigeants quant à leur prise en charge* ». **M.-L. MOQUET-ANGER**, « *Intérêt général et droit de la santé publique* », in : **A. CARTIER-BRESSON, M. COLLET, C.-A. DUBRUEIL, T. LARZUL, A. VAN LANG, C. VAUTROT-SCHWARZ**, L'intérêt général. Mélanges en l'honneur de Didier TRUCHET, Dalloz, Études, mélanges, travaux, Juin 2015, pp. 393-394.

469. Ce constat mène également à la seconde difficulté, liée donc à la première, à savoir le comportement clientéliste du patient[1044]. Il semble que ce dernier est, peu à peu, devenu acteur de sa santé, et se trouve être davantage inclus dans le système[1045]. Son comportement, en conséquence a pu évoluer[1046]. Les médecins, eux-mêmes, reconnaissent ce phénomène : « *le patient, sujet « passif » de cette relation, devient de plus en plus acteur de sa propre santé, ce qui résulte notamment de la volonté du législateur, mais aussi du développement dans le public des connaissances médicales (Internet), de la création d'associations de malades et leur regroupement en un « collectif », de la croissance du risque de responsabilité... Depuis la loi du 4 mars 2002, le patient est réellement mis dans une situation où on le responsabilise : il devient non plus un sujet mais un véritable acteur de sa santé. Lui ont en effet été consacrés des droits fondamentaux, (…). Le patient accepte donc l'acte médical, en théorie, en toute connaissance des conséquences possibles de l'acte le concernant* »[1047]. Ceci mettant lourdement en difficulté les établissements de santé et compromettant assurément la mission des

---

[1044] **J.-M. CLÉMENT**, « *Le consumérisme médical : de l'usager au consommateur de soins* », in : **B. PY, F. VIALLA, J. LEONHARD (Dir.)**, Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau, Tome 1, LEH Édition, Collection Mélanges, Bordeaux, 2015, p. 349 : « *pouvait-on éviter le consumérisme sanitaire ? Si on peut l'étudier, le regretter ou le contraindre, on ne peut l'empêcher eu égard à l'évolution des techniques médicales, dont chacun peut bénéficier, et de la protection sociale* ». Voir également : **A. LAUDE**, « *Le consommateur de soins* », Dalloz, Recueil Dalloz, 2000 pp. 415-419 ; **M. BOUTEILLE-BRIGANT**, « *L'évolution consumériste de la notion d'acte médical* », Lexis Nexis, La Semaine Juridique, Édition Entreprise, supplément du 8 février 2001, Droit des entreprises de santé, pp. 17-20 ; **G. MÉMETEAU**, « *Le patient consommateur et le professionnel de santé* », Lextenso Édition, Les Petites Affiches, n°243, 2002, pp. 52-61 ; **M.-L. MOQUET-ANGER**, « *Le malade à l'hôpital public : client, usager et/ou citoyen ?* », LEH Éditions, RGDM, n°12, 2004, pp. 43-51 ; **G. ROUSSET,** *L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé*, Thèse de doctorat en Droit soutenue à l'université Jean-Moulin Lyon 3 le 25 octobre 2007, LEH Édition, Collection thèse, Vol. 21, Bordeaux, 2011.

[1045] **A. LAUDE**, « *Le patient, nouvel acteur de santé ?* », Dalloz, Recueil Dalloz, 2007, pp. 1151-1155 ; **M. GIRER**, « *La responsabilité du patient en sa qualité d'assuré social. Un concept vertueux ?* », LEH Édition, RGDM, Vol. 39, 2011, pp. 1-51 ; **M. GIRER**, « *Les droits des patients : les enjeux d'une autonomie affirmée. Commentaire* », Sciences sociales et santé, vol. 32, no. 1, 2014, pp. 29-37.

[1046] **V. SIRANYAN, G. LEGAL**, « *La transparence et la participation des destinataires à la décision* », LEH Éditions, RGDM, n°51, 2014, p. 70 : « *Si l'adoption de la loi du 4 mars 2002 marque la fin du paternalisme médical vers la reconnaissance de l'autonomie des malades, l'avènement de la démocratie sanitaire puis de la société de l'information a de manière concomitante transformé l'attitude des patients, qui tendent à se comporter comme des consommateurs de soins ou traitements* ».

[1047] **C. SIRET (Dir.)**, « *La loi Kouchner, 20 après* », Étude menée par la Commission des relations avec les associations de patients et d'usagers (CORAP), Section Éthique et Déontologie, Février 2022, p. 7.

professionnelles[1048]. Les attentes sont croissantes et dépassent parfois les possibilités qui paraissent illimitées à leurs yeux.

470. Pour autant, les usagers ont parfaitement conscience des difficultés qu'ont les professionnels à exercer leurs fonctions et respectent profondément leur champ d'action. En témoigne notamment leur popularité indéfectible. Mais pour autant, ce comportement clientéliste questionne par rapport aux propos précédents. Si le rôle du soignant est respecté par l'usager, la hausse des attentes et des réclamations formulées à l'attention des établissements de santé va inévitablement remettre en question la pertinence des actions réalisées au titre de ce même rôle[1049].

471. Rééquilibrer la place de la dimension technique dans la relation[1050]. Finalement, la critique finale et globale qui peut être adressée à cette construction réside

---

[1048] A ce titre, le rapport précédent pointe notamment l'impact pour les médecins : « *Ce « rééquilibrage » de la relation médecin-patient a pu être perçu par certains comme un renversement de situation, et qualifié de « consumérisme médical ». Du fait notamment de l'apparition d'Internet et de sites dédiés à la santé, de médias de plus en plus spécialisés en la matière et accessibles au public, du fait donc d'une information plus largement diffusée - mais de fiabilité parfois douteuse - les patients qui se rendent chez leur médecin ne sont bien souvent plus en situation de requête à son égard. Ils ont pu se croire détenteurs de la connaissance de leur diagnostic, et pourquoi pas même de leur traitement, parce qu'ils peuvent désormais, par leurs propres moyens, prendre connaissance d'informations qui pour eux étaient autrefois parfaitement inaccessibles. Mais il ne faut pas s'y tromper, et Internet peut en cela présenter des effets pervers : ce n'est pas parce que l'information est plus accessible qu'elle est mieux comprise par les patients, étrangers à la phraséologie médicale, qui peuvent parfois s'affoler à la lecture trop rapide d'une information alarmiste, sans avoir consulté l'interlocuteur qu'ils doivent pourtant privilégier, le médecin, parce que rien ne saurait remplacer l'établissement « physique » d'un diagnostic* ». **C. SIRET (Dir.)**, « *La loi Kouchner, 20 après* », *op. cit.*, p. 7

[1049] Par extension, il serait également possible d'envisager la question de la « *médecine de convenance* ». A ce titre, Sophie PARICARD traite notamment de « *la médecine traditionnelle* » qui « *est fondée sur le besoin, la nécessité* » et de « *la médecine de convenance qui « est une médecine fondée sur le désir* ». Elle envisage en outre à ce propos « *une médecine soumise au seul consentement de la personne* ». **S. PARICARD**, « *La médecine saisie par la convenance personnelle* », in : **B. PY, F. VIALLA, J. LEONHARD (Dir.)**, Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau, Tome 2, LEH Éditions, Collection Mélanges, Bordeaux, 2015, pp. 25-45.

[1050] A ce titre, Adrien NIETO retient notamment que « *la dimension éthique de la relation de soins est éclatante. Elle nécessite un engagement qui ne peut se borner à la réalisation unique d'actes médicaux et professionnels. Si cette technicité est indispensable à la réalisation de l'objectif de la relation de soins, l'humanité impose à ses acteurs de ne pas la réduire à cela, afin d'en faire une expérience réciproque. En pratique, cette relation se révèle être remarquablement sensible, de sorte que le professionnel se doit de jauger sa juste intervention – médicale et extra-médicale - afin d'éviter un comportement qui pourrait être perçu comme une ingérence intrusive et absolue* ». **A. NIETO**, *La vie privée à l'épreuve de la relation de soins*, Thèse

bien dans la place démesurée qui a pu être accordée à la dimension technique eu sein de la relation de soins. En effet, à mesure que les professions ont été technicisées, la difficulté à coopérer s'est exacerbée, si bien que la dimension humaine du soin s'est sans doute vue diminuée. En ce sens, comme l'explique Didier VINOT, *« à partir du moment où le savoir a investi la technique, l'hôpital n'échappant pas à ce mouvement, on constate un clivage entre des personnels qui se trouvent rattachés au plateau technique de l'hôpital, et qui s'exonèrent du patient pour se focaliser sur le traitement des pathologies, et les personnels associés au nursing, à l'hôtellerie, et au nettoyage, aux techniques limitées, et dont la relation continue avec le patient est la gestion de la douleur et de l'angoisse. La crise hospitalière est plus une crise attachée à la rencontre ago-antagoniste de ces postures dans le processus de production et des rationalités associées, à leur chevauchement causé par une contrainte externe plus pressante* »[1051].

472. Surtout, face à cette surspécialisation, le travail quotidien du professionnel de santé s'est vu limité, quand l'orientation du patient au sein de la structure s'est complexifiée. En ce sens, François DANET, après avoir relevé la croissance des métiers de santé et des spécialités du fait de l'augmentation des connaissances et outils disponibles[1052], explique que la « *division en spécialités médicales exige d'une part des médecins hospitaliers qu'ils soient spécialistes, c'est-à-dire référencés à un organe (foie, rein, nerfs, os, peau, etc.) ou à une fonction vitale (enfanter, marcher, grandir, dormir, etc.), et d'autre part des malades qu'ils présentent une monopathologie aisément classable selon la nosologie médicale* »[1053].

---

de doctorat en Droit rédigée sous la direction du Pr. François VIALLA et soutenue le 20 novembre 2017 au sein de l'Université de Montpellier, p. 292.

[1051] **D. VINOT**, « *Les « valeurs » du management en santé : quels fondements pour une éthique des comportements organisationnels ?* », in : **E. MARTINENT, M. STANTON-JEAN, M.-F. MAMZER (Dir.)**, Réflexion et recherches en éthique. Mélanges en l'honneur du Professeur Christian Hervé, Dalloz, Thèmes & Commentaires, 2018, p. 172.

[1052] « *L'explosion des connaissances et des outils médicaux a conduit à une segmentation des structures hospitalières et à une double division du travail : la première, purement médicale, a vu sextupler le nombre de spécialités ces cinquante dernières années, et la seconde a vu apparaître plus d'une centaine de métiers de la santé qui participent à la prise en charge des patients* ». **F. DANET**, « *La greffe de la médecine d'urgence sur l'hôpital* », La médecine d'urgence. Vers de nouvelles formes de travail médical. Érès, 2008, pp. 13-39.

[1053] **F. DANET**, « *La greffe de la médecine d'urgence sur l'hôpital* », *op. cit.*

473. Autre effet pervers, l'usager, observant la multiplication du champ des possibles[1054] et l'industrialisation des établissements de santé, a eu le sentiment d'un droit à la guérison[1055], l'autorisant à avoir des exigences vraisemblablement démesurées[1056], tout en ayant la perception de ne pas être suffisamment pris en compte dans une relation de soins où il accepte pourtant son infériorité en termes de compétences[1057]. Pour y remédier, il convient sans doute de maitriser cette standardisation afin de penser la construction des professions de manière systémique, et donc imbriquée. Finalement, comme l'explique Adrien NIETO, « *la relation de soins ne laisse jamais indemne, qu'il s'agisse du patient ou du*

1054 « *De merveilleux progrès techniques ont permis à la médecine et à la chirurgie contemporaines de réaliser, chaque jour et à toute heure, des exploits qui confinent à ce que l'on avait coutume de nommer « miracles ». La médecine, que l'on dit de performance, sauve des vies et invite chacun de nous à lui demander, en secret, un peu d'immortalité. C'est ainsi que nous croyons volontiers que nous en remettre à des savants guérisseurs suffira à retarder à l'infini l'heure de notre mort* ». **J.-F. BLOCH-LAINÉ**, « *Soins palliatifs, la double exigence* », *op. cit.*

1055 A ce sujet, Jean-Philippe PIERRON retient l'éventualité d'une dérive judiciarisée. En outre il explique que « *l'usage individualiste du droit encourage l'illusion d'un droit à la guérison et à une obligation de résultats, recherchant la faute là où il n'y a parfois « que » l'erreur* ». **J.-P. PIERRON**, « *Le geste soignant* », in : Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin. Presses Universitaires de France, 2010, pp. 17-48.

1056 Bien qu'il soit quelque peu injuste de lui faire subir le poids d'une critique qu'il convient en réalité d'adresser au système de santé, profondément générateur de cet état de fait. En ce sens, Jean-Philippe PIERRON retient notamment que « *la notion d'offre hospitalière, la charte du patient et le droit du malade font du malade un usager, pas nécessairement un client ! Le malade y figure en tant que personne juridique, sujet de droit. Le patient a des droits et des devoirs. La guérison l'emporte sur le salut jusque dans l'illusion d'un droit à la santé, ou d'un droit à ne pas souffrir confondu avec la lutte antidouleur. Cela est le fait d'un achèvement de la sécularisation en une sécularisation des mœurs, affectant les conduites à l'hôpital* ». **J.-P. PIERRON**, « *Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins* », Sciences sociales et santé, vol. 25, no. 2, 2007, pp. 43-66.

1057 « *La relation de soins est traditionnellement caractérisée par l'asymétrie. Si nous en faisons une brève phénoménologie, au premier regard se donnent à voir des disproportions : l'un est en général debout, l'autre allongé ou assis ; l'un vêtu d'une blouse blanche au titre de sa fonction, l'autre en pyjama ou dénudé, signe de sa vulnérabilité… Ces disproportions touchent au savoir, au savoir-faire et au pouvoir. L'un dispose en effet d'un savoir que l'autre n'a pas : savoir constitué à la fois de connaissances théoriques générales et d'une évaluation de la situation (de ses causes et de ses évolutions possibles, de la temporalité, même si elle est pour une grande part indéterminée, imprévisible) (…). Certes, ce pouvoir et ces figures de l'asymétrie ne sont pas nécessairement des figures de la domination, dans la mesure où elles ne reposent pas sur la contrainte, et où l'assentiment du patient est requis. La première responsabilité du soignant est en effet de faire usage des connaissances et des compétences dont il tire son pouvoir en vue du bien de l'autre, et avec son accord. Il s'agit de les mettre en œuvre au profit du malade. Néanmoins, une violence symbolique se donne à voir dans la disproportion* ». **A. ZIELINSKI**, « *La vulnérabilité dans la relation de soins. « Fonds commun d'humanité »* », Cahiers philosophiques, vol. 125, no. 2, 2011, pp. 89-106.

professionnel de santé, qui doit être capable de l'éprouver et de l'assumer, face aux attentes parfois sans commune mesure du patient »[1058].

474. Transition. En définitive, face à ces éléments, il convient de réorienter cette évolution fonctionnelle, en repensant la prise en charge dans une logique de continuité. Plus encore, une comparaison avec des secteurs voisins, le médico-social notamment, présente un fort intérêt.

§2. Évolution fonctionnelle à réorienter

475. En conséquence, il convient de réorienter cette évolution fonctionnelle, en repensant la prise en charge autour d'une logique de continuité (A). Pour cela, une comparaison avec des secteurs voisins (B), et notamment le médico-social, sera appropriée.

A. Repenser la prise en charge dans une logique de continuité

476. Réalisation de ces objectifs par une amélioration des formations. La maitrise de la standardisation doit inévitablement passer par une amélioration des formations de santé. Non pas que le contenu d'un point de vue technique ne soit ni pertinent ni satisfaisant[1059]. Mais bien parce qu'elles peuvent malgré tout être perfectionnées, à travers une prise en compte croissante des notions de coopération ou de transversalité. Afin d'obtenir une relation de soins continue, inscrite dans un parcours, et où le temps tient son rôle, il est manifestement indispensable d'opérer une démarche systémique. Ceci afin de favoriser le lien entre les professionnels, le tout au bénéfice de l'usager.

[1058] **A. NIETO**, *La vie privée à l'épreuve de la relation de soins*, Thèse de doctorat en Droit rédigée sous la direction du Pr. François VIALLA et soutenue le 20 novembre 2017 au sein de l'Université de Montpellier, p. 292.

[1059] La visée de ces formations se limitent souvent à cette seule dimension technique. A ce titre, François VIALLA retient, « *au risque de la provocation, que les soignants d'aujourd'hui, s'ils maîtrisent parfaitement la science qui est la leur, pèchent parfois par manque d'humanité. Nous ne saurions faire grief de cet état aux jeunes générations de soignants, car, somme toute, on ne sait que ce que l'on vous apprend* ». **F. VIALLA**, « *La faute d'humanisme* », *op. cit.*

477. Formations orientées vers la coopération. Ainsi, il convient d'orienter les formations vers la coopération. Coopération au sens professionnel du terme. Il parait dès lors nécessaire de mettre en lumière les difficultés communes des services, afin que chacun des membres du personnel puisse se comprendre et s'entraider[1060]. A ce titre, plusieurs éléments peuvent être envisagés, avec au premier plan une place accordée à la transversalité. Mais surtout, la liaison des professions permettrait immanquablement de définir un système où les métiers seraient liés les uns aux autres. Afin de limiter le sentiment de cloisonnement.

478. En ce sens, il semble que les pouvoirs publics ont tenu compte de cette attente et ont, au moins, pour objectif de remédier à cette difficulté en liant les professions dès la formation. L'universitarisation des formations en santé[1061] est un premier pas[1062]. Ainsi, ces derniers visent à « *repenser l'interprofessionnalité* », et retiennent que « *la qualité de notre système de santé, confronté au triple défi du vieillissement, du développement des maladies chroniques et de la persistance d'inégalités sociales et territoriales de santé inacceptables, repose de façon majeure sur la coopération entre les différents professionnels, au service du patient. La coordination ne s'invente pas le lendemain de l'obtention*

[1060] Il semble que la crise de la Covid-19 a permis de mettre en lumière l'intérêt du travail interprofessionnel. En ce sens, « *il s'est mis en place une analyse dans l'après coup pour tenter de formaliser les leçons de l'expérience. Cet épisode a permis de mettre à plat les connaissances, mais aussi de les partager avec d'autres professionnels, de s'apporter mutuellement, de s'appuyer les uns sur les autres. L'impression d'en ressortir grandi viendrait de la possibilité d'avoir pu partager des compétences, d'avoir appris les uns des autres dans une démarche que l'on pourrait considérer comme transdisciplinaires. Il s'est échangé non seulement des savoir-faire et des vécus, mais il aura été également possible d'entendre dans le savoir des autres des aspects qui pouvaient interagir entre les savoirs. Il ressort de ces aspects de reconstruction de son identité psychique, des regards rétroactivement positifs sur la crise* ». **M. SELLAM**, « *Le corps médical et la pandémie. Entre épreuve psychique et remaniement professionnel* », in : **L. BERGUGNAT (éd.)**, *op. cit.*, pp. 130-147.

[1061] **P. ALLAL, J. DEBEAUPUIS, S. ELSHOUD, A. ESSID, F. THOMAS**, Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de santé, Rapport IGAS, Juin 2017.

[1062] Voir en ce sens : **S. LE BOULER**, Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation, Mission universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique, Rapport à Madame la ministre des Solidarités et de la Santé et à Madame la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Février 2018.

du diplôme. Les compétences qu'elle nécessite doivent être incluses au cœur même des formations, qui doivent faire une part à des modules interprofessionnels »[1063].

479. Formations orientées vers la transversalité. Tout d'abord, il est indispensable d'orienter les formations vers la transversalité. Là-encore, il serait injuste de ne pas mentionner l'existent. Ainsi, les formations paramédicales sont souvent liées, avec l'exemple des infirmiers diplômés d'État et des aides-soignants, les premiers étant très souvent, de par la construction de leur formation, amenés à exercer cette mission au sein des structures avant leur prise de poste réelle. La transversalité[1064] ici s'inscrit davantage dans l'inculcation d'une culture de coopération permanente dans les services[1065]. Le but serait aussi de favoriser les évolutions de carrière, de sorte que les services puissent communiquer, et ainsi opter pour un fonctionnement plus fluide au quotidien.

480. Penser la construction des formations de manière imbriquée. Il semble pertinent d'effectuer une construction des formations de manière imbriquée. A ce titre, la pluridisciplinarité doit devenir la norme[1066] et en ce sens, le Droit peut, à travers la politique de santé publique, opérer des changements particulièrement nécessaires. Les exemples de vertus de cette évolution seraient nombreux. Anne-Paule DUARTE retient notamment que « *pour s'adapter aux enjeux de la prévention, il faut renforcer les compétences des divers acteurs aux questions de prévention et d'éducation à la santé, en identifiant les bonnes pratiques (pratiques cliniques préventives), et innover en mutualisant les expériences des territoires et pays étrangers. Il est nécessaire de*

[1063] **S. LE BOULER (Dir.)**, L'universitarisation des formations en santé, Dossier de presse, Mars 2018, p. 10. Pour y parvenir, il faudrait notamment « *favoriser la transversalité par une nouvelle approche des maquettes de formation* », de « *rapprocher les cursus paramédicaux et universitaires* » et de « *bâtir les métiers intermédiaires* ».

[1064] Voir en ce sens la compétence 9 « *Organiser et coordonner des interventions soignantes* » liée à l'UE 3.3.S3 « *Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité* », prévue par le diplôme d'État infirmier.

[1065] Là-encore l'universitarisation a des vertus. En effet, comme l'explique Frédéric DARDEL, « *avoir un lien avec l'université est effectivement une garantie de qualité. Cette réforme permet par ailleurs d'avoir une vision globale des formations en santé et donc des mutualisations possibles* ». **F. DARDEL**, « *La parole de l'expert n'est plus reconnue* », Les Tribunes de la santé, vol. 51, no. 2, 2016, pp. 99-104.

[1066] Pour un exemple des vertus de l'universitarisation, en matière d'interprofessionnalité, à travers la mise en place d'une licence « sciences du soin » : « *Universitarisation des formations des auxiliaires médicaux en Normandie Occidentale : retour d'expérience* », Management & Avenir Santé, vol. 8, no. 1, 2021, pp. 127-141.

faire évoluer la formation des professions de santé pour mieux répondre à l'évolution des besoins avec des gains de santé pour tous. Les liens entre les équipes de recherche universitaires et les établissements de santé ou structures d'exercice coordonné restent à développer »[1067].

481. Dans la construction des diplômes, la culture des services devrait être mise en valeur, ceci afin d'exposer la réalité du fonctionnement hospitalier actuel. En effet, il apparait, à la lecture des textes, que les professions de santé sont certes richement définies, mais chacune à leur échelon propre et à leur niveau. En conséquence, il existe un fort esprit de corps entre chacune de ces fonctions[1068]. Ce qui, en soit, est très positif.

482. Mais cela n'est pas sans présenter certaines limites. Le développement d'une logique de corps au sein des professions de santé n'incite pas véritablement à la pluridisciplinarité. En conséquence, il devient difficile de prendre connaissance des réalités de chacun des collègues composant le service. Justement, « *cette professionnalisation de la santé et du médico-social, et l'autonomisation des professions qu'elle préfigure, génère ainsi le risque d'un repli des professions sur elles-mêmes. Or une prise en charge globale du patient nécessite une approche coopérative de l'intervention professionnelle intégrant la perspective du patient qui implique qu'on se penche sur la finalité du soin* »[1069].

[1067] **A.-P. DUARTE**, « *La formation en prévention : besoins et réalités* », ADSP, n°103, Juin 2018, p. 52.

[1068] Sans doute cela justifie également par le fait que le Droit les considère probablement comme une institution à part entière. A propos de l'institution médicale, Alexandre JAUNAIT tient les propos suivants : « *Nous entendons le terme d'institution comme « … un groupement social légitimé ». Mais une institution peut aussi représenter les habitudes et les mœurs sédimentées de certains groupes, les « … manières de faire, de sentir et de penser, « cristallisées », à peu près constantes, contraignantes et distinctives d'un certain groupe donné ». Dans le cadre de la profession médicale, nous ajouterons une dimension supplémentaire, celle de la reconnaissance juridique d'une activité et de l'ensemble des pratiques qu'elle détermine et dont la régulation est confiée à une instance particulière. De ce point de vue, s'il existe des institutions médicales spécifiques (l'Ordre des médecins, l'hôpital), on peut également considérer que la profession tout entière est une institution, en particulier lorsqu'elle est représentée en tant que telle par une instance dotée de pouvoirs juridiques et juridictionnels* ». **A. JAUNAIT**, Comment pense l'institution médicale ? Une analyse des codes français de déontologie médicale, Dalloz, Nouvelle bibliothèque de thèses, 2005, p. 27.

[1069] **G. AIGUIER, J.-P. COBBAUT**, « *Chapitre 1. Le tournant pragmatique de l'éthique en santé : enjeux et perspectives pour la formation* », Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, vol. 27, no. 1-2, 2016, pp. 17-40.

483. Pourtant, ce besoin de communication entre les équipes est absolument prépondérant. Par suite, cette construction n'est pas forcément conforme avec les attendus, tant de la population que du Droit, où une logique de parcours de soins[1070] semble peu à peu se faire jour[1071]. L'idée d'un parcours implique mécaniquement la fluidité et la continuité. A ce titre, un fonctionnement industriel n'a rien de saugrenue… à charge d'en préparer les professionnels. Ce qui ne semble pas tout à fait être le cas aujourd'hui.

484. Pour y remédier, il n'est absolument pas nécessaire ni souhaitable de remettre en cause cette séparation des professions. Chacune d'elles présente des spécificités et des particularismes qui méritent d'être mis en valeur. Cette construction reste un immanquable vecteur de performance. Pour autant, il pourrait être pertinent de poursuivre dans la voie empruntée par le Ségur de la santé, s'agissant des établissements publics de santé, de revalorisation des services[1072]. Poursuivre mais surtout aller au-delà. En effet, cette organisation interne au sein des structures de soins constitue la réalité du travail hospitalier. A ce titre, inculquer cette culture dès la formation permettrait de pouvoir mieux appréhender le fonctionnement interne, et les véritables missions de chacun des membres de cette entité.

[1070] La notion fait désormais partie intégrante de la politique de santé qu'envisagée par le code de la santé publique à l'article L. 1411-1. En effet, celui-ci précise que la politique de santé doit définir les parcours de soins, et que ceux-ci « *visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale* ».

[1071] Voir en ce sens, **M. BORGETTO**, « *Le parcours du patient* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 393 : « *Si elle est d'apparition relativement récente car elle ne remonte au plus qu'à 20 ou 30 ans, la notion de parcours tend aujourd'hui à envahir non seulement le champ du droit de la santé mais aussi d'autres champs ; si l'on en doutait, il suffirait d'ouvrir le code de l'action sociale et des familles, lequel évoque - recension non exhaustive - le « parcours de soins des personnes âgées », le « parcours de santé des résidents » des EHPAD, le « parcours des personnes ou familles » bénéficiant d'un hébergement social, etc. ; ou encore le code du travail, lequel mentionne par exemple le « parcours contractualisé d'accompagnement vers l'emploi et l'autonomie » en direction de certains jeunes en difficultés ou le « parcours emploi compétences » en direction des personnes éloignées du marché du travail. En dépit de leur diversité, tous ces parcours ont en commun une même idée : pour répondre aux besoins de chacun, il convient de mettre en œuvre à la fois un accompagnement autant que possible personnalisé ou individualisé et un suivi régulier de la situation de la personne concernée aussi longtemps que cette situation l'exige* ».

[1072] Pour rappel, la mesure 18 au sein des conclusions du Ségur de la santé prévoit notamment de « *réhabiliter le rôle et la place du service au sein de l'hôpital pour mettre fin aux excès de la loi HPST* ».

485. Préparation du soignant au volet communication. Par suite, il serait pertinent d'accentuer l'attention à accorder au comportement du patient. Non pas forcément dans le contenu propre de sa relation de soins. Mais plutôt dans la perception que ce dernier a de l'établissement de santé et de son fonctionnement, voire même de sa finalité[1073]. Ainsi, il n'est pas interdit de penser que les professionnels de santé doivent être mieux préparés à une double dimension. Cette dernière est composée tout à la fois d'un comportement clientéliste[1074], mais également d'une position de vulnérabilité.

486. Cette position est à la fois vécue et subie par l'usager. Elle demande du temps, de la pédagogie et de la présence[1075]. Le lien avec les recommandations de bonnes pratiques de la HAS au sujet de la délivrance de l'information est évident. Ainsi, il est exprimé que « *la délivrance de l'information requiert du tact, du temps et de la disponibilité, ainsi qu'un environnement adapté. Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes de la personne* »[1076]. Ceci s'articule assez mal avec un fonctionnement rationalisé, industrialisé mais

---

[1073] Certains discours montrent parfois la difficulté et le désarroi face à certaines situations et incompréhensions des patients. Pour un retour d'expérience en réanimation : « *Tout le monde sait et admet que l'on puisse mourir d'un cancer, d'une « crise cardiaque », d'un accident de la route. Je me souviens par contre du désarroi total, bien compréhensible, d'un jeune papa dont l'épouse, quelques semaines après avoir donné naissance à leur premier enfant, est arrivée en état dramatique dans mon service, victime d'une infection pulmonaire foudroyante qui l'emporta malgré tous nos efforts et la mise en place de tout l'arsenal de cette discipline de « réanimation » : antibiotiques les plus puissants, respirateur artificiel, rein artificiel, médicaments pour soutenir le cœur défaillant, etc. Ce jeune père manifesta son incrédulité devant le fait que l'on puisse « encore de nos jours » mourir d'une infection. La réanimation peut être vue comme un paradigme du progrès médical : elle engendre des situations complexes et imprévues du fait de ses progrès* ». L'auteur retient par ailleurs qu'il aurait sans doute été pertinent de parler de médecine intensive plutôt que de réanimation. **D. DREYFUSS**, « *Malaise dans la réanimation : progrès médical et tensions éthiques* », **R. FRYDMAN, M. FILS-TREVES (éd.)**, L'intranquillité. Déni ou réalité ? Presses Universitaires de France, 2017, pp. 83-95.

[1074] Visant l'accueil le plus approprié possible, où la place accordée à l'échec et à l'absence de contentement se veut de moins en moins permise.

[1075] Alors que justement, comme le retient la FHF, « *la performance est ce qui conduit la personne malade à se sentir écoutée, entendue, comprise, reconnue en tant que sujet et respectée dans sa vulnérabilité, dans ses limites. La performance est ce qui n'impose pas mais permet au malade, s'il le souhaite et s'il le peut, d'être l'acteur de sa santé* ». Avis du Comité éthique de la FHF, « *Est-il possible de concilier éthique et performance en santé ?* », 31 octobre 2019, p. 19.

[1076] HAS, Recommandation de bonnes pratiques, Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, mai 2012, p. 7.

également maximisé[1077]. Si la double-dimension évoquée peut paraitre composée de perceptions contradictoires, celles-ci nécessitent un comportement adapté et complémentaire en réponse. Ainsi, il devient primordial de préparer les soignants à une attitude compréhensive et rationnelle[1078]. Plus encore, il conviendra sans doute d'inclure davantage le patient dans la décision, ou plutôt dans l'explication[1079]. Ceci peut notamment se matérialiser à travers le rôle des associations d'usagers[1080].

487. Accorder à l'accueil une place dans la prise en charge. Finalement, l'ensemble du propos vise à promouvoir la nécessité d'accorder à l'accueil la place qu'elle nécessite

---

[1077] Alors même que cette dimension paraît, classiquement, indispensable. Ainsi, « *il n'est nullement vrai que l'entrée, même volontaire du malade à l'hôpital ou dans une clinique, implique nécessairement l'acceptation, faite par avance, des traitements que les médecins de cet établissement jugeront bon de lui faire subir, ni que l'anesthésie consentie comporte d'avance le consentement à une opération quelconque* ». **R. SAVATIER, J. SAVATIER, J.-B. AUBY, H. PÉQUIGNOT**, Traité de droit médical, Librairies techniques, n°252, 1956, p. 230.

[1078] Voir notamment la compétence 6 « *Identifier les éléments permettant de communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins* » liée à l'UE 4.2 « *Soins relationnels* » prévue par le diplôme d'État infirmier.

[1079] Précisément, la Conférence Nationale de Santé recommande récemment une implication supérieure des outils de démocratie sanitaire. Ceci valant tant dans les consultations ou dans les sollicitations, avec des cas de figure de saisine automatique de la CNS à toutes les étapes de la gestion d'une crise sanitaire. Elle recommande également une déclinaison de cette logique au niveau régional à travers les CRSA, voire dans les structures avec les représentants des usagers. Par suite, elle retient qu'au-delà « *des revendications appelant à mobiliser davantage la démocratie en santé en période de crise sanitaire, se sont exprimés des souhaits d'un renforcement général de la démocratie en santé sur l'ensemble des territoires* ». Enfin, elle précise qu'en « *ce qui concerne les établissements de santé et les ESSMS, y compris les SIAD et les SAAD, il convient de redonner la parole aux instances représentatives des usagers et des personnes accompagnées (CDU et CVS) qui ne demandent qu'à venir en aide aux directions de ces établissements pour en revenir à un mode de fonctionnement habituel tout en tenant compte des enseignements de cette crise (…). Il lui est aussi demandé d'établir en lien avec les associations en proximité, les collectivités et les structures adéquates, le diagnostic des conséquences sociales et sanitaires de l'épidémie afin de proposer des solutions adaptées. La CNS préconise également de reconnaître les associations de représentants d'usagers, de leur redonner la parole et de dialoguer avec elles en les considérant comme de véritables partenaires. Il est primordial de toujours penser à associer les organes et instances des organismes (si besoin par conférence téléphonique/visioconférence) comme le comité éthique, s'il existe, et la commission des usagers (CDU)* ». Conférence Nationale des Usagers, Les droits des usagers en santé à l'épreuve de la démocratie sanitaire de la Covid-19, Rapport adopté le 25 juin 2021, pp. 53-57.

[1080] **H. VAN DEN BRINK**, « *Quelle place pour les représentants de malades usagers dans la refonte du système de santé en France ?* », in : **C. DUSSART, M.-A. NGO, V. SIRANYAN, P. SOMMER (Dir.)**, De la démocratie sanitaire à la démocratie en santé, Volume 2, L'optimisation des parcours de vie, de santé et de soins des personnes en situation de handicap pour une meilleure autonomie au quotidien, LEH Éditions, Actes et séminaires, Bordeaux, 2019, p. 22.

dans la prise en charge globale de l'usager. Pour y parvenir, il convient d'adapter la construction des professions vers davantage de pluridisciplinarité, de coopération entre professionnel, non pas seulement d'une même profession, mais bien à l'échelle d'un service. En revalorisant la place de ce dernier, dans une logique qui a déjà été amorcée, il deviendra réellement envisageable de déployer une construction orientée vers le parcours de soins.

488. Bien qu'il ne faille pas se laisser bercer d'illusion en pensant qu'une simple adaptation des formations seraient suffisantes. En effet, s'agissant des kinésithérapeutes, alors que l'universitarisation « *fut accueillie favorablement et a déclenché un certain enthousiasme chez les professionnels, malgré plus de dix années de travaux préparatoires* »[1081], il semble « *cependant, tout n'est pas réglé, semble-t-il, puisque se pose le problème d'une évolution des pratiques, en particulier à l'hôpital, mais aussi dans l'exercice libéral, sous la forme d'une concrétisation de nouveaux débouchés. Elle n'est donc pas un aboutissement, mais bien le début d'une longue conquête* »[1082].

B. Comparaison avec des secteurs voisins

489. Comparaison avec le secteur médico-social. Afin d'envisager une refonte des pratiques autour de la notion d'accompagnement, il peut paraitre intéressant d'étudier des secteurs voisins, pour qui cette activité constitue la majeure partie de leur cœur de métier[1083]. A ce titre, l'étude des établissements médico-sociaux[1084] est toute indiquée. Ceci n'a pas

---

[1081] De plus les auteurs ajoutent que « *mieux, elle a fait dire qu'elle reposait sur l'acquisition de compétences, tout en répondant aux besoins explicites de la population et qu'elle rejoignait la physiothérapie internationale* ». **R. REMONDIERE, M.-P. DURAFOURG**. « *Regards sur la kinésithérapie en 2018* », Santé Publique, vol. 30, no. 6, 2018, pp. 869-876.

[1082] *Ibid.*

[1083] En ce sens, l'article L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles retient notamment une définition de l'action sociale et médico-sociale à travers ses missions. A ce titre, la notion d'accompagnement est très présente ou perceptible dans l'ensemble de ces dernières. En témoigne par exemple le 5° : « *Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif* ».

[1084] Voir notamment l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et plus précisément : « *6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale* » et « *7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens*

toujours été le cas, tant les deux domaines ont d'abord fermement, et à l'excès, affirmés leur indépendance, au point de ne pas communiquer. Cette situation étant en cours de règlement, il sera pertinent de prévoir la continuité entre ces deux mondes au niveau de la prise, car il semble qu'ils partagent aujourd'hui des défauts similaires et convergents.

490. Comparaison possible entre secteur : de l'hermétisme à la porosité. Il semble que la comparaison entre ces deux secteurs est désormais possible, au regard de l'évolution des différents régimes juridiques[1085]. En effet, à l'origine les deux domaines étaient rigoureusement séparés, au point de rendre tout dialogue quasi-impossible. Ainsi, « *longtemps inféodé au secteur sanitaire, le secteur social s'en est affranchi à partir de 1970 avec la loi Boulin* »[1086]. Cet hermétisme était notable tant dans la définition des secteurs que dans les règles d'exercice, les codes les concernant[1087] et même s'agissant des droits des patients[1088], alors qu'ils étaient

de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ».

[1085] La divergence s'observe notamment dans la construction et la reconnaissance législative de ces droits à travers deux textes différents à la temporalité pour le moins rapprochée : Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

[1086] **D. CRISTOL**, « *Les autorisations sanitaires et médico-sociales : entre rapprochement et séparation* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 475. L'auteur précise en outre les raisons de cette séparation : « *En effet, partant du constat de l'absence de savoir-faire des établissements hospitaliers en matière de prise en charge des enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance, des enfants ou adultes présentant un handicap ou une inadaptation, ainsi que des personnes âgées, le législateur a posé le principe de la séparation du sanitaire et du social. L'hôpital, peu apte à offrir à ces publics des lieux de vie favorables à leur épanouissement, doit ainsi se recentrer sur ses seules activités sanitaires, laissant à d'autres acteurs le soin de proposer des structures à taille humaine, au sein desquelles la priorité réside dans le projet de vie, d'animation et de socialisation* ». Voir également : **J.-F. BAUDURET, M. JAEGER**, Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoire d'une refondation, Dunod, 2005, 2e éd., p. 28.

[1087] Code de la santé publique et code de l'action sociale et des familles.

[1088] Voir notamment le Titre « *Droits des personnes malades et des usagers du système de santé* » comprenant les articles L. 1110-1 à L. 1115-3 du code de la santé publique ; Et plus précisément s'agissant des établissements sociaux et médico-sociaux la Section « *Droits des usagers* » comprenant les articles L. 311-3 à L. 311-12 du code de l'action sociale et des familles.

pourtant largement comparables[1089]. Il en résultait donc deux régimes juridiques fermés, en dépit pourtant de fonctionnements souvent vécus et perçus comme quasi-équivalents[1090].

491. Par la suite, ces deux constructions ont peu à peu été invitées à communiquer à travers l'évolution des régimes juridiques. En outre, la notion d'équipe de soins[1091] prévoit très clairement le lien entre les deux secteurs. Ce lien est désormais érigé au rang d'obligation et prévu explicitement par le code de la santé publique[1092]. Ces domaines sont donc passés d'un hermétisme assumé à une porosité évidente. En conclusion, il est tout à fait envisageable de renforcer ces liens, *a fortiori* dans le cadre d'un parcours de soins[1093].

[1089] En ce sens, Michel BORGETTO, à l'occasion des dix ans des deux lois de 2002, retenait que « *s'il est clair qu'aucun de ces deux textes ne saurait être considéré comme la réplique voire comme le clone de l'autre, ils n'en revêtent pas moins, tant dans l'inspiration générale qui les anime que dans les solutions qu'ils privilégient, plusieurs similitudes dont certaines se révèlent particulièrement évidentes* ». Dans les dites similitudes justement, il en voyait une précisément « *dans la nature même des droits et libertés garantis aussi bien à la « personne prise en charge par les établissements et services sociaux et médico-sociaux » qu'aux « usagers du système de santé » : les deux lois garantissant aux intéressés des droits très largement comparables voire identiques tels que le droit à la dignité, le droit à la vie privée et au secret médical, le droit au libre choix des prestations, le droit à un traitement adapté, le droit d'accès aux informations relatives à la prise en charge, etc* ». **M. BORGETTO**, « *Les lois des 2 janvier et 4 mars 2002 : dix ans après* », Dalloz, RDSS, 2012, p. 411.

[1090] Didier TRUCHET résumant parfaitement cette idée : « *Ce qui importe, c'est que les deux secteurs aient un cadre de fonctionnement, non certes unique ni commun, mais suffisamment proche pour que leurs bénéficiaires aient le sentiment d'un traitement équivalent, pratiquement, juridiquement et — plus encore peut-être — humainement. Car tous deux ont, en dernière analyse, la même vocation : aider ceux qui en ont besoin, prévenir ou soulager les souffrances des hommes. Ce but, noble, est, dans la tradition française, de l'essence même du service public* ». **D. TRUCHET**, « *Sanitaire et social : deux lois pour une rénovation* », ADSP, n°43, Juin 2003, p. 58.

[1091] Art. L. 1110-12 du code de la santé publique. Sur la notion, voir : **F. VIALLA**, « *Le secret partagé* », LEH Éditions, RDS, Hors-série 2016, pp. 52-64 ; **L. MORLET-HAIDARA**, « *L'impact de la loi santé sur les usagers du système de santé* », Dalloz, RDSS, 2016, p. 658 ; **L. MORLET-HAIDARA**, « *Le nouveau cadre légal de l'équipe de soins et du partage des données du patient* », Dalloz, RDSS, 2016, p. 1103.

[1092] L'article L. 1110-12 du code de la santé publique prévoit notamment que « *l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui (…) exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret* » ou encore qui « *se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge* ».

[1093] Bien qu'il ne faille pas en négliger les risques. Sur ces questions : **M.-L. MOQUET-ANGER**, « *Parcours et droits du patient* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 435.

492. Modalités d'accueil à envisager. Il convient de retenir que les modalités d'accueil sont forcément différentes au regard de la variété d'objectifs des diverses structures[1094]. Surtout, les questions relatives au bon déroulement du séjour prennent mécaniquement une importance renforcée dans le domaine du médico-social au regard de la nature même de l'activité, davantage centrée sur l'accompagnement, les structures devenant des lieux de vies sur la durée[1095]. En effet, bien que certaines disciplines aient un lien évident avec le soin, l'accueil prendra nécessairement une place décuplée vis-à-vis du sanitaire[1096].

493. Ainsi, des droits[1097] tels que le respect de la vie privée[1098], la perception de la chambre comme le domicile de l'usager[1099], la liberté d'aller et venir[1100] et enfin le droit à une vie

---

[1094] Encore que certaines typologies de prise en charge telles que la psychiatrie ou les soins de suite et de réadaptation pourraient largement être rapprochées ou rattachées à ce fonctionnement.

[1095] Pour la liste des établissements et services médico-sociaux : Art. L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

[1096] On évoquera ici notamment, au sein de la liste du précédent article, et parce qu'ils sont les structures dont la proximité est la plus proche avec la présente étude, « *les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale* », et « *les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert* ».

[1097] Pour rappel : Art. L. 311-3 à L. 311-12 du code de l'action sociale et des familles.

[1098] **A. NIETO**, *La vie privée à l'épreuve de la relation de soins*, Thèse de doctorat en Droit rédigée sous la direction du Pr. François VIALLA et soutenue le 20 novembre 2017 au sein de l'Université de Montpellier. Plus précisément sur l'intimité au sein des établissements médico-sociaux : **E. JEAN**, « *Le droit à l'intimité et à la vie privée de la personne âgée ou handicapée adulte en établissement médico-social* », in : **M. JEAN, A. DUTIER (Dir.)**, L'intimité menacée ? Le souci de l'intimité dans la pratique du soin et de l'accompagnement : quels enjeux éthiques ?, Érès, 2019, pp. 77-84.

[1099] CA Paris, 17 mars 1986, Assistance publique de Paris / X. et autres (à propos d'une chambre d'hôpital, mais bénéficiant donc d'une résonnance décuplée dans le domaine médico-social).

[1100] « *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité* », Recherche en soins infirmiers, vol. 81, no. 2, 2005, pp. 139-155 ; **S. THOMAS, C. HAZIF-THOMAS**, « *Liberté d'aller et venir en EHPAD : sommes-nous des hors la loi ?* » Elsevier Masson SAS, NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie, Vol. 14, Issue. 83, Octobre 2014, pp. 275-284 ; **M. LADIESSE, T. LEONARD, B. BIRMELE**, « *Les libertés en EHPAD, à l'épreuve du confinement* », Elsevier Masson SAS, Éthique & Santé, Vol. 17, Issue 3, Septembre 2020, pp. 147-154.

affective et sexuelle au sein de l'institution[1101] constituent autant d'enjeux que de défis organisationnels pour les établissements. Dans une dimension autrement plus étendue que dans le secteur sanitaire. Il apparait surtout que l'enjeu principal en la matière réside dans l'effectivité de l'accès aux prestations[1102], dans une proportion, là-encore, exacerbée par rapport au secteur sanitaire[1103]. Par suite, certains éléments laissent à penser des débats ou des situations plus infantilisantes, au regard notamment de l'état de vulnérabilité de l'usager, et du souhait de le protéger contre lui-même, parfois en dépit du bon sens[1104].

494. S'agissant de l'encadrement des modalités d'accueil, et plus largement de prise en charge, la principale particularité réside dans la mise en place d'un contrat de séjour[1105], ou

---

[1101] **F. VIALLA**, « *Vie affective et sexuelle des personnes handicapées : assistance sexuelle* », Dalloz, Recueil Dalloz, 2013, pp. 714 ; **F. VIALLA**, « *Vie privée, vie affective, vie sexuelle en « institution » (chap. 3)* ». Chronique sociale. Handicaps et accompagnements à la vie affective, sensuelle et sexuelle. Plaidoyer en faveur d'une liberté !, pp. 47-56, 2017, 978-2-36717-416-7. Voir également : Avis n°118 du CCNE, Vie affective et sexuelle des personnes handicapées. Question de l'assistance sexuelle. 27 novembre 2012 ; **J.-B. THIERRY**, « *Les paradoxes de l'avis du CCNE sur l'assistance sexuelle* », Revue Juridique Personnes et Famille, avril-mai 2013 ; **B. PY**, « *Commentaire de l'avis CCNE n°118 Vie affective et sexuelle des personnes handicapées : Question de l'assistance sexuelle* », in : **A. GIAMI (Dir.)**, Des Sexualités et des Handicaps, Questions d'Intimités, PUN 2013, pp. 325-349 ; **F. VIALLA**, « *Corps abstinents ? Vie privée, vie affective, vie sexuelle et institution* », in : *op. cit.*

[1102] En outre, comme le retient Isabelle ARNAL-CAPDEVIELLE, « *le droit d'accès des usagers aux établissements et services médico-sociaux, n'est pas aujourd'hui un droit garanti. En effet, faute de places suffisantes, les listes d'attente sont longues pour accéder aux établissements pour personnes âgées ou en situation de handicap. Paradoxalement, l'article L. 116-2 du CASF affirme que « l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire », alors que cet accès équitable est loin d'être garanti. Ainsi, l'équipement en structures d'hébergement pour adultes en situation de handicap présente de fortes disparités sur le territoire français, ce qui pose des questions d'équité, notamment en termes de choix du lieu de vie. Ces disparités ont un impact sur les mobilités résidentielles des personnes. La migration vers la Belgique de personnes en situation de handicap pour un accueil en établissement, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, est dénoncée régulièrement comme le signe d'une carence tant quantitative que qualitative des dispositifs d'accueil en France* ». **I. ARNAL-CAPDEVIELLE**, « *Chapitre 6. Les droits et libertés individuelles des usagers* », in : **I. ARNAL-CAPDEVIELLE (Dir.)**, Le droit des établissements et services médico-sociaux, Presses de l'EHESP, 2020, pp. 111-127.

[1103] En dépit de la question des déserts médicaux, il semble malgré tout que le domaine soit mieux armé.

[1104] Pour un exemple : **P. VERON**, « *Sexualité en EHPAD : le consentement à l'acte sexuel ne suppose pas nécessairement la capacité de discernement* », LEH Éditions, RDS, n°73, 2016, p. 744-746. CA Paris, 9 mars 2016, n°15/07071.

[1105] Celui-ci détenant une importance renforcée dans le secteur privé, l'usager se trouvant bien dans une situation contractuelle aux yeux de la jurisprudence : Civ. 3e, 1er juill. 1998, Maison de retraite Fleury, n°96-

d'un document individuel de prise en charge[1106], bien que sa valeur juridique soit limitée lorsque l'usager est admis dans une structure publique[1107]. Ce document « *définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel* »[1108]. L'outil se veut particulièrement adaptable au regard de la variété qu'impose le secteur social. En témoigne notamment l'annexe prévue au contrat pour les EHPAD, visant principalement à organiser la liberté d'aller et venir du résident[1109].

495. En dépit d'une volonté innovante du législateur de basculer vers le domaine contractuel pour l'encadrement de la relation de soins, il semble que cette tentative ne constitue en définitive qu'un coup d'épée dans l'eau. En outre, comme l'explique Martine LONG, « *une dualité est ainsi maintenue entre l'usager en institution publique et celui pris en charge dans une structure privée (…), le service public transcende le contrat dans la structure publique alors même que la situation de l'usager en structure privée est qualifiée de contractuelle, avant même que le contrat ne soit d'ailleurs juridiquement signé. La jurisprudence récente a de ce fait gommé l'unification voulue par le législateur pour revenir à une situation classique au terme de laquelle l'usager d'une structure publique mettra en jeu la responsabilité quasi délictuelle de la structure pour violation des obligations prévues dans le règlement de fonctionnement, seul l'usager du secteur privé pouvant invoquer les dispositions du contrat de*

17.515 ; Civ. 2e, 12 mai 2005, FGTI c/ Association Clair Soleil et Mail, n° 03-17.994 ; Civ. 1re, 15 déc. 2011, n° 10-25.740 ; Civ. 3e, 3 déc. 2020, n° 20-10.122. Voir à ce sujet : **M. LONG**, « *Les outils de mise en œuvre des droits des usagers : une évolution en trompe-l'œil* », Dalloz, RDSS, 2022, p. 13.

[1106] Art. L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

[1107] L'encadrement réglementaire et législatif prévalant aux yeux du juges sur l'encadrement contractuel : CE 5 juill. 2017, Mme Bosser c/ CCAS de Quimper, n° 399977, au Lebon. Voir à ce sujet : **M. LONG**, « *Les outils de mise en œuvre des droits des usagers : une évolution en trompe-l'œil* », *op. cit.*

[1108] Art. L. 311-4 al. 4 du code de l'action sociale et des familles

[1109] Art. L. 311-4-1 I du code de l'action sociale et des familles.

séjour »[1110]. L'originalité souhaitée et apparente paraissant dès lors limitée par une question d'effectivité[1111].

496. Défauts partagés. Cela étant, malgré les liens affichés, et les éléments dont le secteur sanitaire pourrait s'inspirer, il n'en demeure pas moins que ces deux domaines partagent désormais des défauts comparables. Le secteur médico-social semble subir des contraintes désormais bien connus des établissements de santé. Tel est notamment le cas des EHPAD. Ainsi, se matérialise en leur sein une très nette médicalisation de leur activité. Ou tout du moins une demande croissante de médicalisation. A l'origine définie comme des maisons de retraite, expression qui n'appelle finalement aucune dimension thérapeutique[1112], leurs missions sont désormais très variées et particulièrement exigeantes. En ce sens, François VIALLA retient que « *l'hébergement n'est pas la seule mission de ces établissements, accueillant des personnes en perte d'autonomie, ils doivent aussi assurer des services et des soins à raison de la situation de dépendance des personnes accueillies* »[1113].

497. Cependant, ces structures subissent dorénavant les mêmes désagréments que les établissements de santé liés au vieillissement de la population, à la multiplication des maladies chroniques. Alors que le secteur sanitaire semble nécessité davantage d'accompagnement, et donc sans doute également un rééquilibrage de l'aspect technique, les EHPAD, quant à eux, dégradent l'importance de la notion pour gagner en technique et se médicaliser[1114]. Les personnels de ces structures vivent en conséquence une expérience

---

[1110] **M. LONG**, « *Les outils de mise en œuvre des droits des usagers : une évolution en trompe-l'œil* », *op. cit.*

[1111] Voir notamment : **M. REBOURG**, « *Admission en établissement et contrat de séjour : un droit perfectible* », Gérontologie et société, n° 2, 2016, p. 173.

[1112] En ce sens, François VIALLA retient qu'« *aujourd'hui l'euphémisme terminologique domine, les asiles ou hospices de vieillards n'ont plus cours, les maisons ne sont plus « de retraite » mais « d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (EHPAD)* ». **F. VIALLA**, « *Droits et libertés de la personne en EHPAD* », in : **G. FAURÉ, S. SÉDILLOT (Dir.)**, La prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Regards sur la crise du modèle français des EHPAD, CEPRISCA, Collection Colloques, Diffusion Lextenso, 2021, p. 298

[1113] **F. VIALLA**, « *Droits et libertés de la personne en EHPAD* », in : *op. cit.*, p. 302.

[1114] **A. DE BROCA**, « *Médicalisation des EHPAD. Quelle place pour la personne hébergée en EHPAD et sa parentèle depuis mars 2020 ?* », in : **G. FAURÉ, S. SÉDILLOT (Dir.)**, La prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Regards sur la crise du modèle français des EHPAD, CEPRISCA, Collection

comparable, à savoir une perte de sens et le sentiment d'être démuni face à une tâche qu'ils ne sont plus en capacité de mener. A ce titre, Georges FAURÉ et Sophie SEDILLOT retiennent qu'une « *vingtaine d'années après sa création, le modèle français des EHPAD semble traverser une crise multifactorielle : « Ghettoïsation » des plus âgés, maltraitance physique ou morale des pensionnaires, manque de formation et pénurie de personnels, sous-médicalisation, extrême-rationalisation des soins, droits des patients ignorés ou bafoués, longue liste d'attente, stratégie de « tri » des demandes, sous financement chronique, reste à charge trop élevé, etc…* »[1115].

498. Transition : complicité à renforcer. En conséquence, il semble que la complicité entre ces deux secteurs soit à renforcer, afin d'une part de donner du corps à la notion de parcours de soins. Mais aussi, et surtout, pour répondre aux désagréments partagés par une exigence de performance convergente[1116]. En outre, ces deux domaines ont des compétences propres à mettre en commun. A savoir la technicité pour les établissements

Colloques, Diffusion Lextenso, 2021, pp. 117-136 ; **V. TREPIED**, « *La médicalisation pour souffrance psychique des comportements déviants. Étude de cas entre deux Ehpad, public et privé* », Retraite et société, vol. 67, no. 1, 2014, pp. 93-110.

[1115] **G. FAURÉ, S. SÉDILLOT**, « *Propos introductif* », in : **G. FAURÉ, S. SÉDILLOT (Dir.)**, La prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Regards sur la crise du modèle français des EHPAD, CEPRISCA, Collection Colloques, Diffusion Lextenso, 2021, pp. 117-136 ; **V. TREPIED**, « *La médicalisation pour souffrance psychique des comportements déviants. Étude de cas entre deux Ehpad, public et privé* », Retraite et société, vol. 67, n° 1, 2014, pp. 15-22.

[1116] Certains auteurs vont loin dans cette analyse convergente, au point d'envisager une fusion dans certains cas de figure. Pour un exemple : « *Il semble que le vieillissement de la population conduise à envisager une médicalisation de plus en plus grande des EHPAD de telle sorte qu'il ne serait pas choquant que ceux-ci rejoignent un jour le secteur sanitaire* ». **H. RIHAL**, « *La notion d'établissement et de service social et médico-social, vingt ans après* », Dalloz, RDSS, 2022, p. 22.

de santé[1117], et l'accompagnement pour le médico-social[1118]. Cette complicité peut parfaitement trouver à compléter la relation de soins et bénéficier directement à l'usager dans le cadre de son parcours[1119]. Mais plus encore, il semble qu'il soit nécessaire de s'intéresser à la pratique médicale, en effet, la standardisation de cette dernière pourrait venir la limiter.

[1117] C'est d'ailleurs la vocation de l'établissement de santé moderne que de prendre en son sein la dimension technique du soin, ceci afin d'assurer un niveau de qualité et de sécurité suffisant. En ce sens, l'Ordre National des Médecins illustrait déjà cette idée en 1963 à travers l'encadrement de la pratique chirurgicale : « *A l'heure actuelle, l'opération à domicile qu'ont connue nos aînés a disparu. La chirurgie foraine est interdite. En fait, la chirurgie ne s'exerce plus qu'en maison de santé ou en milieu hospitalier, indépendamment de quelques opérations insignifiantes qui peuvent être faites au cabinet du chirurgien. D'ailleurs, ce ne sont que des actes de petite importance que tout médecin pourrait faire chez lui, ou bien des actes particuliers, des compléments d'examen. Les interventions sont presque toujours effectuées dans des établissements pouvant offrir au malade et au praticien des garanties suffisantes sur le plan matériel et personnel* ». Ordre National des Médecins, Guide pratique d'exercice professionnel à l'usage des médecins, *op. cit.*, p. 122.

[1118] Comme l'explique Jean-Marie MIRAMON, « *ce secteur est marqué par le formalisme, les contraintes techniques, les normes toujours plus nombreuses, le poids des impératifs organisationnels et institutionnels, mais les établissements sont aussi des lieux de vie, des lieux humains, donc marqués par la possibilité du déploiement du rêve, de l'imaginaire, de l'ailleurs, de l'émotion, des sentiments, des étonnements. Pour exercer dans de tels lieux, il s'agit ainsi d'allier rigueur, professionnalisme, réponses aux exigences de l'institution, et accueil de l'autre, ouverture à l'émergence de la poésie en soi et en l'autre, ce qui nécessite de la créativité et de l'innovation* **». J.-M. MIRAMON**, Être directeur d'établissement social et médico-social. La force de l'intime au cœur de l'exercice du pouvoir, Seli Arslan, Paris, 2015, p. 11.

[1119] Certains vont même jusqu'à retenir que « *le médico-social combine le sanitaire et le social » en expliquant que « Le médico-social vise à un accompagnement de la personne, dans sa globalité. L'accueil d'un enfant, d'un adulte handicapé ou sa prise en charge ambulatoire ne peuvent se réduire au traitement d'un symptôme. Il s'agit de l'aide à la personne dans sa globalité, physique, psychologique et sociale. De ce point de vue, le champ sanitaire, dans une technicité croissante de ses outils et modèles de compréhension et d'intervention, ne répond pas à ce principe de prise en charge. Il s'intéresse d'abord à l'organe malade, comme si le corps animé, la personne souffrante, le patient, ne faisaient que supporter cet organe malade, part sécable et métonymique de lui-même. Tout ce qui relève de la santé, c'est-à-dire de la maladie, de l'affection est de la compétence du champ sanitaire. La notion de maladie suppose l'atteinte d'un organe ou d'une fonction de façon temporaire. L'action sanitaire est centrée sur la personne et plus précisément sur une partie précise du corps, sur le dysfonctionnement d'un organe* ». **D. TERRAL**, « *Le médico-social combine le sanitaire et le social* », in : **D. TERRAL (dir.)**, Accompagner la personne handicapée à domicile, Dunod, 2013, pp. 35-64.

Conclusion du chapitre

499. L'enjeu de cette démonstration était de mettre en lumière un certain retrait des thématiques classiques et pourtant centrales de la prise en charge hospitalière. S'il ne s'agissait évidemment pas de contester par essence la pertinence des choix opérés, notamment en matière d'accueil patient ou d'organisation des professions de santé, il n'en demeure pas moins que les fondamentaux s'en trouvent parfois relégués au second plan. En effet, alors que la fonction hôtelière s'est largement construite et développée, au point de faire douter de la nature hospitalière de la structure, la sécheresse relationnelle générée par une technicisation associée à une productivité accrues entraine une situation où le patient, bénéficiant pourtant de meilleures prestations, ressent une certaine négligence dans son hospitalisation.

500. A l'inverse, le professionnel, toutefois logiquement mieux armé pour affronter les exigences associées à la médecine moderne du fait des progrès techniques et scientifiques, fait face, peut-être aujourd'hui plus qu'hier, à un isolement qui pose question quant à l'efficacité réelle du système. En outre, si la multiplication des professions se comprend aisément, il n'en demeure pas moins que le savoir-faire se trouve négligé pour ne pas dire exigé. Surtout, la dimension relationnelle, et le temps patient, sont réduits au rang de simple prérequis, tant il sont devenus secondaires.

501. Par conséquent, afin de corriger ces effets pervers, il est nécessaire de rééquilibrer la place de la dimension technique dans la relation de soins, en tenant compte de différents particularismes devant leur naissance au progrès lui-même[1120]. Il devient donc primordial d'envisager l'accueil autour des particularismes de la prise en charge, en s'attardant sur les

[1120] En ce sens, la FHF retient notamment qu'« *entre performance technique et performance humaine, notre système de santé va quant à lui devoir s'adapter pour trouver un équilibre respectueux des personnes. Cette réflexion nous apparaît essentielle au moment même où la souffrance au travail des professionnels de santé est un sujet récurent, à un moment où les usagers du système de santé expriment régulièrement leur insatisfaction à l'égard de ce système décrit comme déshumanisé* ». Avis du Comité éthique de la FHF, « *Est-il possible de concilier éthique et performance en santé ?* », 31 octobre 2019, p. 6.

nouveaux types de séjours, ou plutôt leur importance nouvelle. En effet, la gestion du grand-âge, du handicap et/ou de la maladie chronique est indispensable. Plus encore, la place accordée au temps dans le quotidien hospitalier doit être étudiée. Enfin, il n'est pas interdit, mais même plutôt recommandé, de s'inspirer des secteurs voisins, à l'image du médico-social, dont l'accompagnement constitue souvent le cœur de métier.

Chapitre 2 : La standardisation comme possible limitation de l'exercice médical au sein des établissements de santé

502. La politique de santé publique a toujours, depuis sa mise en place, recherchée, sinon la perfection, au moins l'amélioration continue des pratiques qu'elle encadre. Pour y parvenir, elle a fait le choix de développer des professions spécialisées et d'opérer une normalisation de la pratique médicale[1121]. S'il va sans dire que l'ensemble du système est source de multiples bienfaits, il apparait pourtant, là-encore un grand nombre d'imperfections qu'il convient bien évidemment de régler afin de réellement parler d'établissement performant. A ce titre, deux éléments sont notamment à envisager.

503. Le premier point reste la construction de métiers surspécialisés (Section 1). Celle-ci permet certes une technicité accrue et bénéfique pour le patient, mais qui génère surtout des professions cloisonnées, tant dans leur rapport aux autres personnels que dans le contenu des missions elles-mêmes. Dans un second temps, s'agissant de l'activité médicale proprement dites, le développement du droit souple[1122] en la matière parait des plus positifs à bien des égards (Section 2). Pour autant, celui-ci génère un risque certain d'atteinte portée à l'indépendance professionnelle.

Section 1 : Développement de professions surspécialisées

504. Tout d'abord, la question du développement de professions surspécialisées doit être traitée. Il ne s'agit pas, bien sûr, de remettre en question la pertinence de la spécialisation en matière de santé. Celle-ci génère un réel gain de performance et accroit le champ des possibles. Simplement, ce fonctionnement a eu pour effet d'enfermer les métiers dans leur

---

1121 **P. VERON**, *La décision médicale*. Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. F. VIALLA, soutenue le 9 décembre 2015 au sein de l'Université de Montpellier ; **R. PORCHER**, *Éthique et normativité : L'éthique biomédicale et les droits fondamentaux aux sources du Droit*. Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. F. VIALLA, soutenue le 20 décembre 2019 au sein de l'Université de Montpellier.

1122 Conseil d'état, Le droit souple, étude annuelle 2013, La Documentation française ; **C. THIBIERGE**, « *Le droit souple* », Dalloz, RTD Civ., 2003, p. 599.

spécialité et dans leur simple dimension technique. Ce dernier élément suscite d'ailleurs un véritable problème dans le choix qui a été fait d'opter pour une construction se basant sur la réalité d'acte thérapeutique. Cette mise en place ne tient pas compte de la réalité du soin et peut placer les personnels dans une situation périlleuse (§1).

505. Pour résoudre cette situation, il est pertinent de basculer définitivement de la réalisation d'acte à la reconnaissance de compétences proprement dites. Ce choix a d'ailleurs d'ores et déjà été valorisé au niveau du contenu des formations. Si les termes peuvent paraitre synonymes, il convient de préciser que la différence principale réside dans la profondeur accrue de la seconde notion vis-à-vis de la première. Celle-ci invite davantage à la pluridisciplinarité et à l'interrogation quant au sens de l'organisation[1123]. Il sera également nécessaire de se questionner, là-encore, sur la valorisation à effectuer du travail coopératif (§2).

§1. Mise en place de professions cloisonnées

506. En dépit des avancées scientifiques et techniques, il apparaît que les professions restent pour le moins cloisonnées. Ceci est la conséquence (A) et témoigne des insuffisances d'un fonctionnement à l'acte (B).

[1123] Bien qu'il semble que l'institution hospitalière n'a pas toujours, historiquement, pris le temps de le faire, le sens de l'action paraissant évident, force est de constater à travers les problématiques actuelles que le propos est on ne peut plus faux : « *Longtemps le monde hospitalier s'est cru préservé du questionnement sur le sens sur lequel nombre d'entreprises se mobilisaient pour entraîner leurs salariés, créer du collectif, de la motivation et de la fierté, fidéliser. Forts de leur histoire multiséculaire, garante de pérennité, de leur héritage porté par les communautés religieuses fondatrices et les bureaux de bienfaisance, des valeurs constitutives du service public, de l'idée de vocation, les établissements de santé se sentaient en quelque sorte prémunis face au doute, aux questionnements, aux évolutions sociétales par une forme d'onction constitutive de leur raison d'être* ». **J.-M. BUDET**, « *Management, le retour des valeurs* », Gestions hospitalières, n° 615, avril 2022, p. 210.

A. Conséquence d'un fonctionnement à l'acte

507. Préambule : Hausse des attentes, conséquence directe du progrès médical. Le progrès médical, perçu comme illimité aux yeux de la population, a généré une hausse évidente des attentes. Pour y répondre, la politique de santé publique a mis en place une construction visant à permettre aux professions de monter en compétence et ainsi accroitre la performance globale[1124]. Finalement, les conséquences sont multiples et sont intimement liées aux bienfaits de la montée en performance des métiers. A mesure que la technique s'est développée, les possibilités d'actions pour les établissements se sont démultipliées[1125]. Au point, bien sûr, d'accroitre les exigences, et ceci à tous les niveaux.

508. Conséquences de la montée en performance des professions. Pour autant, cette situation n'est pas sans difficulté. Le choix a été fait d'opérer une définition des métiers de santé à travers des listes d'actes précises et exhaustives[1126]. Ce fonctionnement, fruit de la régulation, est évidemment source de multiples bienfaits. Pour autant, elle génère tout à la fois une limitation de l'action des professionnels et une mise en difficulté de ces derniers. En effet, cette dimension mécanique implique le ressenti d'un travail à la chaîne, à la fois déconcertant et exigeant[1127]. Il apparait que la question des compétences, souvent évoquée, n'est pas suffisamment traitée, ce qui va générer de multiples conséquences. En premier

---

1124 Parmi les derniers exemples en date en la matière, la question de la télémédecine peut être évoquée. Sur ce sujet : **M.-L. MOQUET-ANGER**, « *Télémédecine et égal accès aux soins* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 13.

1125 A propos de l'hôpital public, il a pu être dit que celui-ci « *est accessible à tous les besoins de soins, des pathologies les plus sévères au plus bénignes, des plus fréquente aux plus rares. Sa tâche est de mettre à la disposition des personnes des techniques performantes de diagnostic d'abord, et de soins ensuite, avec une forte exigence de qualité. Ce niveau d'exigence le place, de fait, en tête des institutions qui doivent montrer le chemin aux plus vulnérables d'entre nous. L'hôpital se doit de répondre à toutes les formes de vulnérabilité* ». **L. HARDY**, « *L'hôpital en marche vers une éthique de tous les métiers ?* », Recherche en soins infirmiers, Vol. 90, n°3, 2007, pp. 95-101.

1126 Rappel : pour les infirmiers : Art. R. 4311-1 à D. 4311-15-2 ; pour les masseurs-kinésithérapeutes : Art. R. 4321-1 à R. 4321-13 ; pour les orthophonistes : Art. R. 4341-1 à R. 4341-4 ; pour les manipulateurs d'électroradiologie médicale : Art. R. 4351-1 à R. 4351-3 du code de la santé publique.

1127 Comme le note Florence MICHON à propos du temps, « *les soignants se plaignent d'en manquer. Les contraintes institutionnelles et économiques augmentent le rythme et génèrent de la frustration dans l'accompagnement des usagers. Le temps devient alors une véritable obsession, un objet central qui nous accapare et nous dépasse parfois* ». **F. MICHON**, « *La quintessence du temps* », Elsevier Masson SAS, Soins, n°851, décembre 2020, p. 15.

lieu, une limitation de l'action à des tâches prédéfinies. En second lieu, une difficulté d'encadrement et d'articulation au sein des établissements de santé. Enfin, un accroissement des risques juridiques, notamment en termes de responsabilité.

509. La question des compétences non traitée. Tout d'abord, la question des compétences. Il s'agit à proprement parler d'une des principales critiques attachées à la définition des professions, paramédicales notamment. Ainsi, comme le note Stéphane BRISSY, « *cette définition légi-centrée des professions de santé est très critiquable et restrictive au regard du concours apporté par certaines professions à la santé humaine et de l'importance prise par l'encadrement des qualifications et les règles éthiques et déontologiques* »[1128]. Ces derniers se trouvent très lourdement encadrés dans leur quotidien[1129], au point que l'on puisse parfois douter de la réalité de l'existence de l'indépendance professionnelle[1130]. Ainsi, il semble évident qu'un fonctionnement à l'acte présente de nombreuses insuffisances. Ce dernier étant particulièrement exigeant en termes d'actualisation[1131]. Surtout, cette construction ne tient pas compte de la réalité du travail des structures au quotidien.

[1128] **S. BRISSY**, « *Amplifier l'évolution du droit des professions de santé* », Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie, N° Spécial 33, 2022, pp. 21-27.

[1129] Ce qui justifie par ailleurs que les auxiliaires médicaux demandent constamment davantage d'autonomie dans leur exercice professionnel. A ce titre : ONI, Contribution au Ségur de la santé de l'Ordre National des Infirmiers, 2020.

[1130] En dépit de la reconnaissance, par exemple, du rôle propre infirmier, il faut bien admettre qu'il n'y a pas d'indépendance professionnelle pour les auxiliaires médicaux. L'encadrement existe à deux niveaux, tout d'abord par les pouvoirs publics dans la définition stricte des actes réalisables. Puis ensuite à travers une hiérarchie professionnelle de fait, avec l'exigence d'une prescription médicale.

[1131] Exigence souvent laissée de côté, avec des actualisations relativement peu fréquentes, comme évoqué en première partie à propos des infirmiers, et ceci en dépit de l'actualisation récente, concernant la vaccination mais n'ayant pas vocation à remettre en question la logique d'ensemble. Voir notamment : Décret n°2021-980 du 23 juillet 2021 relatif à la réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers et d'autres professionnels de santé (donnant la possibilité à l'infirmier de confier à l'aide-soignant la réalisation de « *soins courants de la vie quotidienne* », Art. R. 4311-4) ; Décret n°2022-610 du 21 avril 2022 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers et des pharmaciens d'officine.

510. Défaut d'articulation au sein des établissements. Le défaut d'articulation au sein des établissements parait permanent[1132]. Ainsi, dès lors que chaque professionnel est tenu et enfermé dans sa liste d'actes, il devient vain d'espérer le déploiement d'un quelconque parcours de soins[1133]. La continuité implique la perspective de voir les équipes travailler ensemble, de pouvoir se compléter, se relayer, et n'admet pas la moindre interférence. Par suite, les blocages mettent à la fois les établissements dans une situation d'impossibilité de répondre aux exigences de santé publique[1134]. Quant aux professionnels, ils ont le choix entre se conformer à leur fonction, et donc ne pas apporter la réponse la plus appropriée à leur patient, ou alors sortir de cette fonction, et donc se placer en danger juridiquement. Le climat devient dès lors des plus inconfortables.

511. Ceci s'explique en grande partie par la conséquence principale en la matière, en effet, de par la surspécialisation, il en suit une organisation dite en silos ou chaque service et spécialité peine à communiquer, où n'en ont pas nécessairement la possibilité[1135], entrainant

---

[1132] Ou tout du moins est-il vécu ainsi, tant par les professionnels de santé, les gestionnaires et les patients eux-mêmes. Pour les premiers au regard des difficultés à travailler avec différents services et parfois d'absence de formation. Pour les seconds devant organiser le travail en commun de professionnel bénéficiant d'un diplôme équivalent mais n'étant pas égaux en termes de compétences au regard des différents services de la structure. Enfin pour les patients, qui peuvent parfois avoir le sentiment de changer de structure en changeant de service, la logique de parcours pouvant parfois s'apparenter à un périple.

[1133] Comme l'explique le Dr. Patrick BOUET, dans un propos plus général dépassant certes la seule hospitalisation, il convient de procéder à « *un décloisonnement des parcours professionnels pour renforcer la coordination du parcours de soins* ». **P. BOUET**, « *Redonner la parole aux médecins* », in : Conseil national de l'Ordre des médecins, Pour l'avenir de la santé. De la grande consultation aux propositions, 2016, p. 3.

[1134] Comme le note Jérôme CHEVILLOTTE, « *les employeurs peinent à recruter. Et si la tendance se poursuit, les conditions de travail ne pourront s'améliorer, et il pourra être difficile de maintenir le même niveau d'accessibilité aux soins pour l'ensemble de la population* ». **J. CHEVILLOTTE**, « *Pour une suppression du décret de compétences infirmières* », Elsevier Masson SAS, La revue de l'infirmière, vol. 71, n°281, mai 2022, p. 1.

[1135] A propos de la coordination des parcours de santé des personnes : « *les dispositifs de coordination se sont multipliés depuis les années 1990 et avaient vocation à coordonner les parcours de santé des personnes soit par pathologie soit par public (…). Cette organisation fragmentée avait des conséquences négatives pour les professionnels, les personnes et leurs familles, ainsi que pour les pouvoirs publics. Pour les professionnels, cette coordination en silos a pu conduire à des difficultés de coopération et à une coresponsabilité insuffisante menant parfois à des ruptures de parcours. Pour les personnes et les familles, cette fragmentation de l'offre rendait difficile l'accès aux services, conduisait à une multiplication des évaluations et engendrait même parfois des hospitalisations ou institutionnalisation non nécessaires* ». **L. GOMEZ, Y.-M. LE DOUARIN**, « *Le virage ambulatoire : les outils de coordination* », HCSP, ADSP, Vol. 118, n°2, 2022, pp. 21-23.

des difficultés pour le patient[1136]. Comme le note Patrice MARVANNE, « *il arrive souvent que chaque service soit géré indépendamment des uns des autres, c'est ce que l'on appelle en silos. Chacun d'entre eux aura alors son équipe, ses moyens et des équipements qui lui seront propres, alors que le patient lui, va suivre un circuit passera à travers tous ces silos* »[1137]. De manière générale, cette construction en silos s'observe tant d'un point de vue interne qu'externe[1138]. L'architecture organisationnelle de l'établissement est cloisonnée, et son positionnement au sein du système de système de santé est lui-même cloisonné[1139], ce qui suscite nécessairement des difficultés à définir le travail soignant[1140].

512. Place exacerbée de la régulation en la matière. Il apparait assez clairement qu'en la matière également, la régulation opérée par les pouvoirs publics jouent un rôle considérable. En effet, en allant jusqu'à prédéfinir les actes à réaliser, les autorités ont mis en place un système particulièrement verrouillé, ne laissant finalement que peu d'espace à

1136 Risque par ailleurs identifié par l'IGAS. Précisément, à propos de « *la multiplication des acteurs intervenant successivement ou en parallèle auprès du patient* », l'IGAS retient « *le risque, en multipliant les accès directs, de favoriser des interventions de premier recours en silo au détriment d'une prise en charge globale et holistique du patient* ». **N. BOHIC, A. JOSSELIN, A.-C. SANDEAU-GRUBER, H. SIAHMED (Dir.)**, Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, Rapport de l'IGAS, Novembre 2021, p. 111.

1137 **P. MARVANNE**, Le Lean à l'Hôpital. Améliorer la qualité des soins, freiner l'augmentation des coûts et développer les talents, LEH Édition, Décideur santé, Bordeaux, 2014, p. 45.

1138 **D. TABUTEAU**, « *La crise de la médecine : comment en sortir ?* », Le Débat, Vol. 167, n°5, 2011, pp. 113-117 ; **S. RIST, R. ROGEZ**, « *Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale* », Les Tribunes de la santé, Vol. 63, n°1, 2020, pp. 51-55.

1139 Ainsi, « *le fonctionnement en silos est patent : l'hôpital public d'un côté (en distinguant les CHU), les cliniques privées de l'autre, puis la médecine libérale, l'activité des paramédicaux, le médico-social… sont séparés par des murs institutionnalisés* ». **G. JOHANET**, « *Les faiblesses du système de soins français* », Après-demain, Vol. 55, n°3, NF, 2020 pp. 4-5.

1140 A ce titre, « *la médecine est un art du quotidien réalisé de plus en plus à plusieurs au sein d'une équipe présente dans un lieu spécifique ou coordonnée dans un espace pouvant dépasser le cadre strict de l'hôpital (réseau ville-hôpital, équipe médicale de territoire). Les professionnels de soins sont interdépendants. La première ressource de l'étudiant, du stagiaire infirmier, tous futurs soignants au sens large, est l'équipe. Qu'elle défaille, engendrant l'anonymat, voire l'hostilité, pour ces jeunes, et nous fabriquons pour longtemps incompréhensions, parfois ressentiments et actions en silos des corporations, les patients étant les premiers à se rendre compte des limites qu'elles engendrent* ». **T. LE LUDEC**, « *Postface. De l'intérêt de confronter les points de vue et d'agir localement* », in : **M. MAURY, P. TAOUREL**, Les médecins ont aussi leurs maux à dire, Erès, Questions de société, 2019, pp. 219-237.

l'improvisation[1141]. La volonté et la recherche de maitrise ont généré un exercice professionnel industrialisé. A ce titre, « *l'hyperspécialisation médicale, exigée par la somme des connaissances et des techniques qui en découlent, tend à cloisonner l'approche de la maladie en ne s'occupant que de l'organe à traiter et à fractionner le parcours des patients* »[1142].

513. Il serait sans doute judicieux de revoir la façon d'encadrer l'usage de terrain. L'idée n'est pas véritablement d'institutionnaliser le dépassement de fonction[1143]. Cela serait à la fois dangereux et délicat pour les équipes, qui par ailleurs ne le souhaitent absolument pas. Non, il s'agit davantage de desserrer l'étau afin de fluidifier le travail collectif[1144]. Pour cela,

---

[1141] Stéphane BRISSY évoque notamment la « *protection stricte du monopole médicale* » prévue par l'article L. 4161-1 du code de la santé publique. Il explique que « *ce texte est le cœur d'une logique dérogatoire qui incrimine toute personne prenant part à un diagnostic, un traitement ou à un acte visé par arrêté sans le diplôme exigé pour exercer la profession de médecin. La liste des exceptions prévues par le dernier alinéa de ce texte s'est allongée au fil des années mais les professions paramédicales, aussi appelées « auxiliaires médicaux », ne peuvent pour la plupart accomplir que les actes listés dans des décrets très caractéristiques de ce fonctionnement par dérogations d'interprétation stricte* ». **S. BRISSY**, « *Amplifier l'évolution du droit des professions de santé* », Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie, N° Spécial 33, 2022, pp. 21-27.

[1142] L'auteur ajoutant en outre que « *le médecin spécialiste peut avoir tendance à s'effacer une fois que le patient ne relève plus des applications techniques de sa spécialité (…). Cela peut être un abandon de fait quand le traitement curatif échoue ou encore un désinvestissement relationnel alors que l'aspect technicien du soin reste investi. Tous ces comportements sont vécus comme la rupture d'une promesse tacite, abandonnant au patient la confiance qu'il portait finalement seul* ». **N. CARLIN**, *Relation de soins, la confiance à l'épreuve du droit*, Thèse de doctorat de Philosophie pratique, préparée sous la direction du Professeur Dominique FOLSCHEID et soutenue publiquement le 26 mars 2014 au sein de l'Université Paris-Est Marne-la-Vallée, pp. 239-240.

[1143] Hypothèse sanctionnée par le Droit, et pouvant être imputée à l'établissement de santé. En ce sens, Anne PONSEILLE explique que « *les juges ont imaginé que les faits dommageables imputables aux personnels soignants dans le cadre d'une prise en charge défaillante du patient trouvaient parfois leur explication dans une faille de l'organisation du service, « défaillance fonctionnelle » ou un « dysfonctionnement du service » qui constitue une faute imputable au directeur, chargé en raison de cette qualité d'assurer le bon fonctionnement et la sécurité des différents services de l'établissement qu'il dirige* ». Pour illustrer son propos, elle reprend justement un arrêt qui condamne pénalement une directrice d'établissement qui avait laissé « *perdurer un glissement des tâches entre les infirmières et les aides-soignantes* ». **A. PONSEILLE**, Professions, professionnels et établissements de santé face au droit pénal, LEH Édition, Ouvrages généraux, Bordeaux, 2015, pp. 371-372 et plus précisément : T. corr., Paris, 3 septembre 2003, n°99-26423046.

[1144] Comme le note Hervé MAUREY, « *pourtant, le niveau de formation de la plupart des professions de santé s'est élevé depuis plusieurs décennies, et les compétences de ces professionnels peuvent être aujourd'hui utilement mises à contribution. Les progrès technologiques (techniques médicales de diagnostic, techniques opératoires, nouvelles thérapeutiques, télémédecine) devraient également faciliter l'émergence de nouveaux partages des compétences entre les professionnels de santé* ». **H. MAUREY**, Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des

il est tout à fait envisageable de raisonner autour d'un fonctionnement toujours fortement cloisonné, mais s'orientant davantage vers l'idée de compétence ou de mission, et non d'un simple acte technique. En prévoyant des listes aux énonciations peut-être plus larges, ou moins accusatrices[1145], on permettrait aux équipes de ne plus souffrir de certaines pénuries de personnel, voire d'autres blocages absurdes du quotidien alors même que les professionnels sont nettement en mesure de répondre à ces exigences.

B. Insuffisances d'un fonctionnement à l'acte

514. Évidentes insuffisances d'un fonctionnement à l'acte. Pour commencer, il est évident que la construction des professions paramédicales autour d'un fonctionnement à l'acte reste hautement insuffisant. Ceci se justifiant par le fait que le professionnel se trouve limité à ce qui est fixé au sein d'une liste[1146]. Bien sûr, l'objectif de régulation est compréhensible et se justifie à bien des égards[1147]. Cela étant, ce mécanisme revient à mettre en place un régime global d'autorisation de réalisation de tâche[1148]. Il faut donc comprendre qu'en la matière, tout ce qui n'est pas autorisé est interdit. On comprend dès lors rapidement

infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire, Enregistré à la Présidence du Sénat le 5 février 2013, p. 55.

1145 En passant, pourquoi pas, par la construction de listes indicatives, ne limitant pas le professionnel, mais relatant simplement le contenu de la profession.

1146 Le Sénat note justement que « *le code de la santé publique organise l'activité de soins en fonction de la définition des différentes catégories de professions de santé à partir de l'autorisation, donnée par voie réglementaire, de l'exécution de leurs tâches. Ainsi, les professions de santé se trouvent restreintes dans leurs initiatives de répartition entre elles de leurs activités par des décrets de compétence rigides qui énumèrent des listes limitatives d'actes* ». **H. MAUREY**, Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire, Enregistré à la Présidence du Sénat le 5 février 2013, p. 55.

1147 En ce sens, il semble compliqué, voire saugrenu, de contester la volonté de maintenir un exercice médical pertinent.

1148 Les textes eux-mêmes le verbalisent indirectement en ce sens, bien qu'ils parlent plutôt d'habilitation (infirmier : Art. R. 4311-5-1 du code de la santé publique à propos des vaccinations ; pour les masseurs-kinésithérapeutes : Art. R. 4321-5 du code de la santé publique), visant ainsi plutôt la reconnaissance de la capacité par l'obtention du diplôme. Pour rappel à propos de la vaccination : Art. 20, Projet de loi de financement de la sécurité sociale n°274 pour 2023.

à quel point cela ne peut pas être adapté à la réalité du travail au quotidien. A ce titre, Joël MORET-BAILLY « *conçoit que le système* » soit « *relativement figé (dans le but premier de garantir les patients contre les atteintes inconsidérées à leur intégrité corporelle), les frontières entre les professions étant, en outre, relativement étanches* »[1149]. Par suite, il retient que « *cette organisation ne prend pas non plus en compte la compétence effective des professionnels (ce qu'ils savent réellement faire), mais fait uniquement référence à leur qualification, c'est-à-dire à ce qu'ils sont autorisés à faire du fait de leur diplôme* »[1150].

515. En premier lieu car cela pousse le professionnel à la crainte d'être sanctionné plutôt qu'à l'initiative[1151]. Ensuite, parce que la construction nécessite une actualisation constante, sous peine de bloquer le fonctionnement de l'ensemble des services. Il apparait que ce système est très largement critiqué par les acteurs, qui cherche à gagner en autonomie, mais de manière proportionnée à leurs besoins et leur rythme professionnel[1152]. L'idée n'est pas d'accroitre leur champ d'action à proprement parler, mais bien d'être en mesure d'effectuer leur métier de manière pertinente.

[1149] **J. MORET-BAILLY**, « *Les modes de définition des professions de santé : présent et avenir* », Dalloz, RDSS, 2008, p. 508.

[1150] *Ibid.*

[1151] Justement, à propos du glissement de tâche, l'IGAS relate qu'il « *est difficile d'évaluer l'ampleur du phénomène car, sauf dérogation légale, les délégataires comme les délégants et le cas échant, l'établissement qui les emploie, risquent tous d'être incriminés d'exercice illégal de la médecine s'ils rendent visibles ces réalités* ». **N. BOHIC, A. JOSSELIN, A.-C. SANDEAU-GRUBER, H. SIAHMED (Dir.)**, Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, *op. cit.*, p. 28.

[1152] Dans le cadre de la production d'un livre blanc, les kinésithérapeutes exprimaient notamment leur volonté de voir leur autonomie non pas augmentée, car elle est bien présente de par la nature même de leur profession, mais tout simplement reconnu. En effet, les établissements de santé, de par leur fonctionnement tentaculaire, vont parfois broyer ces réalités. Ainsi, « *à l'image de l'ensemble de la profession, le kinésithérapeute salarié dispose d'une grande autonomie dans sa pratique professionnelle, mais celle-ci n'est pas reconnue, voire niée dans l'organisation hospitalière. En effet, la hiérarchie paramédicale protocolaire des hôpitaux ne colle pas à un métier indépendant et empreint d'initiatives et de diversité. Celle-ci est perçue très négativement par les kinésithérapeutes qui se sentent bridés* ». Livre blanc de la profession pour une kinésithérapie performante et moderne dans la fonction publique hospitalière. 20 recommandations pour améliorer la prise en charge des patients dans une approche médico-économique responsable, propos construit par la collaboration des organisations professionnelles de la masso-kinésithérapie et du collectif « Sauvons la kinésithérapie hospitalière », Mai 2017, p. 10.

516. Conséquences de la standardisation des professions. Finalement, il apparait que la standardisation des professions vient freiner l'activité du service[1153]. En effet, il se montre particulièrement exigeant pour les structures, une exigence à laquelle il n'est pas forcément possible aujourd'hui de répondre, notamment pour certaines professions[1154]. Ainsi, à partir du moment où chaque profession bénéficie d'un champ d'action strictement compartimenté[1155], sans encouragement réel à la pluridisciplinarité, il en résulte immanquablement des difficultés en matière de personnel. Ainsi, « *la désynchronisation du temps à l'hôpital est une question souvent invisible dont les effets sont pourtant clairement préjudiciables. Elle est d'autant plus importante qu'elle a des conséquences fortes sur la qualité des soins et le bien-être du patient, sur les professionnels et leurs conditions de travail, mais également sur l'ensemble de l'organisation hospitalière* »[1156]. A l'heure où les déserts médicaux font l'objet d'incessantes inquiétudes et de nombreux développements, l'impossibilité parfois d'employer de nouveaux

---

[1153] Ou tout du moins l'éloigner de l'une de ces vocations premières, à savoir prendre le temps. Précisément, « *alors que la technique, la technologie et l'organisation du travail nous font gagner du temps, nous en manquons toujours. Mais les soignants espèrent-ils seulement un gain de temps ? L'institution soignante est comme un cosmos grec où les choses sont closes, limitées, et les cycles bien en place. Kronos, divinité du temps, semble dévorer le temps des soignants ; et l'accélération dans le soin est un risque de décalage entre durée et instant. La puissance de l'échéance qui concerne le nombre de soins à effectuer avant l'heure du déjeuner, comme devoir envers l'institution, prend le pas sur des objectifs et des actions qui émergent de la clinique et du soin* ». **R. POMMATEAU**, « *Le temps du soin comme des confrontations à l'autre* », Elsevier Masson SAS, Soins, n°851, décembre 2020, pp. 20-23.

[1154] Il est possible d'évoquer le cas des masseurs-kinésithérapeutes. En effet, la Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR) expliquait, dans leur contribution pour le Ségur de la santé, que « *la crise Covid-19 a mis en exergue l'insuffisance de kinésithérapeutes de formation hospitalière en particulier là où la situation sanitaire l'exigeait, c'est à dire au sein des services de réanimation, des soins intensifs ou au sein d'unités « Covid » temporaires. Il s'agit là de lieux où la formation continue permanente est tout aussi cruciale que la formation initiale. Il s'agit donc également de lieux où le « nomadisme » professionnel n'est pas sans conséquence quant à la transmission des savoir-faire (…). Cette transmission est également dégradée par les conséquences des transformations de la formation initiale en kinésithérapie qui revêt désormais une forme de moins en moins hospitalière (…). Ainsi, de nombreux professionnels peuvent ne disposer d'aucune expérience hospitalière, alors que le propre de la gestion de crise exige de mobiliser dans l'urgence des savoir-faire qui touchent aux domaines de la réanimation ou des soins intensifs mais également à des spécialités médicales complexes, telles que la pneumologie ou la neurologie, ou encore à des savoirs ou prises en charge complexes qui ne s'acquièrent qu'au sein de structures comme c'est le cas de l'hygiène hospitalière par exemple* ». FFMKR, La FFMKR force de propositions, Contribution au Ségur de la santé, 2020, p. 6.

[1155] **C. RAJA-ROQUE**, « *Les auxiliaires médicaux dans la loi de modernisation de notre système de santé : entre stabilisation et évolution* », LEH Édition, RGDM, n°66, mars 2018, pp. 37-56.

[1156] **A. GARDIES, L. DENISSE**, « *Le temps, un levier du changement* », Elsevier Masson SAS, Soins, n°851, décembre 2020, pp. 36-38.

professionnels poussent les structures à s'organiser, en faisant le choix du glissement de tâches[1157], donc du risque et surtout de l'illégalité.

517. Risques engagés en termes de responsabilité. Car il semble que le fonctionnement actuel entraine un certain nombre de risque sur le plan juridique. Ainsi, à partir du moment où les professions se trouvent cloisonnées et enfermées dans une liste d'acte, il n'est plus possible de remédier à certains manques par la pluridisciplinarité. Bien sûr, le propos se comprend parfaitement et permet une maitrise technique. Cependant, il ne doit pas conduire à mettre les personnels en difficultés, voire en danger s'agissant de la responsabilité. En effet, « *les professionnels se sont adaptés et sur le terrain de nombreux glissements de tâches plus ou moins légaux se sont produits* »[1158]. Surtout, ces mécanismes juridiques semblent se contredire à différents points de vue. En effet, alors que les droits accordés au patient, principalement la continuité des soins, augmentent, l'encadrement des actes réalisables conjugué aux difficultés en matière d'effectif entraine des situations pour le moins problématiques. En outre, la moindre carence de personnel pousse le professionnel face à une situation doublement délicate pour lui. Il détient alors le choix de se conformer à son décret d'acte. Choix certes raisonnable, mais critiquable à plus d'un titre.

518. S'il a le mérite de la légalité, il place le soignant face à une situation où il a conscience de ne pas être en mesure de répondre aux besoins ni aux exigences de son patient[1159]. Cet état de fait justifie en grande partie le sentiment de perte de sens des professions qui ont

---

[1157] Pour rappel : **F. VIALLA, M. MAZZUCOTELLI**, « *Glissements de compétences chez les professionnels de santé* », LEH Édition, RDS, Hors-série 2016, pp. 110-114.

[1158] « *Interventions d'auxiliaires médicaux en autonomie pour des actes pour lesquels ils devraient en principe être supervisés, formation « sur le tas » d'infirmiers à la réalisation d'actes complexes pour qu'ils puissent les réaliser en lieu et place du médecin, ordonnances collectives ou pré-rédigées, proposition de prescriptions préparées par l'infirmer et signées a posteriori sans véritable examen du patient par le médecin, prise en charge par des professionnels non-médicaux expérimentés d'actes de plus en plus poussés de pré-diagnostic ou d'interprétation de prescriptions…* ». **N. BOHIC, A. JOSSELIN, A.-C. SANDEAU-GRUBER, H. SIAHMED (Dir.)**, Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, *op. cit.*, pp. 27-28.

[1159] Ce qui est particulièrement gênant d'un point de vue éthique, *a fortiori* lorsque cela pousse à ne pas respecter un droit acquis de ce dernier, et plus encore lorsque la réponse à apporter pour y remédier ne relèverait que de l'ajustement.

l'impression de n'être pas en mesure de répondre aux exigences de leur secteur d'activité[1160]. Un système juridique créant des professionnels pensant toujours travailler avec des pratiques contraires à l'éthique ne peut pas être sauvegardé en l'état.

519. Ensuite, vient l'hypothèse d'un dépassement de fonction, parfois compréhensible sur le plan éthique, mais hautement périlleux d'un point de vue juridique, et à plus forte raison médical[1161]. Ainsi, il est absurde, pour résoudre éthiquement une difficulté générée par une relation de soins, d'envisager qu'il revient à celui-ci de commettre une faute susceptible d'engager sa responsabilité. Plus encore, à partir du moment où l'on tolère le glissement de tâche, on prend le risque que celui-ci aille trop loin. En conséquence, le gain en performance souhaité sera perdu, et plus encore, le recul sera certain à mesure que les chances d'erreur technique, elles, augmenteront. En ce sens, le professionnel et l'établissement de santé plus globalement, verront leur responsabilité engagée, pour une situation qui, en raisonnant avec honnêteté, leur est bien souvent imposée[1162].

[1160] Ceci permet de comprendre que la perte de sens n'est pas liée uniquement à la dimension économique qui a pénétré les établissements de santé. Cette problématique questionne autant cet aspect que la pratique médicale elle-même, les exemples peuvent, à ce titre, se montrer nombreux. La prépondérance de la technique pousse parfois à limiter l'exercice à cette dernière, au point de délaisser d'autres circonstances du soin, et d'en oublier l'essentiel, soigner, avant de guérir, vise surtout à accompagner. Pour un exemple : « *une médecine de progrès, où la mort ne saurait être qu'un échec, se condamne à la performance technique, au risque d'une résidualité de la personne soignée alors confinée dans sa pathologie, son âge ou son handicap. Dans ce contexte, le soignant est en souffrance, paradoxalement il devient à son tour patient. On remarque alors que « la déshumanisation de la relation à l'autre (…) traduit une forme de sécheresse relationnelle ou de cynisme », qui sont autant de perte de sens et de signe de tourments pour le praticien et les équipes de soin* ». **F. VIALLA**, « *« Salutat vos lucas medicus carissimus ». L'ambivalence des devoirs du médecin* », in : **B. PY, F. VIALLA, J. LEONHARD (coor.)**, Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau. Droit médical et éthique médicale : regards contemporains, Deuxième partie, LEH Édition, Collection Mélanges, Bordeaux, 2015, p. 217.

[1161] Périlleux car elle pousse le professionnel à intervenir au-delà de son champ d'action prédéfinie, et potentiellement au-delà de ce pourquoi il a été formé.

[1162] A ce titre, il est particulièrement décevant de toujours passer par une régularisation a posteriori d'actes réalisés de façon cachée, et parfois en toute illégalité, alors qu'une prise en compte du vécu et de la réalité des professions de santé permettrait sans aucun doute d'éviter ce problème. C'est d'ailleurs à ce titre que l'IGAS suggère la réalisation d'une enquête anonymisée visant à rechercher ces glissements. **N. BOHIC, A. JOSSELIN, A.-C. SANDEAU-GRUBER, H. SIAHMED (Dir.)**, Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, *op. cit.*

520. Enfin, la question des faisant-fonctions peut également être soulevée. Leur développement témoigne finalement assez bien des insuffisances ou des limites de la recherche de performance menée par la politique de régulation. Ainsi, face aux carences de personnel, dues tantôt au manque de moyen, tantôt au défaut d'organisation, l'usage à cette catégorie professionnelle est fréquent. Ceci s'explique parfois au regard de la typologie du métier concerné[1163]. Cela étant, lorsque le recours vise un diplôme d'État, il est permis de s'interroger quant à la pertinence réelle du système, mais aussi et surtout du positionnement de ces agents au sein des services. Tant vis à vis de ces collègues diplômés[1164] que des patients eux-mêmes. La réponse apportée par les pouvoirs publics, à savoir la délivrance du titre par une validation d'acquis[1165] s'apparente à un quasi constat d'échec face à une situation dont ils doivent prendre acte, en dépit des risques pour les équipes, et des doutes possibles en termes de pertinence. Il s'agit finalement davantage de régulariser une situation inadaptée, voire illégale. En conclusion, cette séparation des métiers semble présenter de nombreuses limites.

521. Retour d'expérience de la crise sanitaire (Covid-19). Plus encore, le cloisonnement des professions a montré ses limites et les risques induits durant la crise de la Covid-19, au point que les établissements, parfois d'autorité, s'en sont affranchis[1166]. En

---

[1163] La profession de cadre de santé, par exemple, s'inscrit dans cette idée, le schéma le plus fréquent étant finalement la montée en grade d'un personnel infirmier sur le poste.

[1164] Une hiérarchie de fait pouvant souvent se matérialiser.

[1165] Pour une série d'exemple de diplôme pouvant être acquis par une validation des acquis de l'expérience (VAE) : aides-soignants (Art. D. 4391-1 du code de la santé publique) ; auxiliaires de puériculture (Art. D. 4392-1 du code de la santé publique) ; ergothérapeute (Art. D. 4331-2 du code de la santé publique) ; Par ailleurs, des spécialités infirmières peuvent notamment pour le bloc opératoire (Art. D. 636-82 du code de l'éducation) ou encore la pratique avancée (Art. D. 636-80 du code de l'éducation).

[1166] Bien que certaines résistances aient pu perdurées. Ainsi, Hervé DUMEZ et Étienne MINVIEILLE relatent un retour d'expérience dans lequel est expliqué que le cloisonnement entre médecin a survécu, parfois pendant la crise : « *ce qui a moins marché, c'est notre espérance de voir tomber les frontières entre chirurgiens et médecins. On a essayé d'abattre les cloisons entre services, on n'est pas encore à ce degré de maturité. Pour le personnel soignant, on a très bien mixé les infirmières de réa et les autres, pour les médecins, ça a moins fonctionné. Pour moi, ça a été un motif de déception. Avec la reprise, tout revient. Les liens ont été coupés immédiatement. C'est resté un vœu pieux* ». **H. DUMEZ, É. MINVIEILLE**, Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. Une contribution des sciences de gestion, CNRS, Juillet 2020., p. 45.

outre, la réponse d'urgence a exposé à quel point l'initiative et le besoin d'adaptation se faisait prégnant[1167]. Ainsi, « *la période de crise a vu se déployer des équipes médicales spectaculairement mobiles, gérant simultanément quatre services sur trois étages différents, ou passant d'unités de réanimation en salles de bloc opératoire « reconfigurées » et assurant un « maillage » de prises en charge sur de vastes secteurs géographiques* »[1168].

522. Il est possible d'extraire certains enseignements de cette crise. En effet, la tension associée à ce contexte a poussé les établissements de santé a dépassé certains clivages, les professionnels ont pris le problème à bras le corps, et ont montré qu'un fonctionnement en silo n'était pas adapté à l'exercice hospitalier, et à la prise en charge patiente dans sa globalité. En ce sens, si la pandémie a justifié beaucoup de choses, et notamment ce régime d'exception, il convient d'en tenir compte, et d'accorder cette confiance aux équipes, qui ont démontré leur compétence. Ceci aurait également pour effet de desserrer le fonctionnement interne des structures et retirerait une certaine pression, en mettant en valeur la variété des catégories juridiques d'établissement[1169].

[1167] En témoigne par exemple l'un des effets positifs associés à la crise, qui « *aura permis (…) de structurer le lien entre les EHPAD et l'hôpital* ». Par suite : « *L'épidémie Covid qui a touché durement les sujets âgés a amené les structures médico-sociales (EHPAD en particulier) et sanitaires (services de gériatrie hospitaliers) à s'adapter et à être innovantes pour faire face à la crise Covid-19. Les EHPAD qui sont des unités médico-sociales sont devenus pendant cette période des unités de soins avec des règles proches de celles observées à l'hôpital (port du masque chez tous les soignants par exemple). Une amélioration majeure de la qualité des soins a été observée dans le domaine de l'hygiène ou des soins palliatifs* ». **H. BLAIN, Y. ROLLAND, J. BOUQUET, S. MIOT**, « *Soigner dans l'urgence. Retour d'expérience Covid. Prévention Covid-19 chez les sujets âgés hébergés en établissement médico-social. Une stratégie innovante mise en place en Occitanie* » in : **F. VIALLA, P. VIELFAURE (Dir.)**, Les pouvoirs publics face aux épidémies. De l'Antiquité au XXIè siècle, LEH Éditions, A la croisée des regards, Bordeaux, 2021, pp. 187-188.

[1168] Par suite, « *a contrario, des unités ont pu conserver une certaine homogénéité géographique, mais ont été confrontées à des évolutions internes considérables* ». **P. CLAVERT, N. SAINT HILARY**, « *Chapitre 7. Quelles leçons organisationnelles et managériales de la Covid pour les blocs opératoires ?* », in : **T. NOBRE (Dir.)**, L'hôpital pendant la Covid-19 : innovations, transformations et résilience. Les leçons des professionnels de santé du Grand Est et d'ailleurs, EMS Editions, Ad Salutem, pp. 113-133.

[1169] Par suite, « *dans un contexte où il apparaît inévitable de repenser notre système de santé et d'enfouir une bonne fois pour toutes le clivage public/privé, les prochaines mesures de santé ne doivent pas être une énième réforme axée sur l'hôpital, mais bien de réels dispositifs de coopération à accentuer, un décloisonnement entre les structures de notre système de santé à renforcer, et ce pour permettre de trouver un équilibre dans cette approche hospitalo-centrée de notre système et une complémentarité pérenne entre ses différents acteurs* ». **M. MAZZUCOTELLI**, « *Professionnels libéraux et Covid-19 : d'oubliés à rescapés* », in : **F. VIALLA, P. VIELFAURE (Dir.)**, Les pouvoirs publics face aux épidémies. De l'Antiquité au XXIè siècle, *op. cit.*, pp. 244-245. Bien sûr, le propos traite des professionnels libéraux, mais la logique d'ensemble

523. **Transition**. En conséquence, il convient de procéder à une réorientation de la spécialisation des professions. Pour y parvenir, il s'agit de s'intéresser à une double dimension. La première concerne le point de vue individuel, à savoir le travail de chaque professionnel stricto sensu. A ce titre, il devient primordial de régler la question des compétences de ce dernier. Ensuite, la seconde vise le point de vue collectif, c'est-à-dire le travail mené par l'ensemble des professionnels.

§2. La nécessaire réorientation de la spécialisation des professions

524. Pour répondre à cette situation problématique, il est nécessaire, d'un point de vue individuel, de régler la question des compétences (A). Par suite, il semble indispensable de définir le travail collectif (B).

A. Point de vue individuel : régler la question des compétences

525. Ainsi, il convient d'opter pour une double évolution, d'abord d'un point de vue individuel, à travers les modalités d'encadrement de l'activité professionnelle[1170]. Ensuite, d'un point de vue collectif[1171], à travers une prise en compte accrue des vertus de la

---

est parfaitement compatible avec cette étude, tout en mettant en lumière les nombreux cloisonnements associés au système de santé français.

[1170] Il s'agit ici de prendre enfin acte de la variété des métiers existants et développés pour techniciser les établissements de santé. En ce sens, la notion d'auxiliaire médical, associée à une construction largement orientée autour du seul exercice de la médecine n'est plus pertinent.

[1171] En gardant à l'esprit qu'il revient aux professionnels et gestionnaires de construire le sens de l'établissement, sans penser, au contraire, que celui-ci est inné de par la nature même de la structure. En effet, « *n'ayant aucune conscience d'elle même une entreprise ne peut être ni honnête ni juste. Ce sont ses dirigeants qui en incarnant ces valeurs peuvent les transmettre et les faire diffuser à l'ensemble de l'entreprise. Leur tâche est ardue. Ils doivent communiquer leurs visions de l'efficacité et de l'efficience tout en promouvant l'éthique* ». **S. DOLAN, M. EL ALAOUI EL WAHIDI**, « *Chapitre 33 : « comment créer des organisations éthiques ? la gestion par les valeurs* », in : **F. DE BRY, J. IGALENS, J.-M. PERETTI** (coord.), Éthique et responsabilité sociale. 78 experts témoignent. Mélanges en l'honneur de Michel Joras, EMS Management & Société, Questions de société, 2010, p. 275.

pluridisciplinarité au sein des services[1172]. Tout d'abord, la question individuelle. Pour y parvenir, il semble pertinent de dépasser la question de l'acte, pour déployer l'idée de compétence ou de mission[1173]. Pour cela, il faut d'abord prendre le temps de montrer à quel point la seconde notion est plus large, plus profonde que la première. Ainsi, « *une définition générale des missions des professionnels accompagnée d'un abandon des listes d'actes limitatives, éventuellement en les remplaçant par des listes indicatives, pourrait offrir davantage de faculté d'adaptation aux professionnels dans leurs pratiques tout en respectant le niveau de qualification exigé* »[1174].

526. En effet, l'acte par essence, détient une définition limitative. Le terme renvoi à action et permet donc à la personne qui y est autorisée d'agir de la façon prescrite au moment exigé. Elle ne permet aucun dépassement, n'accorde aucune autre liberté que celle de l'effectuer purement et simplement, mais seulement. Plus encore, il semble que l'étendue et la profondeur des professions paramédicales n'est pas véritablement mise en valeur par cette construction, ces dernières souffrant « *non seulement d'une absence de moyens mais encore d'un manque de reconnaissance* »[1175]. De manière générale, comme le note Michel DUPUIS, « *à l'hôpital, en maison de retraite, au dispensaire, chacun a une mission précise (et pas du tout inutile), mais « sèche ». Certains sont là en demande ; d'autres sont là pour répondre strictement à certaines de ces demandes* »[1176]. S'agissant des auxiliaires médicaux, notamment, il semble même qu'au-delà

[1172] La pluridisciplinarité ayant pour objectif de mettre l'ensemble des compétences en commun durant la prise en charge, le tout avec fluidité.

[1173] Comme Hervé MAUREY le relevait dès 2013 : « *il apparaît nécessaire de sortir d'une définition des professions de santé établie sur des décrets d'actes, et de refondre les textes sur la base de la notion de mission, comme c'est le cas à l'étranger* ». **H. MAUREY**, Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire, Enregistré à la Présidence du Sénat le 5 février 2013, p. 55.

[1174] **S. BRISSY**, « *Amplifier l'évolution du droit des professions de santé* », *op. cit.*, pp. 21-27.

[1175] L'auteur précise justement que « *les infirmiers occupent une place éminente dans le processus de soin. Cette place n'est plus aujourd'hui celle d'un simple exécutant médical, assistant le médecin dans son ministère. Dans son rôle sur prescription, l'infirmier est à présent un interlocuteur du médecin, ne renonçant pas à un examen critique des actes prescrits* ». **M. GUIGANTI**, « *La notion « d'auxiliaire médical » et la mutation de la profession infirmière* », Dalloz, RDSS, 2017, p. 708.

[1176] **M. DUPUIS**, L'éthique organisationnelle dans le secteur de la santé, Seli Arslan, Perspective soignante, 2014, p. 85.

de la mission, ces derniers sont attachés strictement à une liste de tâches autorisées. La compétence, elle, renvoie à la maitrise d'un domaine ou d'un champ donné. Elle est donc plus profonde et respectueuse tant du vécu que de l'expertise du professionnel de terrain[1177]. Souvent reprise par les textes, notamment au sein des modules de formation des métiers, elle n'est que trop rarement valorisée, et finalement très largement relégué derrière l'exigence de l'acte. Cette transition est d'ailleurs très largement plébiscitée[1178], notamment par les acteurs[1179], ou encore sur le plan ordinal[1180].

[1177] Ce qui est conforme à une réalité de terrain. En ce sens, Marc GUIGANTI retient que l'énoncé de l'article R. 4311-3 du code de la santé publique « *formule les finalités des soins infirmiers, tournées vers la continuation de la vie et la préservation de l'autonomie de la personne (…). Elle définit un processus de soin en cinq étapes. L'infirmier est invité à évaluer les besoins du patient, poser un diagnostic infirmier, définir des objectifs de soin, mettre en place les soins adaptés et, enfin les évaluer* ». Cette explication montre à quel point la profession d'infirmier, dans cet exemple, appelle davantage à la reconnaissance de missions d'ordre général, que d'actes prescrits et limitants. **M. GUIGANTI**, « *La notion « d'auxiliaire médical » et la mutation de la profession infirmière* », *op. cit.*

[1178] Comme évoqué dans un rapport IGAS précédent. Par suite, Olivier VÉRAN, reconnaissait lui-même qu'il était nécessaire d'engager une réflexion sur cette évolution : « *Nous allons enfin nous atteler au fameux chantier du décret des compétences infirmières, cela sans a priori, en regardant en profondeur les évolutions souhaitables pour améliorer l'accès aux soins et la complémentarité entre les professions. Encore une fois je le dis, j'irai regarder au-delà des corporatismes. Ce qui m'intéresse est la pyramide des soins, pas celles des corporatismes ». En dépit de sa perte de fonction, il conviendra effectivement de suivre l'effectivité de cette annonce à l'avenir* ». **P. CHAMBOREDON, O. VERAN**, Propos de conclusion du colloque « *Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?* », Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie, N° Spécial 33, 2022, pp. 70-76 ; **N. BOHIC, A. JOSSELIN, A.-C. SANDEAU-GRUBER, H. SIAHMED (Dir.)**, Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, *op. cit.*

[1179] A travers parfois l'élargissement des prérogatives, reconnaissant ainsi le rôle de premier plan des auxiliaires médicaux. A ce titre, Guy VALLANCIEN retient, à propos de la crise des urgences, que « *la possibilité de mobiliser une équipe pluridisciplinaire composée d'un infirmier volontaire, d'un ambulancier et d'un aide-soignant pour prendre en charge les demandes de soins non programmés et les petites urgences doit être étudiée (…), la réalité du terrain ne peut plus souffrir d'inaction. Des avancées, concrètes, rapides et pragmatiques doivent être instaurées. La profession infirmière, quantitativement la plus importante et également en quête de reconnaissance pourrait logiquement disposer d'un rôle essentiel en première ligne. Cette solution concrète permettrait à l'infirmier armé d'une mallette médicale mise à sa disposition, comprenant les dispositifs connectés primordiaux, d'évaluer la situation du patient. Aussi, il devrait être équipé d'un téléphone professionnel lui permettant de communiquer avec un médecin référent, de garde ou du SMUR ; l'infirmier pourrait alors poser un diagnostic et mettre en œuvre des protocoles de soins* ». **G. VALLANCIEN**, Table-ronde 2 : Évolution des professions en santé, in : *op. cit.*, pp. 31-32.

[1180] Bien que pour les masseurs-kinésithérapeutes, l'exigence d'un changement de logique n'est pas fermement exprimée mais peut en revanche être déduite des carences adressées à la réglementation professionnelle de leurs actes : « *le décret d'acte des masseurs-kinésithérapeutes devra également être revisité. En effet, de nombreux actes réalisés dans le cadre hospitalier n'y figurent pas* ». Toutefois, la recherche d'autonomie et de reconnaissance reste néanmoins prégnante. S'agissant des infirmiers en revanche, l'annonce est plus

527. Vertus d'une transition de l'acte à la compétence. Cette recherche de transition et d'évolution se justifie à bien des égards, tant les vertus d'un tel changement paraissent parfaitement envisageables[1181]. Comme évoqué précédemment, celui-ci serait infiniment plus respectueux de la réalité de l'exercice professionnel[1182]. Réduire le personnel à la réalisation d'acte semble bien trop inapproprié pour que ce système ne perdure. En effet, celui-ci n'accorde que peu de confiance aux équipes. Surtout, il vient les limiter dans leurs actions, ceci au détriment du patient lui-même[1183]. Reconnaitre l'expertise des professionnels, paramédicaux notamment, serait une réelle avancée dans une quête de performance, *a fortiori* lorsque l'on sait que ces derniers sont souvent les premiers, pour ne pas dire les seuls interlocuteurs du patient[1184]. Comme le note Vincent VIOUJAS, « *il n'est*

clairement formulée du côté de l'ONI, qui propose en effet d'« *accéder aux demandes exprimées par l'Ordre National des Infirmiers dans la contribution au Ségur de la Santé et la contribution à la refonte du décret infirmier pour le métier socle en matière notamment de prévention, de prescription, de consultation, de premiers recours etc. (en cohérence avec l'expérience de la crise sanitaire)* ». Livre blanc de la profession pour une kinésithérapie performante et moderne dans la fonction publique hospitalière. 20 recommandations pour améliorer la prise en charge des patients dans une approche médico-économique responsable, *op. cit.*, p. 18 ; ONI, Contribution présidentielle de l'Ordre National des Infirmiers, Février 2022, p. 12.

[1181] Ainsi, à propos de la refonte du décret d'acte infirmier, Jérôme CHEVILLOTTE s'interroge : « *alors que les travaux sont en cours, ne faut-il pas s'interroger sur l'utilité de son maintien ? N'est-ce pas une liste limitative – voire obsolète – d'actes à un moment où les coopérations entre professionnels de santé sont encouragées ? La certification période, à laquelle les infirmières seront soumises à partir du 1er janvier 2023, garantira le maintien des compétences et l'actualisation des connaissances. De ce fait, la réalisation d'un acte pourrait dépendre du suivi d'une formation en lieu et place d'une liste d'actes aujourd'hui conditionnée à l'obtention d'un diplôme. Ces nouvelles modalités rendraient également plus lisibles le dispositif des protocoles de coopération entre professionnels de santé, qui permettent, à certains d'entre eux, de pratique davantage d'actes que ceux dévolus initialement à leur diplôme* ». **J. CHEVILLOTTE**, « *Pour une suppression du décret de compétences infirmières* », *op. cit.*

[1182] En outre, « *l'hôpital a pour principale ressource les professionnels qui y travaillent, leurs compétences et le sens de leur engagement. Ces ressources composées de personnes humaines sont précieuses, elles doivent être protégées et les responsables doivent veiller à leur durabilité dans le temps et dans l'espace, c'est une exigence éthique* ». **P. DENORMANDIE, J. SECHER**, Changer la vie à l'hôpital. Contribution du « groupe des 26 », Mai 2018, p. 22.

[1183] Les pertes de temps générées par le manque de coordination pouvant être préjudiciables au patient.

[1184] La crise Covid renforce sans doute encore plus largement cette idée. Grégory CAUMES, justement note que « *la crise du Covid-19 aura démontré que les infirmières et infirmiers sont vraiment au centre de notre système de santé et qu'il est enfin temps de reconnaître cette profession à sa juste valeur (…). Le premier pas étant de ne plus la définir par une autre profession en tant que simple auxiliaire mais enfin comme une profession soignante à part entière, nous leur devons bien*

plus possible de parler uniquement de deux personnages, toujours en référence de la formule d'Henri Péquignot[1185] *(…). Certes, le rôle du médecin demeure central puisqu'il lui revient d'identifier les besoins de chaque personne permettant d'individualiser la prescription du parcours. Mais la relation médicale perd de son exclusivité* »[1186]. Par suite, la notion d'auxiliaire médical, encore omniprésente n'est plus adaptée. En effet, comme le note Marc GUIGANTI, « *la permanence du terme « d'auxiliaire médical » est étonnante (…). Un auxiliaire médical est, fort logiquement, celui qui apporte son aide au médecin. Ce terme, forgé dans la première moitié du XXème siècle, ne fait que retranscrire en droit la place que tenait le médecin en fait. Cette position singulière du médecin est aujourd'hui largement dépassée par la complexification du processus de soin et la valorisation continue des autres professions de santé* »[1187].

528. Surtout, car cette évolution s'articulerait parfaitement avec la volonté véhiculée par les principes de la politique de santé publique. A ce titre, la notion de compétence autorise de mettre en valeur une autre notion, très largement évoquée précédemment, à savoir la pluridisciplinarité. Cette dernière, d'ailleurs, peut paraitre inadaptée car elle pourrait être comprise comme autorisant le professionnel à dépasser son champ d'action. Là n'est clairement pas l'objectif. Il s'agit surtout de comprendre le travail de l'autre, afin de gagner en célérité et en liant dans l'optique d'une prise en charge adaptée et permettant tout à la fois de répondre aux besoins du patient sans pour autant mettre en difficulté le professionnel. Précisément, certains exemples récents tendent à mettre en lumière une prise de conscience des pouvoirs publics qu'il faut souligner, à l'image notamment de l'expérimentation de l'accès direct au kinésithérapeute exerçant dans une structure de soins

cela ». **G. CAUMES**, « *La nécessaire réingénierie du décret infirmier au regard de la crise du Covid* » in : **I. POIROT-MAZÈRES, M. TOUZEIL-DIVINA (Dir.)**, Quarante ans de droit(s) de la santé, *op. cit.*, pp. 249-258.

1185 Pour rappel : **H. PÉQUIGNOT**, Médecine et monde moderne, *op. cit.*

1186 **V. VIOUJAS**, « *Parcours du patient et relation médicale* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 445.

1187 **M. GUIGANTI**, « *La notion « d'auxiliaire médical » et la mutation de la profession infirmière* », *op. cit.*

coordonnés[1188], ou encore à travers le développement de la pratique avancée[1189]. Plus encore, s'agissant de ce dernier exemple, il semble que la construction du cadre d'exercice s'apparente davantage à la reconnaissance de missions que d'actes strictes[1190].

B. Point de vue collectif : définir le travail collectif

529. Au-delà des seules définitions des professions, l'objectif pourrait surtout être de mieux appréhender ce que l'on attend par travail collectif, tant celui-ci est indispensable pour le bon fonctionnement des établissements de santé. En effet, les raisons d'une construction des métiers de manière cloisonnée se comprennent aisément. Pour autant, une vision collective est indispensable afin de répondre aux exigences posées par l'émergence de la notion de parcours de soins[1191]. En outre, comment le mettre en place alors même

---

[1188] L'article L. 4321-1 du code de la santé publique prévoyait la possibilité pour le patient de sollicité un kinésithérapeute sans prescription médicale, en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin. Par la suite, l'article 73 de la loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoit qu'à « *titre expérimental, dans le cadre des structures d'exercice coordonné (…), l'État peut autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans, dans six départements. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé* ».

[1189] Sur la pratique avancée, voir : Art. L. 4301-1 et R. 4301-1 à R. 4301-10 du code de la santé publique.

[1190] Il s'agit d'ailleurs de la logique même de cette construction. En effet, l'article L. 4301-1 du code de la santé publique marque bien l'idée de compétences élargies et plus générales. Par suite, l'article R. 4301-1 est aussi clair que descriptif : « *L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État, validées par le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies aux articles D. 636-73 à D. 636-81 du code de l'éducation. Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin. Toutefois, dans le domaine d'intervention « urgences », les modalités de prise en charge des patients sont précisées par les dispositions de l'article R. 4301-3-1. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin et mis en œuvre dans les conditions définies au présent article ainsi qu'aux articles R. 4301-2 à R. 4301-7 et D. 4301-8. Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux* ».

[1191] A ce titre, « *l'approche en termes de parcours de santé accroît les questionnements à l'œuvre autour des transformations de la relation médicale qui s'éloigne, de plus en plus, du colloque singulier auquel elle a longtemps été réduite. A terme, elle exigera aussi sans doute une évolution des textes qui, pour l'heure, ne la conçoivent que sous l'angle étroit et restrictif de la relation de soins* ». **V. VIOUJAS**, « *Parcours du patient et relation médicale* », *op. cit.*

que les professionnels, enfermés dans leur pratique, n'ont pas véritablement la possibilité de travailler les uns avec les autres ?

530. Champ d'action : déontologique ? Cela étant, les champs d'action strictement juridiques sont assez limités. En effet, la mise en place du travail collectif témoigne des limites du régime en place, tant celui-ci semble encouragé, conseillé, sinon exigé par l'ensemble des textes en vigueur, quel que soit leur valeur normative. D'un point de vue déontologique, il semble que les professions d'auxiliaires médicaux sont toutes, pour l'essentiel[1192], contraintes à coopérer[1193], laisser la main à un confrère[1194] ou tout simplement de respecter leurs collègues[1195], toutes professions de santé confondues[1196]. Finalement, à lire ces éléments, cette dimension ne pose pas de difficulté.

531. Champ d'action : réglementaire ? Par suite, s'agissant de l'encadrement réglementaire, celui-ci prévoit un encouragement à ce travail collectif[1197], parfois de manière

---

[1192] Seront principalement envisagés le code de déontologie des infirmiers (décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016) et le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes (décret n°2008-1135 du 2 novembre 2008, modifié par le décret n°2020-1663 du 22 décembre 2020).

[1193] Pour les infirmiers, l'article R. 4312-10 ne parle pas véritablement d'une obligation mais explique néanmoins qu'ils doivent solliciter, « *s'il y a lieu, les concours appropriés* ». *Pour les masseurs-kinésithérapeutes, l'article R. 4321-81 prévoit qu'ils élaborent « toujours son diagnostic avec le plus grand soin, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés* ».

[1194] S'agissant des infirmiers, l'article R. 4312-10 prévoit notamment qu'il « *ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience, ses compétences ou les moyens dont il dispose* ». S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, l'article R. 4321-113 prévoit une disposition équivalente dans cette discipline.

[1195] Pour les infirmiers, voir Art. R. 4312-25 : « *les infirmiers doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Ils se doivent assistance dans l'adversité* » ; Pour les masseurs-kinésithérapeutes, voir Art. R. 4321-99 : « *les masseurs-kinésithérapeutes entretiennent entre eux des rapports de bonne confraternité* ».

[1196] Pour les infirmiers : Art. R. 4312-28 du code de la santé publique ; Pour les masseurs-kinésithérapeutes : Art. R. 4321-110 du code de la santé publique.

[1197] Bien que le bilan soit assez modeste, cet encouragement n'est, par exemple, pas perceptible dans la définition des actes professionnels des masseurs-kinésithérapeutes. Il l'est davantage au niveau des infirmiers, bien que cela reste pour le moins indirect, l'article R. 4311-1 al. 3 du code de la santé publique prévoyant que ces derniers « *exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif* ». Il peut être néanmoins identifié des cas ponctuels, notamment pour les infirmiers et leur possibilité, prévue par l'article R. 4311-4 du code de la santé publique, de déléguer ou

hiérarchique[1198], mais de façon moins poussée qu'en matière déontologique[1199]. Au-delà de la dimension réglementaire, il faut noter que la pluridisciplinarité, et donc la collaboration professionnelle est parfois aménagée au sein de construction particulière, notamment dans la prise de décision en réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie[1200] ou encore pour la procédure collégiale en matière d'arrêt des traitements[1201]. Ceci amène donc une sorte de preuve des limites de cette construction juridique. En outre, il apparaît qu'en dépit des annonces textuelles, il manque un certain nombre d'outils pouvant leur donner une effectivité. Tout cela permet de comprendre que davantage qu'une annonce ou une prescription, la mise en place d'une telle organisation nécessite surtout d'encourager le développement et le changement des comportements professionnels et gestionnaires[1202].

---

d'exercer sous leur responsabilité certains actes relevant de leur rôle propre avec la collaboration d'aides-soignants, auxiliaires de puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux.

[1198] Ainsi, l'article R. 4311-10 du code de la santé publique prévoit que « *l'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en œuvre par le médecin* » de certaines techniques.

[1199] Ce qui, bien sûr, ce comprend aisément. En effet, la réglementation des professions a pour objectif principal de veiller au bon encadrement technique de l'exercice professionnel, quand la déontologie vise aussi le comportement professionnel. A ce titre, les deux champs normatifs se complètent.

[1200] Art. D. 6124-131 al. 1 et 2 du code de la santé publique : « *le projet thérapeutique envisagé pour chaque patient atteint de cancer pris en charge ainsi que les changements significatifs d'orientation thérapeutique sont enregistrés en réunion de concertation pluridisciplinaire. Tous les membres de l'équipe médicale intervenant auprès des patients atteints de cancer pris en charge par le titulaire de l'autorisation participent régulièrement aux réunions de concertation pluridisciplinaire. Lorsque ce titulaire n'exerce pas l'ensemble des pratiques thérapeutiques mentionnées à l'article R. 6123-87, la réunion mentionnée au premier alinéa est tenue avec d'autres titulaires de l'autorisation exerçant ces pratiques, en utilisant éventuellement les dispositifs spécifiques régionaux mentionnés à l'article R. 6123-88* ».

[1201] Art. L. 1110-5-1 al. 1er du code de la santé publique : « *les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire* ». Celle-ci constitue également une obligation déontologie du médecin prévue à l'Art. R. 4127-37-2 du code de la santé publique.

[1202] Ceci valant d'ailleurs pour toute entreprise. En effet, « *les employés sont quant à eux plus enclins à collaborer au sein d'une entreprise dont ils partagent les valeurs et leur performance s'en trouve naturellement accrue. Par conséquent, c'est à l'organisation que revient de faire converger les valeurs qui étayent ses objectifs et celles de ses salariés. Pour relever ce défi, une nouvelle philosophie de gestion est à la disposition des dirigeants : la gestion par valeurs* ». **S. DOLAN, M. EL ALAOUI EL WAHIDI**, « *Chapitre 33 : « comment créer des organisations éthiques ? la gestion par les valeurs* », in *op. cit.*, p. 276.

532. **Encouragement législatif à la coopération.** Avant de traiter du travail au sein des services, il faut noter que les pouvoirs publics ont opéré un encouragement[1203] à une vision collective du soin. La question des groupements hospitaliers de territoire (GHT) peut être envisagée, tant ces derniers sont l'expression d'une recherche de regroupement, et donc de coopération. Ainsi, le GHT « *a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours* »[1204].

533. D'un point de vue médical, l'outil se veut ambitieux. En outre, un projet médical partagé de l'ensemble des membres du groupement est défini au sein d'une convention constitutive et transmis aux ARS[1205]. Le GHT comprend notamment un établissement support devant assurer « *la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent et interopérable* », « *la gestion d'un département de l'information médicale de territoire* », « *la fonction achat* », « *la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement* » et « *la définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences, l'attractivité et le recrutement, la rémunération et le temps de travail des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, dans les limites des compétences des établissements parties à l'égard de ces personnels* »[1206]. Particulièrement importante là-encore, la certification des structures membres se déroule de manière conjointe au sein du GHT[1207]. Par ailleurs chaque GHT comprend désormais une « *commission médicale de groupement* » qui « *élabore la stratégie médicale du groupement et le projet médical partagé du groupement,*

[1203] Le mot est faible.

[1204] Article L. 6132-1 II. du code de la santé publique.

[1205] Article L. 6132-2 II. du code de la santé publique.

[1206] Article L. 6132-3 I. du code de la santé publique.

[1207] Article L. 6132-4 du code de la santé publique.

et participe à leur mise en œuvre » et « *contribue à l'élaboration de la politique territoriale d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* »[1208]. Toujours dans une logique d'inclusion, il est également possible de demander à titre dérogatoire de mettre en place une « *commission médicale unifiée de groupement en lieu et place de la commission médicale de groupement et des commissions médicales des établissements parties au groupement* »[1209] ainsi qu'une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques unifiée de groupement de la même manière[1210].

534. Cependant, cet outil ne permet pas véritablement d'envisager la question du travail professionnel. En effet, celui-ci a vocation à permettre aux établissements publics de santé de mutualiser leurs moyens sur un territoire donné, dans un souci d'égal accès aux soins, mais les caractères participatifs et inclusifs paraissent moins évidents. Cet outil intéresse donc davantage le droit public en première intention, même s'il inclut de manière réduite les établissements privés en leur permettant, seulement, de s'y associer[1211]. Surtout, il semble que ce dispositif soit davantage imposé qu'encouragé pour certaines structures, témoignant d'une volonté d'accélération de cette politique de regroupement menée par les pouvoirs publics. La logique de coopération est érigée au rang d'obligation, directement ou indirectement[1212]. Directement au regard de l'émergence des nouveaux outils, et le caractère

---

[1208] Article L. 6132-2-1 du code de la santé publique. **M. MAZZUCOTELLI**, « *Un pas de plus dans la coopération imposée des groupements hospitaliers de territoire* », LEH Édition, RDS, n° 102, 2021, pp. 600-601.

[1209] Article L. 6132-2-3 du code de la santé publique.

[1210] Article L. 6132-2-6 du code de la santé publique.

[1211] Article L6132-1-VIII du code de la santé publique : « *Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle* ».

[1212] A titre d'exemple, le juge administratif a rejeté le recours d'un établissement public de santé mentale qui avait refusé d'adhérer à un GHT, et dont la demande dérogatoire prévue à l'article L. 6132-1 du code de la santé publique avait été rejetée. La situation témoigne particulièrement du caractère coercitif du dispositif car l'ARS avait non-seulement refusé la demande mais l'avait inclus d'office dans le groupement. Le juge administratif a ainsi rappelé que l'ARS n'avait pas à motiver sa décision et que l'organisation spécifique de la psychiatrie n'est pas à elle seule de nature à justifier une dérogation à l'adhésion à un GHT. Ainsi, « *le refus de dérogation et le rattachement à un groupement hospitalier de territoire d'un établissement public de santé mentale n'ont donc ni pour objet, ni pour effet de déposséder ce dernier de sa spécificité en matière psychiatrique. La réorganisation du secteur public*

obligatoire de l'adhésion au GHT pour les établissements publics. Ensuite, bien que considéré comme un mode de coopération d'organisation, celui-ci symbolise un système fondé autour de l'hôpital public, avec la volonté d'en faire le lieu central des parcours[1213]. Toutefois, la gestion largement centrée sur l'établissement support autorise que l'on retienne que le GHT constitue davantage un outil de fusion que de coopération. En ce sens, pour Laurent HOUDART, « *le vocabulaire emprunté est celui des structures de coopération tel que GIE, GIP ou autre GCS. Et pourtant, le nouveau dispositif en est bien éloigné* »[1214]. Il précise en outre de manière intéressante que « *le GHT ressemble à de la coopération, il porte la dénomination de groupement mais est en réalité un pas définitif vers la fusion. Il aurait donc dû se dénommer « groupe » et non « groupement ». L'établissement support sera comparable à une société mère et les autres établissements à des filiales* »[1215]. En conséquence, il semble qu'il constitue un mécanisme visant à renforcer et organiser l'hospitalocentrisme, mais ne recherche pas véritablement à traiter de la question du travail collectif. Il est donc nécessaire d'aller au-delà de la coopération au sens institutionnel du terme.

535. Protocoles de coopération entre professionnel. Il faut toutefois relever que le code de la santé publique prévoit, depuis 2009, la possibilité pour les personnels de coopérer. En effet, celui-ci énonce que « *les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de*

---

sanitaire en groupements hospitaliers de territoire doit être effective, quitte à se superposer aux organisations spécialement prévues pour certaines filières de prise en charge ». TA Nantes, 9 octobre 2018, Établissement public de santé mentale de la Sarthe, n° 1609869 et 1610896. **Obs. H. ROTH**. RGDM, 2019, n° 70, pp. 273-275

[1213] Ainsi, « *la nécessaire maîtrise des dépenses de santé requiert des modes d'organisation et de gestion adaptés de la part des structures hospitalières. Le regroupement des compétences, la mutualisation des moyens et des équipements constituent des leviers d'actions propres à améliorer l'efficience et l'attractivité des établissements publics de santé, vis-à-vis des patients comme des professionnels de santé. En ce sens, la mise en œuvre de la CHT tout comme celle, prochaine, du GHT marquent les étapes successives d'un passage d'une logique de structures à une stratégie de groupe pour l'hôpital public, dans un but tant d'efficience économique que de riposte à la concurrence des établissements de santé privés* », **C. KELLER**, « *De la communauté hospitalière de territoire au groupement hospitalier de territoire : continuité et rupture* », Lexis Nexis, La Semaine Juridique – Administrations et collectivité territoriales, 2015, pp. 38-41.

[1214] **L. HOUDART**, « *Vers une coopération contrainte : les GHT* », LEH Édition, RDS, HS n° 2, 2016, pp. 103-109.

[1215] **L. HOUDART**, « *Vers une coopération contrainte : les GHT* », *op. cit.*

prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient »[1216]. Toutefois, bien que le dispositif puisse être encouragé et témoigne d'une volonté, certes limitée, de faciliter le travail collectif[1217], il n'en demeure pas moins que son formalisme complexe peut être critiqué[1218]. Par suite, « *leur domaine est par ailleurs limité puisque les protocoles précisent, notamment, les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés* »[1219].

536. Articulation à définir dans une logique de régulation. Pour autant, la transformation de ce système n'implique pas un changement intégral de paradigme à proprement parler. En effet, le fonctionnement actuel, se basant sur un système défini par une logique de régulation parait particulièrement adapté aux exigences de terrain. Tout d'abord parce qu'il permet aux politiques publiques de conserver un contrôle sur la prise en charge[1220], particulièrement sécurisant pour les patients comme pour les professionnels. Pour les premiers car il leur assure une thérapeutique parfaitement adaptée et conforme aux données acquises de la science[1221]. L'idée d'avoir la personne adéquate au juste moment de

---

[1216] Art. L. 4011-1 du code de la santé publique.

[1217] « *Les protocoles de soins interprofessionnels représentent malgré tout une voie de transformations dans la pratique professionnelle en conduisant à envisager d'une manière nouvelle les domaines d'intervention des professionnels. La configuration des compétences attribuées aux professions de santé n'en est pas bouleversée pour autant* ». **S. BRISSY**, « *Les qualifications et parcours des professionnels de santé saisis par le droit* », in : **P.-Y. BERNARD, P. CAILLAUD, S. GHAFFARI, V. GOSSEAUME, G. HOUDEVILLE, et al.**, Qualifications et parcours – Qualification des parcours, XXVèmes journées du longitudinales, Céreq échanges, Nantes, 20 et 21 juin 2019, pp. 189-200.

[1218] Complexe et fastidieux pour les professionnels de santé. Art. L. 4011-2 du code de la santé publique : « *Les protocoles de coopération sont rédigés par les professionnels de santé. Un décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé définit les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération. Les protocoles précisent les dispositions d'organisation spécifiques auxquelles est subordonnée leur mise en œuvre* ».

[1219] **S. BRISSY**, « *Les qualifications et parcours des professionnels de santé saisis par le droit* », in : *op. cit.*

[1220] Bien qu'il ne faille pas perdre de vue les risques éventuels en la matière, en dépit des avantages procurés. Ainsi, « *l'institutionnalisation de la relation, c'est sa mise en sécurité : du point de vue hygiénique, bactériologique ou scientifique en général – ce qui n'est pas mal du tout, bien évidemment … Mais c'est aussi le rétrécissement ou l'assèchement de cette relation, où une bonne part d'émotions et de sens est mise de côté* ». **M. DUPUIS**, L'éthique organisationnelle dans le secteur de la santé, *op. cit.*, p. 85.

[1221] Ainsi, « *cette qualification attestée par l'obtention d'un titre confère au travailleur concerné une habilitation à accomplir certaines missions et certains actes professionnels. La qualification a, de ce point de vue, une fonction normative destinée à protéger la sécurité des patients et à assurer la qualité des prestations de santé* ». **S. BRISSY**, « *Les qualifications et parcours des professionnels de santé saisis par le droit* », in : *op. cit.*

la relation de soins doit être favorisée. Pour les seconds, car cela constitue pour eux un guide dans leur action qui assure une certaine sécurité juridique[1222]. Ainsi, cela sera conforme à la volonté de conformité d'action aux différents principes éthiques[1223].

537. Orienter la quête de performance au niveau de la prise en charge. Il semble que l'ensemble de la transformation de la définition passe là-encore par la poursuite, réelle cette fois-ci, de la valorisation de la notion de continuité dans la prise en charge[1224]. En ce sens, le parcours de soins peut être déployé à condition d'encourager la pluridisciplinarité entre les professionnels[1225]. Pour cela, après avoir recherché l'efficacité, il devient indispensable d'encourager la continuité. Surtout, après avoir défini chacun des différents rouages de la prise en charge, et donc du travail au sein des établissements de santé, il convient maintenant d'appréhender et de mieux définir ce qui va les lier les uns aux autres. Finalement, l'évolution à envisager est assez simple, il s'agit tout simplement de penser la

---

[1222] En effet, dans une prise en charge industrialisée, il peut toujours, en dépit du caractère limitatif et donc potentiellement dégradant d'une telle construction, être rassurant de proposer un guide, offrant la possibilité de manière simplifiée pour les professionnels de savoir lorsqu'ils dépassent leur fonction et sont, dès lors, susceptibles d'engager leur responsabilité.

[1223] Recherche de conformité particulièrement renforcée dans les disciplines précédemment évoquées, comme l'oncologie ou la fin de vie.

[1224] Ceci peut également passer par la coopération des représentants des usagers, comme l'évoque Claire COMPAGNON : « *cela peut changer pas mal de choses si l'on met en lumière que la fluidité des circuits est foutraque, que l'infirmière d'orientation n'est pas en mesure de donner les informations dont les gens ont besoin ou encore que ce jour-là, pour des raisons inconnues et sans réelle justification, tel médecin a cru bon de renvoyer des malades à l'autre bout de l'Île-de-France, alors qu'il y avait de la place dans son service. En posant les questions que personne ne pose et en mettant les choses à plat, il y a souvent moyen de concilier les objectifs des professionnels et les nôtres… voire de construire un plan d'action. C'est un véritable travail de fourmi que mènent les représentants des usagers, mais il est essentiel* ». **C. COMPAGNON**, « *L'essor du patient expert au service d'une démocratie en santé* », Revue française des affaires sociales, no. 1, 2017, pp. 143-153.

[1225] Ce qui n'empêche d'adopter un positionnement purement pragmatique de la pluridisciplinarité. Ainsi, « *l'échange pluridisciplinaire est un outil, remarquable, souvent adapté, mais reste un outil. Il ne met pas à l'abri des jeux de puissance, des positions dogmatiques. Il oblige à accepter que nous sommes parfois face à des « choix tragiques » où il faut bien arbitrer entre des positions dont chacune semble légitime et compréhensible…* ». **GEORGES-TARRAGANO, K. BRÉHAUX, F. PIERRU, D. MECHALI**, « *Du souci de l'autre à la responsabilité collective. Pour une éthique de la collégialité* », in : **C. GEORGES-TARRAGANO (éd.)**, Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût. Presses de l'EHESP, 2015, pp. 283-307.

question du travail collectif et de la continuité, afin de réaliser les objectifs que les pouvoirs publics ont eux-mêmes définis.

538. **Transition**. Par la suite, au-delà de la construction des compétences attribuées aux professionnels et le cadre de leur travail collectif, il est nécessaire de porter le regard sur les éléments visant cette fois-ci à influencer la pratique médicale, au sens large du terme.

Section 2 : Normalisation, source potentielle de limitation de la pratique médicale

539. Au-delà du seul cloisonnement des professions de santé, la question de la normalisation n'est pas sans créer certaines contrariétés. En effet, alors qu'elle est une source de sécurité et de performance tant elle permet de réguler la pertinence du contenu de l'activité médicale[1226], elle présente, malgré tout, des difficultés évidentes qu'il convient de dépasser. Ainsi, inévitablement, l'indépendance professionnelle des praticiens se trouve très nettement concurrencée par un système de santé publique visant, certes, la pertinence, mais venant finalement standardiser avec vigueur leur activité. Ceci n'est, bien évidemment, pas sans prendre le risque de générer une déshumanisation.

540. Surtout, alors que le choix a été fait d'opter pour un accroissement de l'importance du droit souple, ceci précisément afin de ne pas exagérément entrer en conflit avec le monopole médical[1227], la reconnaissance accrue de sa valeur juridique en augmente considérablement la portée au point qu'il semble désormais constituer une contrainte pour l'exercice professionnel (§1). Pour autant, il convient bien évidemment de ne pas critiquer injustement un système qui semble porter ses fruits sous certains aspects, notamment en termes de cohérence. Ici, il s'agit surtout d'avoir conscience des potentielles dérives qu'un cadre contraignant pourrait engendrer. Il serait sans doute plus raisonnable de conserver,

---

[1226] **A.-S. GINON**, « *La pertinence des soins, nouvelle valeur du système de santé ?* », Dalloz, RDSS, 2018, p. 428

[1227] **N. DESCOURS-ALFANDARI**, « *Vers une efficience du système de compétence des professionnels dans le secteur de la santé ?* », *op. cit.* ; **S. BRISSY**, « *Amplifier l'évolution du droit des professions de santé* », *op. cit.*

et protéger un système fondé sur des recommandations, à charge pour la régulation de jouer son rôle[1228], notamment à travers une actualisation sérieuse et fréquente, au point peut-être pour l'administration d'accepter elle-même de s'adjuger une obligation de quête de performance (§2).

§1. Inévitable risque d'atteinte à l'indépendance professionnelle

541. Malgré les incontestables apports du droit souple, il n'en reste pas moins qu'il constitue un potentiel parasite de l'action médicale (A), risque renforcée en cas de croissance du caractère contraignant (B).

A. Droit souple comme potentiel parasite de l'action médicale

542. Ainsi, s'il convient de constater les bienfaits que l'émergence du droit souple a généré[1229], son succès très difficile à contester, il n'en reste pas moins qu'il ne serait pas pertinent de ne pas considérer qu'il puisse être un potentiel parasite de l'action médicale. En effet, alors même qu'il est, par définition, non-contraignant, il est évident qu'il a pris aujourd'hui une place considérable, au point d'être désormais incontournable. Cette situation permet aujourd'hui d'affirmer qu'il constitue un encadrement qui ne dit pas son nom[1230]. Pour autant, le passé a déjà permis d'alimenter les propos de ceux qui expliquaient

---

[1228] **P. VERON**, *La décision médicale*. Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. F. VIALLA, soutenue le 9 décembre 2015 au sein de l'Université de Montpellier. L'auteur retient notamment qu'on « *ne peut encore exclure l'éventualité de recommandations obsolètes qui n'auraient pas été retirées par la HAS lorsque, par exemple, de nouvelles découvertes scientifiques en invalideraient le contenu ou que de nouveaux risques graves associés à un médicament auraient été déclarés pour certaines catégories de patients* » (p. 433). Voir également : **D. TRUCHET**, « *La décision médicale et le droit* », Dalloz, AJDA, 1995, p. 611.

[1229] Voir notamment : Conseil d'état, Le droit souple, Étude annuelle 2013, La Documentation française.

[1230] Ainsi, « *même si les RBPP ne sont pas présentées comme des directives à appliquer mais plutôt à adapter, elles apportent une idée de standardisation des pratiques dont les professionnels n'ont pas l'habitude. Élaborées dans l'objectif d'apporter un cadre porteur pour l'évaluation des pratiques professionnelles, la crainte est de voir les recommandations comme une contrainte et non comme une aide* ». **P. CAMBERLEIN**, **J. GRANGERAY-DUREUIL, C. JAUBERT-BRISSE**, « *Chapitre 36 – Le polyhandicap et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Des références à partager* », in : **P. CAMBERLEIN, G. PONSOT**, La personne polyhandicapée, Dunod, Guides Santé Social, 2021, pp. 677-700.

qu'il n'était pas envisageable de construire un cadre coercitif venant limiter l'activité médicale. Cette affirmation est toujours d'actualité, et rien n'indique que cela évolue à l'avenir par ailleurs.

543. En revanche, au travers de dénomination bienveillante[1231] et ne dégageant aucun sentiment de contrainte ni d'un quelconque caractère obligatoire[1232], certaines sources ont gagné en autonomie[1233], au point qu'il est désormais loisible d'envisager un retour de cette contrainte pesant sur le monopole médical[1234]. Ceci n'est bien évidemment pas sans présenter plusieurs risques, au premier rang desquels une industrialisation exacerbée de la relation de soins menant finalement à une déshumanisation évidente de cette dernière[1235]. Pour autant, il semble que le recours au droit souple soit particulièrement adapté pour opérer une régulation de la prise en charge, afin de rechercher tout à la fois la pertinence et la protection de l'indépendance professionnelle, dans un contexte d'omniprésence de la technique au sein de la pratique médicale. Ceci, car « *le progrès des techniques ne constitue pas*

[1231] En effet, les termes « recommandations » ou « avis » se veulent, par définition bienveillants, et ne visent qu'à conseiller, aider, orienter les professionnels.

[1232] Par essence, cette construction n'appelait en principe pas à mettre en place une quelconque contrainte (à l'exception de l'échec des RMO).

[1233] Notamment les recommandations de bonnes pratiques qui sont des décisions faisant grief et susceptibles de recours en excès de pouvoir : CE 27 avril 2011, Association pour une formation médicale indépendante, req. n°334396. Par suite, leur utilisation en matière de responsabilité professionnelle est largement admise, à travers la notion plus large des « données acquises de la science » : CE, 12 janvier 2005, M. Kerkerian, n°256001. Voir à ce sujet la publication du colloque « *Les recommandations de bonnes pratiques à l'épreuve du Droit* » dirigé par Didier TRUCHET et Marie-France CALLU. LEH Édition, RDS, n°15, 2007, pp. 7-52.

[1234] Alors que les RMO ont montré qu'il était difficile, pour ne pas dire impossible de contraindre, directement, le monopole médical, il semble que les outils actuels, indirectement sont parvenus à atteindre cet état de fait, de par leur influence grandissante.

[1235] Ce propos ne devant pas être compris comme étant un rejet des apports scientifiques. En effet, « *il est hors de propos de mettre en cause les progrès scientifiques, technologiques, les arbres décisionnels et les recommandations des sociétés savantes, des hauts comités ou hautes autorités divers, mais la base de la médecine est une tension, un va-et-vient entre le singulier, le malade (qualifié d'usager...) que l'on a devant nous d'une part et le général que nous donnent des données de la science, des études cliniques, les statistiques (...) d'autre part. Les guidelines, les recommandations ne remplacent pas l'analyse de la situation singulière. Si la décision prise va à leur encontre, elle doit être justifiée et argumentée. C'est notre responsabilité, c'est-à-dire savoir répondre de ce que l'on a décidé et fait* ». **O. JONQUET**, « *Quelle place pour l'éthique et les instances éthiques ?* », in : **F. VIALLA, P. VIELFAURE (Dir.)**, Les pouvoirs publics face aux épidémies. De l'Antiquité au XXIè siècle, LEH Éditions, A la croisée des regards, Bordeaux, 2021, pp. 259-268.

forcément pour la médecine un processus cumulatif se sédimentant en acquis irréversibles, comme c'est le cas en mécanique, et que l'on n'est jamais dispensé de l'impératif de prudence qui régit toute action »[1236]. Mais il convient malgré tout de veiller à ne pas tomber dans certaines dérives aisément identifiables. Ainsi, « *si chaque prise en charge médico-soignante reste spécifique et unique, les processus de cette prise en charge obéissent à un principe de standardisation, de normalisation, qui va croissant* »[1237]. Pour autant, la véracité de la seconde partie de cette affirmation ne doit pas conduire à éclipser la première.

544. Droit souple : un encadrement innomé. Tout d'abord donc, la question de la valeur juridique devant être reconnue ou accordée au droit souple a fait l'objet de nombreux développements[1238]. A ce sujet, le droit de la santé ne déroge d'ailleurs pas à la règle[1239]. Précisément, force est de constater que tant dans le recours que dans l'importance, le succès parait total. Véritable boussole pour les juges, réelles sources facilitant le travail quotidien, il semble désormais incontournable. Justement, ce succès permet aujourd'hui d'envisager les dérives éventuelles[1240], et il semble qu'il a généré un encadrement innomé, et bénéficie d'une valeur juridique des plus fortes, au point qu'il est permis d'envisager que l'objectif

---

[1236] **D. FOLSCHEID, J.-J. WUNENBURGER**, « *Chapitre XV – La finalité de l'action médicale* », in : *op. cit.*, p. 141.

[1237] **C. GRENIER, D. LE GULUDEC, P. DE MONTALEMBERT, V. MOUNIC**, « *Haute Autorité de santé et normalisation de la médecine* », Les Tribunes de la santé, 2020, Vol. 64, n°2, pp. 37-47.

[1238] Voir notamment : **J. RICHARD et C. VIGOUROUX**, « *Du droit « mou » au droit « souple »* », *op. cit.* ; **A.-S. BARTHEZ**, « *Les avis et recommandation des autorités administratives indépendantes* », in : *op. cit.* ; **M. MEKKI**, « *Propos introductifs sur le droit souple* », in : *op. cit.*

[1239] Voir notamment : **J. CHOCHOIS**, *La justiciabilité post-moderne du droit souple de la santé*, Thèse de doctorat en Droit, préparée sous la direction du Pr. J. SAISON-DEMARS et soutenue le 18 octobre 2019 au sein de l'Université de Lille.

[1240] Justement, « *la logique gestionnaire s'appuie sur l'evidence-based medicine qui lui fournit la norme à partir de laquelle sont définies les règles de bonnes pratiques. La démarche qualité vise l'adéquation des pratiques effectives avec la norme via la protocolisation, la standardisation, la certification ou l'accréditation. Enfin, tout écart à la norme est interprété comme une faute professionnelle, alimentant ce que les soignants ont coutume d'appeler le « risque médico-légal », c'est à dire la possibilité qu'une plainte soit déposée contre eux pour exercice non-conforme à la loi ou aux recommandations de bonnes pratiques. Ces trois phénomènes partagent une représentation commune de ce que serait le travail : l'application la plus stricte possible de procédures ou de recommandations* ». **N. PUJOL, M.-L. DE WARREN, S. MARSAN**, « *Mourir au temps du Covid-19* », Laennec, Tome 68, 2020/4, pp. 5-10.

initial est assez largement dépassé[1241]. Sans remettre en cause la pertinence du système, il est malgré tout envisageable de retenir qu'il constitue une source parfois parasitaire du travail au quotidien. De manière générale, « *le « spectre de la responsabilité » ne doit pas parasiter l'esprit du praticien lorsqu'il décide des soins à apporter* »[1242].

545. RMO : confirmation de l'inefficacité d'un encadrement contraignant. Précisément, le cas des références médicales opposables constitue un exemple assez éloquent des dérives potentielles qu'entrainent la mise en place d'un système venant contraindre l'activité médicale[1243]. En effet, alors qu'il ne concernait pourtant que la dimension économique, certes le nerf de la guerre de tout métier, il a malgré tout fait l'objet d'un important rejet, au point qu'il est très rapidement tombé en désuétude. L'étude de la fin du système est par ailleurs là aussi particulièrement illustrant.

546. En outre, alors même que l'échec est acté par l'ensemble des acteurs, c'est-à-dire des professionnels, mais également de l'administration elle-même, le dispositif n'a pas fait l'objet d'une réforme d'ampleur et n'a pas non plus été supprimé, sans qu'aucune importance réelle ne lui soit accordé[1244]. Cet acte manqué, opposé à la réussite du dispositif des recommandations de bonnes pratiques montre bien à quel point il est vain d'envisager une quelconque contrainte sur l'activité purement médicale d'un professionnel de santé, et

---

[1241] En effet, alors que la construction visait avant tout à réguler par l'orientation des pratiques, il semble que le succès de ces mécanismes a fait que ces derniers se sont peu à peu mués en pouvoir normatif et contraignant. Dès lors, il devient plus difficile de parler de droit souple en la matière.

[1242] **G. CANSELIER**, Les données acquises de la science. Les connaissances scientifiques et la faute médicale en droit privé, Thèse de droit préparée sous la direction du Professeur Catherine LABRUSSE-RIOU et soutenue publiquement le 3 octobre 2006 au sein de l'université Paris I, LEH Édition, Collection Thèses numériques de la BNDS, Bordeaux, 2010, p. 532.

[1243] Pour rappel : **C. ATIAS**, « *Les références médicales opposables : révolution et continuité ?* », *op. cit.* ; **A. LAUDE**, « *La force juridique des références médicales opposables* », *op. cit.* ; **P. SARGOS**, « *Références médicales opposables et responsabilité des médecins* », *op. cit.* ; **H. ALLEMAND, M.-F. JOURDAN**, « *Sécurité sociale et références médicales opposables* », *op. cit.* ; **A. OGIEN**, « *Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle* », *op. cit.*

[1244] Conseil d'état, Le droit souple, *op. cit.* ; **A. OGIEN**, « *Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle* », *op. cit.*

donc par extension d'un établissement de santé[1245]. Le Droit ici, de par la contrainte qu'il génère, n'y trouve pas sa place.

B. Risques associés à une croissance de la contrainte

547. Recommandations de bonnes pratiques : le retour de la contrainte ? Par suite, le cas des recommandations de bonnes pratiques témoigne, par opposition, d'un succès objectif[1246]. Sa dimension et son mode de fonctionnement bien plus doux lui a véritablement permis de tirer son épingle du jeu. A tel point qu'il a peu à peu acquis une authentique valeur contraignante. Certes, principalement à travers la notion classique des données acquises de la science[1247]. Mais pour autant une valeur juridique indiscutable, les juridictions y faisant références, et surtout pouvant sanctionner une structure ou un praticien pour un acte contraire à ses préconisations. Ainsi, comme l'explique Didier TABUTEAU, « *le développement des recommandations de bonnes pratiques et des références médicales est a priori porteur d'une meilleure prise en charge des malades et d'une réduction des risques iatrogènes. L'Evidence Based Medicine permet d'évaluer l'efficacité et la sécurité des thérapeutiques et met les praticiens, mieux informés, en mesure de mieux soigner. Pourtant, ces dispositifs réduisent également la liberté d'action*

[1245] Danièle CRISTOL illustre assez bien la différence entre les deux dispositifs : « *En définitive, les RMO permettent de savoir ce qui ne doit pas être fait et sont rédigées sous forme de préconisations négatives, telles « il n'y a pas lieu de... » ou « il n'est pas utile de... », tandis que les recommandations de bonne pratique indiquent la démarche à retenir* ». **D. CRISTOL**, « *Le possible contrôle, par le juge de l'excès de pouvoir, des recommandations de bonne pratique* », *op. cit.*

[1246] Alors même que cet encadrement avait vraisemblablement davantage vocation à concerner les professionnels libéraux, plus difficilement contrôlables, la référence aux recommandations de bonnes pratiques est omniprésente au sein des établissements de santé. Il suffit de consulter le manuel de certification pour s'en convaincre. Par exemple, la HAS introduit l'objectif 3.7 « *l'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins* » par le propos suivant : « *une dynamique d'amélioration est essentielle pour garantir le service rendu au patient. La mobilisation des recommandations de bonnes pratiques, l'évaluation des pratiques et des résultats pour le patient, l'analyse des événements indésirables et les démarches d'amélioration en équipe permettent d'assurer cette dynamique d'amélioration* ». HAS, Manuel : Certification des établissements de santé, Septembre 2021, p. 178, M-à-J. Version 2023, p. 188.

[1247] CE 27 avril 2011, Association pour une formation médicale indépendante, req. n°334396 ; CE, 23 décembre 2020, n°428284.

des professionnels en les enserrant dans des normes juridiques qui, pour ne pas être contraignantes, sont néanmoins très pressantes et susceptibles d'être invoquées devant les juridictions »[1248].

548. Et c'est précisément ici que nait le risque. En effet, puisque la recommandation obtient une valeur contraignante, elle n'a dès lors de recommandation que le titre, mais plus véritablement dans le fonctionnement, ni même peut-être dans sa construction[1249]. Car à partir du moment où il est acté qu'une recommandation de bonne pratique peut détenir un caractère opposable, même indirect[1250], la légitimité peut, cela va sans dire, poser question[1251].

549. Risques associés à la normalisation de la pratique médicale : la déshumanisation[1252]. Finalement, les risques sont donc assez aisément identifiables. Et le principal d'entre eux : la déshumanisation de la pratique médicale. En outre, alors que l'idée d'un colloque singulier[1253] est toujours fermement étudiée, attendue et en apparence

---

[1248] **D. TABUTEAU**, « *Santé et liberté* », Pouvoirs, vol. 130, no. 3, 2009, pp. 97-111.

[1249] Sur la complexité du propos et de la qualification des recommandations de bonnes pratiques : **O. SMALLWOOD**, « *Essai d'une qualification juridique des recommandations* », LEH Édition, RDS, n°15, Janvier 2007, pp. 17-28.

[1250] A ce titre, rien n'empêche donc l'autorité émettrice de s'arroger dans le même temps un nouveau pouvoir, à savoir contraindre l'activité médicale. Bien sûr, le propos est volontairement exagéré, il n'en reste pas moins pertinent, *a fortiori* lorsque l'on observe qui émet ces actes.

[1251] En ce sens, comme retient Didier TABUTEAU : « *Cette technicisation de la décision dans le domaine de la santé se traduit également par le renforcement du rôle de l'expertise. Comités et commissions, agences et autorités indépendantes sont appelés à se prononcer non seulement sur la valeur des thérapeutiques mais également sur les programmes de santé, sur le remboursement des actes et des produits de santé ou sur la planification sanitaire. Il y a alors risque d'une captation de la décision publique par l'expertise et de limitation du débat public sur des questions par nature politiques. L'expert se mue alors, selon les circonstances, en paravent, en instrument ou en tuteur du politique* ». **D. TABUTEAU**, « *Santé et liberté* », *op. cit.*

[1252] Voir notamment : **O. SMALLWOOD,** *La qualité des soins à l'épreuve du droit : Étude à travers l'exemple des infections associées aux soins*, Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. François VIALLA et soutenue en 2008 au sein de l'Université de Montpellier 1.

[1253] **G. DUHAMEL**, Paroles de médecin, 1946 : « Le colloque du médecin et du malade est essentiellement un colloque singulier, un duo entre l'être souffrant et celui dont il attend délivrance. Entre ces deux personnages existe presque toujours un secret », cité par : **F. VIALLA**, « *La faute d'humanisme* », *op. cit.* Voir également : « *La médecine n'est pas exactement ce qu'on appelle, de nos jours, une science, et non plus un art ainsi qu'on l'a qualifiée longtemps. C'est un ensemble de connaissances scientifiques ou empiriques dont le juste usage permet au praticien de*

protégée, il semble assez évident que la normalisation vient parasiter son exercice. En effet, la mise en place d'un droit souple, désormais endurcie, peut immanquablement pousser chaque praticien à agir dans le même sens[1254]. Au point donc de ne plus voir de variété dans le diagnostic, mais aussi et surtout dans la prise en charge du patient. Ainsi, « *le processus de standardisation du soin via l'approche procédurale permet d'éloigner l'humain de la décision. Son autonomie est mise à mal par les protocoles, recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus et autres guides de bonnes pratiques (…). À terme, c'est alors la capacité même du clinicien à élaborer des décisions qui serait menacée. Dans le programme que l'on voit se dessiner, la pratique médicale se résumera à l'application de procédures établies par des experts* »[1255].

550. Si l'objectif de pertinence et de cohérence parait rempli d'un point de vue global, l'exigence d'individualité, de particularisme et de relationnel vis-à-vis du patient semble en revanche laissée de côté. Le risque est d'ailleurs exacerbé s'agissant des établissements de santé. En outre, leur mode de fonctionnement industrialisé, mécanisé, vient déjà en lui-même générer cette déshumanisation[1256]. Ceci de manière structurelle. *A fortiori*, si ce qui

---

reconnaître, de distinguer les maladies, de prévoir et de modifier leur évolution (…). Mis à part les grands désordres épidémiques (…), l'acte médical est, par essence, un acte singulier, - j'entends le mot au sens qu'il prend dans « combat singulier », - c'est-à-dire un acte d'homme à homme. Le malade, pressé par l'inquiétude, la souffrance, le sentiment du péril, demande assistance. Il s'adresse, en général, au médecin diplômé, au spécialiste dont les titres, l'expérience et la réputation donnent par avance une sorte de garantie ». **G. DUHAMEL**, « *Les excès de l'étatisme et les responsabilités de la médecine* », Revue des Deux Mondes, Huitième période, Vol. 21, n°2, 15 mai 1934, pp. 277-299.

[1254] Certains vont même jusqu'à envisager une potentielle déresponsabilisation qui, à dire vrai, peut s'entendre. Ainsi, « *production de la connaissance, pouvoir et responsabilité sont intimement liés. Le pouvoir et l'autonomie des cliniciens d'autrefois reposaient sur une caractéristique double – et opaque – qui faisait de leur expérience professionnelle la source des règles de l'art. Ils concevaient donc les règles de métier en même qu'ils en étaient les praticiens. Cette perte de pouvoir et d'autonomie, conséquence d'une plus grande standardisation des pratiques, s'accompagnera peut-être, à l'avenir, d'une séparation des responsabilités. Ainsi, lorsque le praticien n'est pas en cause, c'est contre les instances productrices de la norme que les parties civiles seront susceptibles de se retourner. Il y a ici, concernant la responsabilité, un effet de « vases communicants » : si, en effet, les praticiens n'ont plus d'autonomie face à la loi ou à la recommandation, alors ils seront de facto partiellement déresponsabilisés en l'appliquant scrupuleusement. La responsabilité rejaillira donc sur les instances productrices de la norme et notamment en cas de défaut de mise à jour des recommandations par les sociétés savantes et la HAS* ». **J. DUMESNIL**, Art médical et normalisation du soin, PUF, Souffrance et théorie, 2011, p. 34.

[1255] **E. AZRIA**, « *Le soignant et la standardisation des pratiques médicales* », Laennec, vol. 61, n°3, 2013, pp. 32-41.

[1256] Comme l'explique Élie AZRIA, « *il faut relever le paradoxe d'une évolution épistémologique progressiste qui a conduit la connaissance scientifique à évaluer le soin en vue du plus grand bien du patient, mais de laquelle émergent à l'inverse les conditions d'une déshumanisation de celui-ci* ». « *Le soignant et la standardisation des pratiques médicales* », *op. cit.*

fait le cœur de l'exercice médical se trouve lui aussi rigoureusement encadré, alors il ne reste finalement plus grand-chose d'humain dans la relation de soins.

551. En adoptant une vision futuriste et sans doute exagérée à l'absurde, encore que, il n'est pas interdit d'imaginer un hôpital où chaque étape serait prédéfinie, ou le contact avec les différents interlocuteurs serait réduit au minimum, pour ne pas dire supprimé, avec certes un parcours de soins, efficace sur le plan de la thérapeutique et de la réalisation des actes. Il n'en serait pas moins rejeté pour une raison assez simple : personne n'a, aujourd'hui pas plus qu'hier, cette vision de la médecine[1257]. Le patient vient pour être soigné, non pour être réparé. Le soignant, quant à lui, vise à prendre soin, pas simplement à exercer sa tâche sans accroc[1258]. En cela, il est indispensable de garder cet état de fait à l'esprit. Si l'exercice de la médecine implique de la pertinence autant que de la cohérence, il ne saurait être automatisé[1259].

[1257] Par suite, Guillaume CANSELIER cite Christian ATIAS et retient qu'il « *importe de prendre garde « à ne pas inciter les médecins à la pusillanimité, à l'excessive prudence qui leur ferait éviter des actes éventuellement salvateurs, mais juridiquement salutaires, mais médicalement pernicieuses parce que retardant à l'excès une décision urgente »* ». **G. CANSELIER**, Les données acquises de la science. Les connaissances scientifiques et la faute médicale en droit privé, Thèse de droit préparée sous la direction du Professeur Catherine LABRUSSE-RIOU et soutenue publiquement le 3 octobre 2006 au sein de l'université Paris I, LEH Édition, Collection Thèses numériques de la BNDS, Bordeaux, 2010, p. 532 ; Article cité par l'auteur précédent : **C. ATIAS**, « *Spécificité de l'activité médicale et responsabilité* », in : La responsabilité civile du médecin. Actes du Colloque (19-20 juin 1992) organisé par le Laboratoire d'Épistémologie Juridique (Faculté de droit et de Science Politique), La faculté de médecine de Marseille, le Conseil Départemental des Bouches du Rhône de l'Ordre National des Médecins, PUAM, 1993, p. 123.

[1258] A ce titre, Alexis JEAMET précise que « *les recommandations de bonnes pratiques (RBP) s'inscrivent aussi dans cette survalorisation tendancielle de la technique. Si les protocoles permettent l'amélioration de la qualité des soins, la reconnaissance d'un corps professionnel et de « scientificiser » les soins infirmiers tout en limitant la variabilité des pratiques, ils présentent différentes limites : enfermement, norme définitive, disjonction entre efficacité théorique et efficacité réelle. Les protocoles de soins ne sont que des normes idéales qui exigent des conditions de temps, de personnel, des conditions matérielles pour leur mise en œuvre, qui généralement ne correspondent pas à la réalité. En somme, la part inestimable du soin fait face à la logique de performance* ». **A. JEAMET**, « *La part gratuite du travail des infirmières hospitalières menacée par la taylorisation du soin* », Nouvelle revue de psychosociologie, vol. 32, no. 2, 2021, pp. 71-84.

[1259] Hypothèse qui, de toute façon, ne pourrait pas s'inscrire dans une démarche de parcours. En effet, « *la singularité est la résultante des attributs du parcours d'un patient, de sa variété, de sa variabilité, ou encore de la forme d'implication du patient. Elle s'exprime donc de différentes manières. Mais dans cette singularité, un attribut joue un rôle plus particulier, c'est celui de la variété. Car cette variété de parcours s'établit sur la prise en compte de différentes caractéristiques du patient, cliniques, sociales ou personnelles. Or, chaque caractéristique révèle un besoin, une demande ou une préférence de la*

552. Retour d'expérience de la crise Covid. Là-encore, la crise Covid a permis de mettre en lumière l'influence et l'importance que le droit souple a pu acquérir dans le système de santé, mais aussi plus pratiquement au sein des établissements de santé. En effet, il est admis que la prolifération des avis et recommandations en tout genre s'est lourdement accentuée[1260], avec le renforcement de la place des experts[1261], au point d'être attendue avant d'agir[1262]. Finalement, il apparaît que cette crise a accéléré les effets négatifs qui pouvaient être envisagés. En outre, à force de chercher à orienter ou réguler l'action et les comportements, il en résulte une potentielle paralysie. En conséquence, et alors même que l'objectif initial était de faciliter le travail au quotidien, cette construction prend au contraire le risque de le ralentir, voire de le parasiter.

---

part du patient ». **É. MINVIEILLE**, Le patient et le système. En quête d'une organisation sur-mesure. Approches innovantes du parcours de santé, Seli Arslan, Paris, 2018, p. 72

[1260] Ainsi, « *l'État a assis le cadre d'un pilotage national très centralisé. Il était indispensable mais s'est manifesté par un foisonnement de recommandations que les agences régionales de santé (ARS) et préfectures ont parfois eu du mal à incarner pleinement* ». **M.-N. GERAIN-BREUZARD**, « *Le Covid : accélérateur des évolutions à l'hôpital* », RFAS, 2021/4, pp. 121-128.

[1261] « *La crise mondiale due à l'épidémie de Covid-19 a surpris nos gouvernants qui n'étaient pas du tout préparés à un choc sanitaire de cette ampleur (…). La dimension exclusivement sanitaire de cette crise les a donc conduits à s'entourer d'experts du monde médical en vue de prendre les décisions les mieux adaptés pour faire face à la pandémie. Cette association entre le pouvoir politique et la science n'avait jamais été aussi explicitement revendiquée, tout au moins en France* ». **A. VIALA**, « *Le coronavirus ou les symptômes d'une épistocratie sanitaire* », LEH Édition, RDS, n°96, Juillet 2020, pp. 585-588.

[1262] Ce qui n'est pas nécessairement une critique par ailleurs. Ainsi, pour un exemple dans le secteur médico-social, « *s'il est vrai que la réception des recommandations des agences régionales de santé (ARS) a été salutaire, en ce sens qu'elles présentaient une ligne directrice à suivre pour les établissements, elles ont malheureusement très rapidement présenté les défauts de leurs qualités. D'une part par la multitude de consignes, parfois divergentes, qui ont été difficiles à assimiler par les directions, manquant déjà de temps en période de crise, ensuite parce qu'elles ont souvent été appliquées stricto sensu par les établissements. Ainsi, souhaitant se conformer aux recommandations de leurs autorités de tutelle, dans un contexte de privation mondiale de liberté et sans connaître la réelle dangerosité de la Covid-19, des décisions parfois restrictives des libertés fondamentales ont pu être prises. La balance bénéfices-risques en début de crise a conduit nombre d'établissements à privilégier la sécurité à la liberté : suspension des visites, confinement en chambre, annulation des moments de convivialité, ou encore suspension des autorisations de sorties* ». **M. BRUNEL**, « *Piloter un établissement médico-social dans l'urgence* », in : **F. VIALLA, P. VIELFAURE (Dir.)**, Les pouvoirs publics face aux épidémies. De l'Antiquité au XXIè siècle, *op. cit.*, pp. 221-230.

553. Nécessité d'une pratique médicale encadrée. Pour autant, le propos précédant ne doit pas amener à penser que la pratique médicale ne doit supporter aucun encadrement. Cela serait absurde. Bien au contraire, son importance primordiale implique précisément la mise en place de garde-fous et de contrôles particulièrement renforcés. Mais ceci en protégeant le caractère fondamental de la liberté et de l'indépendance professionnelle[1263]. Et précisément, le cadre mis en place, notamment en matière de responsabilité, est particulièrement pertinent et fonctionnel. Surtout, la construction du régime de protection sociale français, fondé sur un financement assumé par la solidarité nationale, n'admet pas l'exercice de l'activité médicale librement. Juridiquement parlant, l'émergence des droits accordés au patient justifie à plus forte raison encore cette exigence d'encadrement.

554. Transition : le droit souple, un encadrement adapté. Malgré tout, l'encadrement se doit d'être équilibré, et il convient sans doute de retenir que le droit souple rempli plutôt bien cet office[1264]. Pour autant, il doit vraisemblablement, et aussi souvent que nécessaire, conserver sa souplesse. Lorsqu'il envahit le champ de la contrainte, il devient possible, peut-être, d'envisager un mode de fonctionnement adapté, où la régulation, de par l'autorité qu'elle s'arroge, accepte de jouer un rôle renforcé, et ainsi prendre sa part dans la quête de performance.

[1263] Rappelons que l'indépendance professionnelle constitue une obligation légale (le renvoi pour les professions médicales est d'ailleurs omniprésents au sein des articles L. 4111-1 et suivants du code de la santé publique) et déontologique, l'indépendance professionnelle étant présenté comme inaliénable à ce titre (pour des exemples : Art. R. 4127-5 pour les médecins, R. 4312-6 pour les infirmiers et R. 4321-56 du code de la santé publique pour les masseurs-kinésithérapeutes), et qu'aucun employeur ne pourrait aller à son encontre (pour des exemples : Art. R. 4127-95 pour les médecins, Art. R. 4312-63 pour les infirmiers et Art. R. 4321-136 du code de la santé publique pour les masseurs-kinésithérapeutes).

[1264] Plus encore, en matière juridique, « *il est des questions que l'on ne saurait trancher en se référant aux seules règles du droit sans que soit négligée une myriade d'informations essentielles. La qualité des solutions juridiques dégagées s'en ressentirait inévitablement. A l'évidence, l'encadrement de la médecine pose des questions de ce type. Il est certainement opportun pour le juriste confronté aux difficultés nées des pratiques médicales de recourir à des normes non-juridiques pour éclairer son appréciation des faits* ». **G. CANSELIER**, Les données acquises de la science. Les connaissances scientifiques et la faute médicale en droit privé, *op. cit.*, p. 318.

§2. Exigence indispensable d'actualisation des normes de droit souple

555. En conséquence, la question d'une actualisation fréquente des normes de droit souple doit être envisagée. Tout d'abord, la nécessité d'un caractère non contraignant par principe semble difficile à contester (A). Pour autant, il reste inévitable de traiter de la temporalité de ces sources, afin de veiller à conserver un haut niveau de pertinence (B).

A. Nécessité d'un caractère non contraignant par principe

556. Droit souple : un encadrement adapté … sous conditions. L'observation de la pratique quotidienne amène assez facilement à considérer que le déploiement du droit souple semble constituer un encadrement adapté à la pratique médicale[1265]. En effet, ceci s'explique par plusieurs raisons. En premier lieu, parce que cet exercice nécessite la mise en place d'un cadre limité afin d'offrir une liberté d'action aux professionnels, indispensable à la bonne réalisation de leurs tâches, et dans un souci de respect de leur indépendance professionnelle[1266]. En cela, une construction visant la recommandation, certes parfois orientée, et non la contrainte semble plus appropriée. Dans un second temps, et face au succès juridique du droit souple, il convient de rappeler l'impérieuse nécessité du maintien d'un caractère non contraignant de principe[1267]. Ceci étant, il serait judicieux d'envisager

---

[1265] Comme le note Frédéric TIBERGHIEN, « *par définition, on attend du droit souple qu'il soit plus malléable et plus rapidement adaptable que le droit dur* ». **F. TIBERGHIEN**, « *Droit souple et Haute Autorité de Santé* », *op. cit.*

[1266] Le respect de l'autonomie professionnelle est absolument primordial. Ainsi, Jean-Paul MARKUS retient que, « *la menace de sanction liée aux références et recommandations ne devrait pas modifier le comportement médical. Ce comportement reste avant tout dicté par des considérations déontologiques et thérapeutiques, qui par elles-mêmes sont de nature à éviter toute sanction au médecin. En effet, un professionnel de santé doit conserver son indépendance professionnelle à l'égard des confrères (code de déontologie, art. R. 4127-5), même de ceux qui émettent des références et recommandations* ». **J.-P. MARKUS**, « *La faute du médecin et les bonnes pratiques médicales* », *op. cit.*

[1267] Ceci en cohérence avec la notion même de recommandation. A titre d'exemple, « *les « recommandations de bonne pratique » sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données »* ». HAS, Guide Méthodologique, Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations pour la pratique clinique », Décembre 2010, Mise à jour Janvier 2020, p. 7. Voir également (propos cité par le guide) : **Institute of Medicine, MJ FIELD, KN LOHR**, Clinical practice guidelines. Directions of a new program. Washington : National Academy Press, 1990.

une meilleure inclusion des acteurs à la construction de ces recommandations, et d'adapter le langage[1268], afin que la fonction de guide pratique soit respectée.

557. Nécessité d'une pratique médicale standardisée … *a minima*. Ainsi, il convient de noter avant toutes précisions que la pratique médicale nécessite un encadrement[1269]. A ce titre, ces mécanismes de droit souple semblent adaptés, dans la mesure où ils permettent l'édiction de règles plus pertinentes au secteur visé. Ainsi, « *mieux à même de connaître les contraintes de leurs secteurs, les experts permettent l'adoption de règles réalistes et adaptées mais aussi (et donc) plus efficaces et plus réactives. Ils sont sollicités soit dans les domaines techniques, dans lesquels l'État ne possède pas nécessairement les connaissances suffisantes et/ou dans lesquels la régulation est très lourde à gérer (comme en matière de santé), soit dans les domaines fondamentaux, qui réclament que les citoyens soient protégés de l'État lui-même, protection assurée par l'intervention de sages* »[1270]. Plus encore, la standardisation dont elle fait l'objet présente d'incontestables vertus. La hausse de la technicité induit une hausse de la complexité. En cela, dans un souci de sécurité, il semble pertinent d'encadrer un exercice toujours plus difficile à appréhender, au risque de mettre la santé du patient en péril. Par suite, d'un point de vue strictement professionnel, elle véhicule quelque chose de sécurisant pour les acteurs. Toujours en raison d'une croissance des complications d'action, il parait nécessaire de ne pas laisser le praticien livré à lui-même face à sa liberté thérapeutique. En ce sens, soutient ne veut pas dire contrainte. Cela étant, il convient manifestement de garder cette idée en tête. Ce qui peut éventuellement être recherché par un praticien est un soutien, un guide dans son action. Le recours à ces outils parait d'ailleurs soucieux du respect des obligations déontologiques[1271] de celui-ci, et

---

[1268] Afin de renforcer la dimension visant à guider les professionnels et informer les patients, au détriment de l'insinuation de l'injonction visant à contraindre les professionnels à adopter les comportements prescrits.

[1269] En effet, comme l'explique Alain Garay, « *la standardisation des procédures médicales requiert une certaine prudence car il s'agit de documenter une méthodologie médicale qui ne contient pas d'approximations arbitraires et qui réfute les gestes de routine effectués sans égard aux caractéristiques particulières d'une situation donnée* ». **A. GARAY**, Gestion juridique du risque médical, *op. cit.*, p. 264.

[1270] **P. DEUMIER**, « *Avis et recommandations au regard du droit positif* », LEH Édition, RGDM, n°30, mars 2009, pp. 33-45.

[1271] Et sans aucun doute juridique, au regard notamment de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique. Pour rappel : « *toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la*

notamment celle exigeant qu'il maintienne ses compétences et connaissances à jour[1272]. A ce titre, l'objet de cette pratique est, et doit rester la recherche de pertinence, et non pas constituer une contrainte déguisée[1273].

558. Maintien d'un caractère non contraignant de principe. En outre, il est primordial de maintenir le principe d'un caractère non contraignant. En effet, si la recherche de pertinence se justifie, la mise en place d'un cadre limitant la liberté professionnelle des praticiens, elle, ne trouverait pas vraiment de légitimité[1274]. Tout d'abord car il est illusoire d'envisager la relation de soins de manière univoque, tant chaque patient présente finalement sa réalité et ses besoins[1275]. Face à cette situation, il revient au praticien de

---

meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ».

[1272] Art. R. 4127-11 pour les médecins ; Art. R. 4312-46 pour les infirmiers ; Art. R. 4321-62 pour les masseurs-kinésithérapeutes.

[1273] Bien que par essence, le droit souple peut largement induire une contrainte, mais pas nécessairement au sens juridique du terme. Ainsi, dans son étude de la thématique, Catherine THIBIERGE présente trois composantes du droit souple : le droit flou, le droit doux et le droit mou. A propos de la dernière composante, elle explique : « *de manière très rapide, on pourrait dire que c'est un droit sans sanction. Mais de suite il faudrait préciser : sans sanction juridique prévue. Car s'il ne produit pas d'effets juridiques prédéterminés, au sens notamment où la contrainte de l'autorité publique lui fait défaut, il n'en est pas pour autant dépourvu de conséquences : qu'il s'agisse d'effets juridiques possibles, tels que la responsabilité civile, ou d'effets non juridiques, comme un effet d'influence sur les conduites des acteurs ou d'orientation des politiques, ou encore d'un effet contraignant au sens social de la contrainte : du blâme à l'exclusion, en passant par le boycott, le droit mou, s'il ne rime avec contrainte juridique, peut cependant connaître la vigoureuse pression du groupe international, professionnel, économique ou social. Et cette contrainte sociale, pour n'être pas juridiquement prévue, peut se révéler extrêmement efficace* ». **C. THIBIERGE**, « *Le droit souple* », Dalloz, RTD Civ., 2003, p. 599.

[1274] La HAS, elle-même, tient compte de cet état de fait et précise que « *l'élaboration d'une RBP ne doit pas être un objectif en soi* », par suite elle retient qu'elles « *sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient* ». HAS, Guide Méthodologique, Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations pour la pratique clinique », *op. cit.*, pp. 3-4.

[1275] Ainsi, « *la relation médicale se différencie de l'acte de soin. Elle est constituée de différentes rencontres et interventions (…). Le praticien doit, par conséquent, s'adapter à ce nouveau paradigme plaçant le malade au cœur de la relation de soins. Cette dernière n'est plus à elle seule satisfaisante, pas plus que ne l'est le respect scrupuleux des règles de droit. Une approche éthique de ce lien exclusif et original devient nécessaire et complémentaire. Elle rend plus humaine la relation médicale qui ne se trouve légitimée qu'à travers la bienfaisance et le respect du patient dans toute sa singularité. Ceci suppose attention, dialogues et échanges, éléments déterminants de la relation de confiance liant le soignant et le soigné* ». **B. BÉVIÈRE-BOYER**, « *La relation médicale : de la complémentarité de la pratique médicale, du droit et de l'éthique* », in : **B. PY, F. VIALLA, J.**

s'adapter, notamment parfois en s'écartant des attendus scientifiques classiques[1276]. A ce titre, la mise en place d'un dispositif contraignant ne semble pas adaptée. Il semble d'ailleurs que personne n'estime pertinente une évolution contraire. Surtout, le déploiement d'un mécanisme obligatoire manquerait cruellement de sens, tant la discipline médicale et la science dans son ensemble sont en perpétuelle évolution[1277]. Ainsi, le risque d'obsolescence rapide pour le professionnel est des plus importants[1278]. En effet, ce type d'outil pourrait à terme générer des situations où le respect d'une recommandation, devenue obligation, pousserait le praticien à, là-aussi, devoir faire un choix, entre une application inadaptée et non-conforme aux données acquises de la science, ce qui constituerait ainsi un manquement à ses obligations déontologiques mais également un conflit de sources en matière de responsabilité. Ou une fois encore, un respect des règles déontologiques en s'opposant à l'application d'une norme inappropriée[1279].

LEONHARD (coor.), Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau. Droit médical et éthique médicale : regards contemporains, Deuxième partie, *op. cit.*, pp. 45-46.

[1276] Ce que la jurisprudence, par ailleurs, ne nie pas. Pour un exemple : « *mais attendu qu'ayant retenu que MM. Y... et Z... ne s'étaient pas livrés à une recherche hasardeuse ou à une expérimentation isolée, mais qu'ils avaient appliqué un traitement innovant, pratiqué dans les milieux hospitaliers, et dont les effets indésirables n'étaient pas encore connus, qu'en outre, le recours à la nucléorthèse avait été décidée comme traitement alternatif, compte tenu de l'absence de traitement chirurgical indiqué et de l'échec du traitement médical classique déjà suivi, la cour d'appel a pu en déduire que ce choix de prescription, eu égard au contexte des connaissances acquises de l'époque, ne constituait pas une faute ; que le moyen n'est pas fondé* ». C. Cass. Civ. 1ère. 11 décembre 2008, n°08-10.255.

[1277] Comme le note Jean-Paul MARKUS, « *les recommandations de bonne pratique médicale ont pour objet d'orienter les professionnels de santé vers la stratégie thérapeutique la plus adaptée à certaines affections, en fonction des données acquises de la science, comme le préconisent les textes. Or ces données évoluent toujours plus vite, conduisant le juge à ordonner l'actualisation de certaines recommandations* ». **J.-P. MARKUS**, « *Le nudge administratif* », Dalloz, RFDA, 2022, p. 85.

[1278] A propos de l'arrêt CE, 23 décembre 2020, n°428284 : « *toutefois, s'agissant du document dans son ensemble, la question de sa légalité nous semble pouvoir couvrir également celle, plus générale, de son obsolescence, au regard des données nouvelles publiées dans la littérature scientifique et des évolutions intervenues dans les pratiques. Ainsi l'annulation d'un refus d'abroger ou d'actualiser une RBP dans son ensemble pourrait-il se justifier non pas seulement au regard de son caractère manifestement erroné, mais également au vu de l'écart qui s'est creusé entre les données sur lesquelles elle repose, et l'évolution des sources de réflexion et d'étude sur le sujet, qui appelle une nécessaire actualisation* ». CE, 23 décembre 2020, n°428284, Conclusions du rapporteur public, **Mme. Marie SIRINELLI**, Demande de modification d'une recommandation de la Haute Autorité de Santé, Recueil Lebon – Recueil des décisions du conseil d'État 2020.

[1279] Précisément sur l'obligation des professionnels de santé de délivrer aux patients des soins consciencieux, dévoués (ou attentifs) et fondés sur les données acquises de la science : Art. R. 4127-32 du code de la santé

559. Pour une meilleure inclusion des acteurs. Pour autant, il semble que ce mode de régulation implique une meilleure inclusion ou plutôt implication des acteurs dans l'élaboration de la pertinence de ces normes de droit souple[1280]. Il s'agit par ailleurs davantage d'un perfectionnement, car à dire vrai, la HAS encourage déjà les professionnels à déployer des recommandations de bonnes pratiques, à travers notamment plusieurs guides de construction[1281]. S'il est possible de discuter du contenu de ces guides, il n'en reste pas moins que le dispositif existe et témoigne d'une volonté inclusive. Malgré tout, il s'agirait peut-être d'envisager une meilleure prise en compte des pratiques qualifiables de non techniques, mais accordant davantage d'importance à la dimension relationnelle de la relation de soins, à la qualité pratique en ce sens, et donc plus globalement de la prise en charge[1282]. Cette évolution permettrait notamment de faire le lien avec l'exigence de revalorisation de l'accompagnement précédemment évoquée.

---

publique pour les médecins ; Art. R. 4312-10 du code de la santé publique pour les infirmiers ; Art. R. 4321-80 pour les masseurs-kinésithérapeutes.

[1280] En partant de l'exemple des recommandations pour la pratique clinique, la HAS précise que ces dernières sont élaborées par un groupe de travail et un groupe de lecture. Les membres de ces groupes sont désignés par la HAS « *sur proposition des parties concernées par le thème : conseil nationaux professionnels de spécialité, Collège de médecine générale, organisations professionnelles, associations de patients ou d'usagers, institutionnels* », ainsi que « *sur les réponses obtenues à l'appel à candidatures réalisé en parallèle sur son site Internet* ». Enfin, « *la HAS peut solliciter directement des personnalités indépendantes reconnues pour leur expertise* ». Bien que le propos tient compte de la variété des acteurs présents, il n'en demeure pas moins un fort pouvoir centralisateur dans la désignation du collège participant à la mise en place de ces recommandations. HAS, Guide Méthodologique, Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations pour la pratique clinique », *op. cit.*, p. 7

[1281] Voir notamment les différents guides méthodologiques proposés par la HAS : Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations pour la pratique clinique », *op. cit.* ; Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations par consensus formalisé », Décembre 2010, Mise à jour : Mars 2015 ; La HAS propose également des fiches méthodologiques pour l'élaboration « *de critères de qualité au décours d'une RBP* » (Juillet 2013), pour l'élaboration « *de critères de qualité à partir de recommandations disponibles* » (Juillet 2013), ainsi que pour la « *mise en œuvre de critères de qualité* » (Juillet 2013).

[1282] Bien que la HAS mentionne explicitement que l'objectif des recommandations de bonnes pratiques ne concernent pas la prise en charge globale.

B. Inévitable question de la temporalité

560. Comme évoqué précédemment, il semble apparaitre une impossibilité de déployer un caractère obligatoire à ces recommandations. Ou tout du moins pas en l'état au regard du dispositif juridique existent, ou plutôt inexistant. En effet, comment envisager de rendre obligatoire une norme se voulant le reflet de l'état de l'art à un instant donné ? Une telle évolution ne présenterait finalement pas le moindre sens, à charge d'envisager un dispositif particulièrement contraignant visant à rendre obligatoire l'actualisation. Dès lors, pour mettre en place une régulation se fondant sur un régime de droit souple, il est indispensable de tenir compte de la question de la temporalité de la norme édictée[1283].

561. Actualisation indispensable des recommandations. En outre, pour mettre en place un système efficient, il est absolument nécessaire d'actualiser fréquemment leur contenu et de veiller à l'effectivité de cette nécessité[1284]. En effet, dès lors que l'on émet le souhait d'encadrer la pratique médicale, il semble absurde de maintenir des recommandations susceptibles de la parasiter. Dès lors, éviter ce type de situation implique mécaniquement la mise en place d'actualisation fréquente, mais également d'un suivi régulier[1285]. Ceci se voulant donc particulièrement exigeant, tant pour les acteurs que pour

---

[1283] Comme le note Jean-Paul MARKUS, « *les références médicales opposables et recommandations de bonne pratique ne sauraient constituer un support absolument fiable (…) : parce qu'elles se veulent une photographie des données acquises à un moment donné, elles se périment et doivent être actualisées (…). Cela signifie qu'une référence ou une recommandation peut devenir erronée, voire s'avérer dangereuse à l'usage* ». **J.-P. MARKUS**, « *La faute du médecin et les bonnes pratiques médicales* », *op. cit.*

[1284] Toujours à propos de la décision du Conseil d'état du 23 décembre 2020, n°428284 : « *le Conseil d'État, reprenant l'argumentaire d'AEVE et sa référence aux objectifs des RBP fixés par la loi, en déduit que pèse la HAS une obligation d'actualisation de ses RBP. La consécration de cette obligation éclaire les propos initiaux et quelques peu énigmatiques pour les non-initiés de la rapporteur publique : « au-delà du délicat débat de fond qui l'anime, cette affaire vous conduira à vous interroger sur la question, en apparence paradoxale, de l'inertie du droit souple. Cette reconnaissance prétorienne d'un droit souple pose des difficultés nouvelles, telles que celle de son inertie ou des modalités de sa mise à jour »* ». **F. TIBERGHIEN**, « *Droit souple et Haute Autorité de Santé* », *op. cit.*

[1285] Ce que rappelle d'ailleurs précisément le Conseil d'état : « *il appartient à la Haute Autorité de santé de veiller à l'actualisation des recommandations qu'elle a élaborées, en engageant les travaux nécessaires à leur réexamen au vu notamment des données nouvelles publiées dans la littérature scientifique et des évolutions intervenues dans les pratiques professionnelles, lorsque celles-ci doivent conduire à modifier les indications données aux professionnels pour les guider dans le choix des stratégies de soins à retenir. A défaut, si leur obsolescence peut être source d'erreurs pour les professionnels auxquels elle s'adresse, il lui*

les autorités, afin de ne pas ankyloser le système qu'elles ont, elles-mêmes, mis en place. Les juridictions paraissent d'ailleurs pour le moins réceptives de cette idée, en témoigne notamment le comportement du Conseil d'État qui a obligé la HAS à modifier une recommandation de bonne pratique devenue obsolète[1286].

562. Hypothèse d'une obligation de mise à jour ? Pour autant, rien n'oblige aujourd'hui, formellement, les autorités à mettre à jour leurs recommandations[1287]. Certes, la HAS prévoit bien souvent un délai de révision, mais l'organisation n'est finalement pas véritablement définie. Cette absence de construction fait sens au regard de l'objectif initial. Puisqu'il ne s'agit que d'un simple guide, sans véritable intérêt ou force juridique, il ne parait pas indispensable d'encadrer une telle procédure. L'idée d'une obligation réside peut-être en premier lieu dans l'importance que ces recommandations ont pu prendre dans le quotidien des professionnels de santé, également au sein des structures[1288].

---

incombe, selon les cas, d'accompagner leur publication des avertissements appropriés voire de les abroger en en tirant les conséquences pertinentes quant à la publicité qui leur est donnée. En outre, dans l'hypothèse où une recommandation de bonne pratique comporterait, sur un point précis, une recommandation manifestement erronée au regard des données acquises de la science, il lui incombe, alors même que l'engagement de travaux de refonte de l'ensemble de la recommandation ne serait pas justifié, d'en tirer les conséquences, à tout le moins en accompagnant sa publication d'un avertissement sur ce point ». CE, 23 décembre 2020, n°428284, Point 5. Voir également : **M.-C. ROUAULT**, « *Panorama de droit administratif (décembre 2020)* », Lextenso Éditions, Petites Affiches, n°106, 2021, p. 9.

[1286] CE, 23 décembre 2020, n°428284.

[1287] Il n'y a pas, en l'état, d'obligation prévue pour la HAS, d'actualisation des recommandations de bonne pratique. Ceci se comprend assez bien, dans le sens où cette obligation paraît implicite, de par la nature même de cette source. Néanmoins, elle pourrait être envisagée. Sur les missions de la HAS en la matière, voir Art. L. 161-37 2° du code de la sécurité sociale : « *Élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines (…). Elle élabore ou valide également, à destination des professionnels de santé, dans des conditions définies par décret, un guide stratégies diagnostics et thérapeutiques les plus efficientes ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux* ».

[1288] Ainsi, dès l'étape de la formation, la prépondérance de ces dernières est évoquée, si bien qu'elles font désormais parties intégrantes de l'activité médicale et semble dorénavant indépassables. Au regard de la valeur qui leur est accordée à travers cette réception élargie, la perspective de la survivance d'une recommandation obsolète s'inscrit à l'opposé d'une recherche de performance. Dès lors, le principe d'une obligation, peu à peu fait sens.

563. Surtout, cette idée peut également trouver sa source au regard de la croissance de sa juridicité. En effet, dès lors qu'une recommandation revêt une quelconque valeur impérative, il devient tout simplement inacceptable qu'elle survive si son contenu n'est plus d'actualité. Une telle hypothèse serait à coup sûr génératrice de danger, et plus globalement d'une chute de performance évidente. Cette raison permet d'ailleurs d'envisager une obligation partielle et sans doute plus adaptée aux principes de fonctionnement des recommandations de bonnes pratiques. En effet, leur valeur contraignante et leur opposabilité repose sur une logique désormais bien connue et maitrisée : à travers la notion des données acquises de la science, le manquement à une de ces recommandations est susceptible d'engager la responsabilité d'un praticien[1289]. A ce titre, puisque l'autorité émettrice connait finalement les conséquences de sa rédaction, et de son impact sur les professionnels, une situation de contrainte partagée pourrait, dès lors, s'imposer. Dans cette optique, la mise en place d'une autorégulation de l'administration semble à la fois attendue et pertinente[1290]. Surtout, au regard de la légitimité de l'autorité émettrice à contester, même indirectement, la liberté thérapeutique du praticien, la perspective de conditionner cette atteinte au respect d'un cadre strict serait particulièrement soucieux de respecter cette liberté mais également des exigences de santé publique[1291].

564. Il s'agirait ainsi de dire, en substance, qu'une pratique fait l'objet d'un tel consensus, ou qu'elle revêt une telle importance dans la juste réalisation de la prise en charge, qu'il devient, dès lors, parfaitement envisageable d'en dessiner des contours communs et partagés[1292]. Dans cette hypothèse, une régulation renforcée s'inscrirait parfaitement dans

---

[1289] CE, 12 janvier 2005, M. Kerkerian, n°256001.

[1290] En outre, cette évolution ferait sens et s'inscrirait dans une recherche partagée de performance.

[1291] Rappelons que l'article L. 1110-5 du code de la santé publique prévoit que « *toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté* ».

[1292] Il s'agit d'ailleurs de la logique de l'alinéa 7 de l'article L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale qui prévoit qu'à « *défaut d'actualisation, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, dans l'intérêt de la santé publique, après consultation de la Haute Autorité de santé ou de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans leur domaine de compétence respectif, demander aux parties à la convention concernée d'abroger une*

une recherche de pertinence des pratiques, et offrirait à l'ensemble des acteurs une sécurité accrue, du fait précisément de cette pertinence. Cela étant, cette seule affirmation ne suffit pas, et dans une logique d'inclusion des professionnels, le régime pourrait faire état d'une obligation réciproque ou conditionnée. A ce titre, ces derniers se verraient contraints, sous réserve d'une actualisation fréquente, adaptée et définie rigoureusement, non plus du seul fait des autorités émettrices, mais bien de celui du pouvoir réglementaire.

565. Maitriser la standardisation : la mise en place d'une certification professionnelle[1293]. Finalement, il ressort de ces éléments une impérieuse nécessité de maitriser la standardisation, volontairement amorcée, de la pratique médicale. A ce titre, le déploiement de la certification des professionnels de santé[1294] semble pertinent. En effet, celle-ci permet, notamment, à ces derniers d'actualiser leurs compétences. Sans pour autant remettre en cause le système actuel. Ainsi, « *la (re)certification n'est toutefois pas synonyme d'obtention d'un nouveau diplôme. En effet, la qualité de la formation initiale des professionnels de santé n'est nullement remise en cause par la loi. Il s'agit seulement de considérer que le diplôme ne suffit plus à garantir la qualité professionnelle tout au long de la carrière* »[1295]. Le dispositif sécurise davantage les

---

référence opposable dont le maintien en l'état n'est plus justifié ; en l'absence d'accord des parties, constaté deux mois après leur saisine, un arrêté des mêmes ministres peut procéder à cette abrogation ». Ce dispositif, traitant des RMO, peut sembler insuffisant et peu déclinable aux recommandations de bonne pratique : en effet, il implique pour les autorités d'être en mesure de constater l'obsolescence d'une RBP.

[1293] A ne pas confondre avec le dispositif d'accréditation des médecins et équipes médicales qui est un programme volontaire prévu par la HAS. Comme l'explique Aude CHARBONNEL, « *cette accréditation, qui constitue une méthode de DPC, contribue à la procédure de certification des établissements de santé et participe au développement d'une culture de sécurité. Elle est délivrée pour une période de quatre ans. L'accréditation est collective, alors que la (re)certification est individuelle* ». **A. CHARBONNEL**, « *La (re)certification des professionnels de santé. Vers la fin du diplôme à vie ?* », Gestions Hospitalières, n°588, septembre 2019, p. 454.

[1294] Précisément sur la certification période évoquée : Ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé, et notamment l'article L. 4022-1 du code de la santé publique qui retient que « *la certification périodique des professionnels de santé est une procédure qui a pour objet de garantir : 1° Le maintien des compétences ; 2° La qualité des pratiques professionnelles ; 3° L'actualisation et le niveau des connaissances* ». Sur ces questions : **C. COLLET**, « *Dispositif de « recertification » des médecins : entre quête de confiance et perte de sens* », LEH Édition, RDS, n°87, Janvier 2019, pp. 79-81.

[1295] Plus encore, « *la France ne pouvait pas rester sur une certification initiale des professionnels qui ne permet pas de s'assurer que ces derniers actualisent l'ensemble de leurs compétences périodiquement* ». **A. CHARBONNEL**, « *La (re)certification des professionnels de santé. Vers la fin du diplôme à vie ?* », *op. cit.*

équipes face à un système fonctionnant dans une logique de diplôme[1296]. En ce sens, cette méthodologie paraît plus adaptée qu'une généralisation de la contrainte induite par le droit souple. A charge pour la régulation de ne pas opérer une erreur devenue classique, à savoir commencer par un mécanisme incitatif et de le faire évoluer vers une solution contraignante. Par suite, si le dispositif est obligatoire[1297], le fait de laisser la responsabilité du contrôle du respect de cette dernière et d'une éventuelle sanction aux instances ordinales compétentes semble pour le moins en accord avec cette idée[1298]. A condition pour celles-ci de s'investir pleinement dans cette organisation[1299].

566. Transition. Ainsi, après avoir étudié l'encadrement de l'exercice médicale au sein des structures, il convient à présent de s'intéresser à la recherche de productivité qui leur est demandée.

[1296] A ce titre, le Docteur Serge UZAN, dans son rapport en la matière, relate les propos suivants : « *un représentant des étudiants déclarait : « personne n'aime être fliqué, mais me dire qu'après avoir été certifié pour la première fois, personne ne viendra checker mes connaissances, c'est plutôt inquiétant… »* ». **S. UZAN**, Exercer une médecine de qualité grâce à des connaissances et des compétences entretenues, Mission de recertification des médecins, Rapport remis aux ministres des solidarités et de la santé et de l'enseignement supérieur, de la recherche, Novembre 2018, p. 6.

[1297] Dispositif obligatoire en principe tous les six ans (Art. L. 4022-2 du code de la santé publique) pour les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues (Art. L. 4022-3 du code de la santé publique).

[1298] A travers la mise en place d'un Conseil national de la certification périodique, composé principalement de membres des différents ordres concernés par cette procédure. Voir notamment : Art. D. 4022-1 à D. 4022-4 du code de la santé publique.

[1299] La Cour des comptes se montrant peu optimiste : « *dans les conditions actuelles, la procédure de certification des professionnels de santé, prévue par la loi du 24 juillet 2019, dont le DPC sera l'une des composantes, semble un objectif très ambitieux au regard de l'état d'impréparation de la plupart des ordres* ». Cour des comptes, « Les ordres des professions de santé et la sécurité des patients », Rapport public annuel 2021, Tome II p. 365. Voir également sur ces questions : **S. BORDIER**, « *La certification périodique : un dispositif en clair-obscur* », Gestions Hospitalières, n°609, Octobre 2021, p. 461.

Conclusion du chapitre

567. Précédemment, cette démonstration a pu montrer à quel point la recherche de standardisation de la prise en charge pouvait présenter de nombreuses vertus. L'objectif des développements du présent chapitre n'a, en conséquence, pas été de démentir cet état de fait. Bien sûr, l'exigence de pertinence dans l'exercice de la pratique médicale se comprend aisément, comme celle d'exiger une mise à jour constante des compétences, ou encore d'orienter vers une meilleure connaissance des données certes acquises, mais surtout actuelles de la science. Pour autant, le cadre se trouve étouffant et n'est pas sans présenter certains risques qu'il convient de prendre au compte, sous peine de passer de la standardisation à la déshumanisation.

568. Tout d'abord, s'agissant du personnel menant le quotidien hospitalier, à savoir les paramédicaux, force est de constater que leur traitement, reposant toujours majoritairement sur un fonctionnement daté, ne fait pas honneur à leur importance première au sein des structures. En effet, souvent limité à un simple décret d'acte, ces derniers sont encore très maladroitement qualifiés d'auxiliaires dans la législation, dans un vestige d'un temps où il n'avait pour raison d'être que d'assister le sacrosaint médecin. Il s'en suit une perte de sens évidente, tant cela vient limiter leur champ d'action, au risque de générer un inévitable glissement de tâche, parfois quasi-institutionnalisé. En conséquence, il est désormais plus que nécessaire de desserrer l'étau, en opérant une transition de l'acte à la mission.

569. Quant à l'importance considérable acquise par le droit souple en matière d'exercice médical, il faut bien admettre que nonobstant ses indéniables apports en termes de pertinence, le risque est grand de faire perdre, à terme, à la relation de soins sa spécificité. En outre, la valeur juridique de ces recommandations amène inévitablement un encadrement de l'action quotidienne. Ces dernières ne sont plus perçues par les professionnels comme des guides, mais parfois bien comme des injonctions. En conclusion, il a été rappelé toute l'importance d'un exercice encadré de la médecine.

Toutefois, s'il a pu être dit que le Droit se devait d'être flexible[1300], il faut aussi espérer que le droit souple sache parfois conserver sa souplesse.

[1300] **J. CARBONNIER,** *Flexible droit, pour une sociologie du droit sans rigueur*, LGDJ, 1997, 8ème édition.

Conclusion du titre

570. Après avoir présenté les différents bienfaits d'une technicisation de la prise en charge au sein des établissements de santé, il était nécessaire d'exposer les effets néfastes qui en découlent. En effet, le rôle d'accueil s'est technicisé, sans doute à l'excès, alors que l'évolution fonctionnelle des professions paraît pour le moins inadaptée. Tout ceci génère une inévitable perte de sens des agents, quand l'usager peine à trouver sa place dans une construction parfois déshumanisée. Quant à la pratique médicale proprement dite, elle bénéficie, certes, d'une aide qu'elle n'avait pas autrefois, notamment à travers le développement du droit souple. Par ailleurs, la circonscription des actes réalisables par les auxiliaires de santé peut se comprendre, mais vient largement limiter leurs possibilités tout en étant bien trop peu représentative du réel quotidien des établissements.

571. En conséquence, il semble qu'il faille opter pour réorientation des différentes visées de la prise en charge, en replaçant au centre les attentes classiques associées à cette dernière. Ceci passera par une meilleure prise en compte des nouvelles typologies de séjour potentiellement réalisables au sein des structures. Pour y parvenir, l'importance accordée au temps et à l'accompagnement doit redevenir prépondérante. Cette évolution permettrait au patient d'être entendu, et ainsi de mieux vivre son hospitalisation. Le professionnel de santé ensuite pourrait aussi revenir à la vision originelle de son métier, et ne plus avoir l'impression de n'être en poste que pour réaliser le plus de prestations possibles.

572. S'agissant ensuite de l'exercice médical, si le recours aux recommandations ou autres normes de droit souple se justifie aisément, il ne faut pas perdre de vue qu'il peut constituer un véritable parasite de l'action quotidienne. Par la suite, il convient de conserver un caractère non contraignant par principe, et en exigeant des différentes autorités de régulation de faire preuve de la même exigence de performance qu'elles imposent aux établissements de santé.

Titre 2 : La quête de productivité, source d'incompatibilité avec les objectifs de santé publique

573. La recherche de productivité imposée aux établissements de santé est constamment pointée du doigt par l'ensemble des parties prenantes de ces derniers. En effet, on lui impute toujours le manque de temps et la perte de sens des professions. Bien que différents bienfaits puissent y être associés, il convient malgré tout d'admettre que ce postulat n'est pas forcément aussi exagéré qu'il n'y parait. En outre, la démarche qualité présente de nombreuses limites, à travers les carences d'une construction technocratique et sécuritaire[1301], et la mise en place d'une évaluation aux ambitions restant à accomplir. La mise en place d'une construction inclusive est devenue indispensable afin d'humaniser un fonctionnement au combien nécessaire pour les structures (Chapitre 1).

574. Par suite, la contrainte économique subie par les établissements devient toujours plus inacceptable et suscite aujourd'hui un double blocage pratique et théorique. Ainsi, la construction d'un cadre économique limitant pour les acteurs, du fait du poids de la rationalisation risque de créer de réelles ruptures de droits. Plus encore, la notion d'efficience doit être revue[1302], tant elle impacte l'ensemble du fonctionnement hospitalier. En ce sens, les principes de continuité et d'intéressement des acteurs doivent être favorisés (Chapitre 2).

[1301] **F. VIALLA**, « *Regard décalé sur la démarche qualité* », *op. cit.*,

[1302] **P. CUNEO**, « *Le système de soins confronté au principe d'efficience* », ADSP, n°33, Décembre 2000, pp. 30-31

Chapitre 1 : La démarche qualité, symbole des limites de la standardisation en santé

575. En dépit des indéniables apports de la démarche qualité au sein des établissements, il n'en reste pas moins que de nombreuses critiques peuvent y être adressées. En effet, celle-ci présente plusieurs carences. Tout d'abord, la construction parait hautement technocratique au point de susciter une certaine crainte, pour ne pas parler de rejet auprès des différents acteurs. Plus encore, il semble que des thématiques importantes ne sont pas traitées par cette démarche. Par suite, la construction est également sécuritaire, ce qui génère une défiance et une remise en cause constante des pratiques, à défaut de chercher une réelle amélioration de ces dernières. Pour répondre à ces éléments, il conviendra de tenir compte de l'importance de la sensibilisation aux objectifs de qualité, afin qu'ils soient moins contestés, ou surtout mieux compris. Surtout, il est primordial d'opter pour une logique inclusive, en lieu et place d'une construction écartant parfois les équipes (Section 1).

576. Mais au-delà de la démarche, la question de l'évaluation de la qualité doit également être traitée. En outre, alors qu'elle a pour visée d'orienter les établissements vers une recherche constante d'amélioration des pratiques, l'objectif n'est que partiellement atteint. Ainsi, les conséquences sont limitées pour le fonctionnement réel des structures. Il convient donc de mettre en lumière et de poursuivre les efforts entrepris pour le déploiement d'une logique de contrôle continue, ceci afin d'envisager une construction globale (Section 2).

Section 1 : Carences de la démarche qualité

577. Si la démarche qualité a d'incontestables vertus, elle présente malgré tout un certain nombre de limites[1303]. Alors même qu'elle doit en théorie valoriser les pratiques

[1303] Il convient d'ailleurs de ne pas résumer, comme on peut le voir parfois, la performance médicale à la qualité. En effet, comme le retient Jean-Paul MARKUS, « *cette qualité ne doit pas être confondue avec la performance médicale, laquelle dépend certes de la qualité, mais surtout de la science. La performance médicale ne se résume pas en termes de qualité mais en termes de réussite d'une thérapeutique* ». Celle-ci est un outil, de mesure, de guidage des comportements. Rien n'empêche, en revanche, de placer cet outil au centre de la performance médicale, à

quotidiennes tout en veillant à anticiper les risques éventuels, ces objectifs ne sont que partiellement atteints. En outre, il apparait que cette construction se montre avant tout sécuritaire et se trouve être davantage incriminante qu'inclusive. Plus encore, elle suscite parfois un certain rejet à tous les niveaux. En premier lieu des patients qui n'y trouvent pas forcément d'intérêt car ils ne perçoivent pas l'impact sur leur admission. Par suite, des équipes qui se sentent profondément remis en cause au sein d'un système de santé qui se veut déjà particulièrement agressif à leur endroit. Enfin de la direction de l'établissement qui, souvent, se désintéresse fortement de la thématique (§1).

578. Pour remédier à cette situation, il convient d'envisager deux postulats. Tout d'abord, il est nécessaire d'améliorer la pédagogie quant à la justification du déploiement de la démarche qualité. En effet, il peut paraitre curieux que cette construction génère une telle défiance alors même qu'elle a pour ambition de mettre en lumière les dysfonctionnements internes. Elle vise donc, indirectement, à l'amélioration. Pour autant, il est indispensable d'accroitre cet état de fait. Ainsi, au lieu d'insister sur ce qui doit être perfectionné, il serait pertinent d'exposer les bonnes réalisations, ceci constituerait dès lors une publicité détournée pour les structures. Plus encore, il devient primordial d'opter pour une logique de fonctionnement plus inclusive et plus soucieuse de la participation de l'ensemble des parties prenantes. Pour cela, un renforcement de l'intéressement à la réalisation de la démarche pourrait être une solution. De plus, il devient indispensable de renforcer la considération accordée à la démarche, notamment des équipes de direction qui néglige bien trop souvent cette thématique. Ceci peut passer de manière incitative, ou contractuelle (§2).

§1. Vices associés à la démarche qualité

579. La démarche qualité présente de très nombreux vices, justifiant en partie son rejet, parfois catégorique, au sein des structures. Ceux-ci peuvent être contenu autour de deux thématiques, en effet, on retient qu'il s'agit d'une construction technocratique (A) et sécuritaire (B).

---

l'image d'un objet frontière. **J.-P. MARKUS**, « *Qualité et ordre public sanitaire, ou ordre public versus qualité* », Dalloz, RDSS, 2014, p. 1063.

A. Construction technocratique

580. Insuffisances de la qualité : avant tout une question de langage. En dépit des incontestables apports d'une démarche qualité menée au sein des établissements, il n'en reste pas moins que de nombreuses insuffisances se font jour[1304]. Alors que l'un des objectifs avancés résidait dans la valorisation des pratiques quotidiennes[1305] tout en cherchant à répondre au mieux aux besoins des usagers[1306], il apparait assez clairement que celui-ci n'est que partiellement atteint. Autre point de développement particulièrement paradoxal, le rejet dont cette construction peut faire l'objet. En effet, bien que personne ne conteste véritablement sa nécessité, voire sa pertinence[1307], il semble que les patients ne parviennent pas à voir les effets réels sur leur prise en charge.

581. Plus encore, sa logique de déploiement rapproche l'établissement de santé d'une entreprise classique, ce qui suscite un levier de crispation particulièrement important, aussi

---

1304 En dépit des difficultés à critiquer la notion de qualité. Ainsi, « *si la pratique médicale peut être l'objet d'un jugement critique, il est bien rare d'observer ces mêmes critiques à l'endroit de la qualité. La simple terminologie semble nous interdire un tel exercice* ». Pour autant, il semble malgré tout que cette construction se trouve de plus en plus exposée, et ceux malgré les efforts entrepris en la matière. **E.-G. SIMON, G. DESOUBEAUX, F. PERROTIN**, « *Démarche qualité et risque de contre-productivité* », Elsevier Masson SAS, Gynécologie Obstétrique & Fertilité, Vol. 42, Issue 2, Février 2014, pp. 63-66.

1305 La question de l'évaluation des pratiques professionnelles va en ce sens. A ce titre, l'article L. 6113-2 du code de la santé publique : « *les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience. La Haute Autorité de santé, contribue au développement de cette évaluation. L'évaluation des pratiques médicales doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art* ».

1306 Il est, là-encore, nécessaire de se remémorer l'article L. 1112-2 du code de la santé publique qui évoque que « *la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé* ».

1307 « *Et même si ces indicateurs représentaient au départ une contrainte – ou du moins une nouvelle façon de fonctionner –, ils sont devenus des outils pour les hospitaliers : la mise en place des tableaux de bord a notamment permis de faire diminuer les infections nosocomiales dans de nombreux établissements hospitaliers. Le lavage des mains (pour lequel il existe un indicateur) est devenu un réflexe dans la plupart des hôpitaux et cliniques, et l'usage des antibiotiques est désormais mieux encadré et régulé (…). Hippocrate pourra-t-il reposer tranquille ?* » **A.-L. FAVIER**, « *Culture du résultat : un mal pour un bien à l'hôpital* », Objectifs soins & management, n°210, 2012, pp. 43-45.

bien s'agissant des usagers que des équipes elles-mêmes[1308]. Ces dernières, justement, peinent à prendre pleinement leur part dans cette construction[1309]. Cette difficulté peut être la résultante d'un choix, mais également d'une illisibilité des objectifs véhiculés par la démarche[1310]. Finalement, la principale critique à apporter réside dans les décalages de langage entre les éléments attendus par les acteurs, et ce qui constitue la politique actuelle, à savoir un mécanisme essentiellement technocratique et sécuritaire.

582. Démarche qualité : construction technocratique. Tout d'abord donc, la question d'une démarche essentiellement technocratique[1311]. Ainsi, alors que la notion de qualité renvoie, aux yeux des acteurs, à la valorisation des pratiques quotidiennes. Plus largement, elle donne le sentiment que la recherche effectuée concerne avant tout le déroulement de la prise en charge. Or, il semble que ces considérations sont assez nettement laissées de côtés[1312] au profit d'autres thématiques, vraisemblablement plus facilement

---

[1308] Pour un exemple dans une discipline donnée, Emmanuelle CORRUBLE note que « *chez les psychiatres hospitaliers, le concept de « Qualité » génère souvent une première réaction plutôt aversive. Cette première réaction aversive est probablement sous-tendue par ce qu'ils vivent au quotidien dans leurs hôpitaux respectifs, et qui, dans bien des cas, s'apparente à des dérives hospitalières de ce que l'on pourrait appeler la « technocratie sanitaire »* ». **E. CORRUBLE**, « *Vous avez dit « Qualité » ?* », Elsevier Masson SAS, Annales Médico-Psychologiques, n°171, 2013, pp. 34-37.

[1309] Dans un propos plus global, Thomas DENISE retient que « *la pénétration de l'imaginaire technocratique ne semble pas trouver une pleine légitimité auprès des personnels hospitaliers attachés à des pratiques et des valeurs qui échappent en partie à cette logique technocratique. Une fois encore, ce sont deux modèles, ceux de l'organisation et de l'institution, qui semblent en tension* ». Voir notamment : **T. DENISE**, « *La modernisation de l'hôpital public en France : l'idéal technocratique de normalisation* », in : **I. GRAND, S. JUAN, J. VIGNET (Dir.)**, La technocratie en France. Une nouvelle classe dirigeante ?, Éditions Les Bords de l'Eau, Documents, pp. 87-96.

[1310] Les témoignages pourraient être nombreux. Par exemple : « *si l'on y réfléchit bien, qu'est-ce qui importe le plus, en termes de performance ? Qu'un patient sorte de l'hôpital complètement rétabli ou guéri. Oui, mais, rétorqueront les soignants et les gestionnaires, le constat est rarement tout blanc ou tout noir : difficile effectivement d'évaluer les résultats d'un hôpital) et donc de son personnel – en se basant sur l'état de santé des patients qui en ressortent. Alors, il faut trouver d'autres moyens. Et c'est cette mission parallèle qui est de plus en plus prégnante dans la sphère hospitalière. L'évaluation, la démarche qualité, l'efficacité sont en effet présentes partout dans le quotidien des soignants, leur faisant parfois regretter de ne pas consacrer davantage de temps à leurs patients* ». **A.-L. FAVIER**, « *Culture du résultat : un mal pour un bien à l'hôpital* », *op. cit.*

[1311] Voir notamment : **T. DENISE**, « *La modernisation de l'hôpital public en France : l'idéal technocratique de normalisation* », *op. cit.*, pp. 87-96.

[1312] Un témoignage soignant, certes généraliste, va notamment en ce sens : « *la qualité des soins n'est pas seulement affaire de soins techniques. Patient n'est pas la même chose que client, et un être humain souffrant n'est pas une machine, il a besoin de contact et d'humanité. Et de parler, de dire sa peur, sa détresse, sa douleur, ses espoirs... Il ne mérite pas une infirmière qui doit voler de soin en soin, sans avoir le temps de lui parler, voire même qui risque l'erreur médicale envers lui à force de*

mesurables[1313]. Fruit de la politique de régulation menée par les pouvoirs publics[1314], elle n'est pas véritablement perçue, en l'état, comme un outil visant à améliorer les pratiques médicales, mais bien comme une opération de contrôle, parfois économique[1315]. Au rang des critiques, certaines paraissent pour le moins injustifiées, d'autres en revanche sont absolument fondamentales. Il apparait que le simple recours à des indicateurs, l'idée de mesurer ou encore d'évaluer, constitue en soi un rejet relativement important[1316]. En effet, la santé et plus précisément la relation de soins génèrent le sentiment qu'elles doivent être

courir tout le temps et d'être débordée ». Propos rapportés d'une infirmière lors de la consultation en ligne des professionnels réalisée durant les travaux du Ségur de la santé, IPSOS, Juin-Juillet 2020, p. 18.

[1313] « *La statistique est ainsi devenue (…) outil de critique et outil de pouvoir. Cette acculturation à la quantification contraste avec la résistance des syndicats de professionnels de santé et de salariés, souvent opposés au déploiement de ces indicateurs dans le cadre du new public management. En effet, ils se multiplient dans un contexte de restrictions budgétaires et ne conduisent souvent qu'à des réorganisations, à l'instauration de procédures et de normes qui modifient profondément l'activité des professionnels, l'intensifient, la détournent parfois de leur mission première et finalement dégradent la qualité de leurs relations avec les patients, voire la qualité des soins. C'est, avec l'insuffisance des rémunérations des personnels paramédicaux, un des sujets des mobilisations actuelles à l'hôpital public* ». **V. CHIGOT**, « *La démocratie sanitaire : une réponse néocorporatiste française à la demande de participation* », Les Tribunes de la santé, vol. 64, n°2, 2020, pp. 99-116. Voir également : **A. DESROSIÈRES**, Prouver et gouverner. Une analyse politique des statistiques publiques, La Découverte, Paris, 2014.

[1314] Comme l'explique Lucie CLUZEL-MÉTAYER, « *parler d'irruption de la qualité n'en demeure pas moins pertinent, parce qu'il existe bel et bien un phénomène nouveau, apparu dans les années 1990 en France, qui correspond à la volonté de mettre en œuvre une méthodologie permanente de progrès par la qualité dans les établissements de santé. Deux manifestations illustrent cette évolution : d'abord, on passe d'une qualité implicite à une qualité explicite et recherchée par des méthodes rigoureuses, mises en œuvre de manière systématique ; ensuite on passe d'une recherche de la qualité des soins à la qualité de tout le système de santé. L'approche est désormais globale. Cela signifie que pour délivrer des soins de qualité, tout un système, configuré autour de processus, est mis en place pour y parvenir* ». **L. CLUZEL-MÉTAYER**, « *L'irruption de la qualité dans le domaine sanitaire* », Dalloz, RDSS, 2014, p. 1002.

[1315] Comme le relève assez bien Didier TABUTEAU, « *le système de santé n'échappe pas à une volonté de normalisation. Certification, accréditation, mesure de l'activité, paiement à la performance, indicateurs d'efficience, de qualité ou de pertinence des soins… La panoplie des normes technico-gestionnaires ne cesse de se diversifier et d'envahir le quotidien des établissements et institutions de santé* ». **D. TABUTEAU**, « *Éditorial* », Les Tribunes de la santé, vol. 64, n°2, 2020, pp. 3-4.

[1316] Bien qu'il ne faille pas exagérer ce propos, tant les mentalités changent en la matière. En effet, comme il sera évoqué ultérieurement, il ne s'agit plus vraiment de critiquer le recours aux indicateurs mais du choix des indicateurs retenus.

envisager autour d'une globalité[1317]. En conséquence, le simple fait de décortiquer, de mesurer[1318], reviendrait à remettre en cause ce paradigme. Ce postulat doit être rejeté, avec force. Pour une raison simple : mesurer ou évaluer n'est pas forcément rejeter[1319]. Si la relation de soins doit effectivement faire l'objet d'une protection d'ensemble en raison de sa dimension à la fois humaine et éthique, ne pas chercher à en améliorer les composantes serait absolument contraire à cette dimension[1320]. En somme, « *l'appréciation portée sur la qualité ne peut être qu'un compromis. La qualité est une affaire d'équilibre. Elle est établie à partir de la*

[1317] Idée surprenante tant elle n'est pas incompatible avec le principe d'une démarche qualité. L'exigence ne s'étend d'ailleurs pas aux seuls professionnels ou aux seuls établissements, mais bien au système de santé tout entier.

[1318] Ainsi, « *le concept même de performance et la question de sa mesure semble encore trop souvent rester enclavés dans un débat idéologique, parfois stérile. Le thème de la comparaison de la performance prête en effet à un triple malentendu qui tient notamment au fait que ce concept est trop souvent limité à la notion de productivité. Le premier est lié à l'idée trop souvent admise que la performance est une conception issue et propre au secteur de l'économie marchande qui montrerait ainsi la nette supériorité de son efficacité face à un secteur public qui lui préférerait une opacité plus tranquillisante (…). Second malentendu et corollaire direct du précédent, la mesure de la performance traduirait une forme de prosélytisme « néolibéral » du secteur marchand, et toute introduction de la notion de performance, en particulier économique, constituerait une vision à courte vue des services publics et une forme de privatisation larvée de ceux-ci (…). Le troisième et dernier malentendu constitue souvent une forme de réaction de la part du secteur public à une vision parfois trop caricaturale de la performance économique. Il consiste en un rejet systématique de la validité de l'application des concepts et des outils de mesures et conduit au déni des résultats fournis par les indicateurs et les comparaisons que l'on en tire* ». **A. COULOMB, F. BOUSQUET**, « *Penser une nouvelle place pour la qualité dans la régulation du système de santé français* », Les Tribunes de la santé, vol. no 10, no. 1, 2006, pp. 97-104.

[1319] Il serait facile d'identifier bon nombre d'exemples montrant qu'à défaut de rejeter, l'évaluation, suivie d'une protocolisation, peut au contraire avoir des conséquences inclusives. Ainsi, « *les pratiques en santé sont quelquefois difficilement standardisables. Cependant, la formalisation de certaines d'entre elles sous forme de procédure ou protocole permet de répondre à un triple objectif : (…) harmoniser les pratiques entre acteurs dans le but : d'améliorer l'organisation autour de ces pratiques, de les sécuriser, d'ancrer la pratique dans la durée, d'assurer au patient un niveau de qualité défini, quel que soit l'intervenant ; former les nouveaux arrivants, quel que soit leur métier ; déterminer une référence pour le déroulement d'une tâche, notamment pour les actions réalisées occasionnellement, et qui, faute d'une routine de mise en œuvre bien maîtrisée, peuvent être sujettes à des écarts* ». **N. POUREL, C. MEYRIEUX, B. PERRIN**, « *Démarches d'amélioration de la qualité et gestion des risques en radiothérapie* », Cancer/Radiothérapie 20S, 2016, S20-S26.

[1320] Précisément, il semble absurde de penser la démarche qualité comme un échec. En ce sens, comme le retient Jean-René LOUBAT, « *nous devons demeurer résolument constructifs et ce qui nous paraît véritablement important dans cette affaire est l'extraordinaire avancée intellectuelle, professionnelle et humaine qui a été produite sur le terrain par la réflexion qualitative, même s'il a fallu une loi pour l'impulser et si les mises en application prennent plus de temps que prévu. Que le terme de qualité, il y a peu encore diabolisé, soit devenu une préoccupation des établissements et de leurs professionnels témoigne d'une évolution des mentalités dont nous ne pouvoirs que nous réjouir* ». **J.-R. LOUBAT**, La démarche qualité en action sociale et médico-sociale, Dunod, Outils d'action sociale Paris, 2015, p. 6

mise en confrontation des attentes du scientifique, du bénéficiaire de la prestation, du gestionnaire de la ressource publique. Sa position est donc précaire, toujours à réévaluer. Son objectif n'est pas incontestable. Il est une ambition changeante, toujours à dépasser »[1321].

583. Mais plus encore, sur les modalités permettant de mener cette démarche, des difficultés, peuvent être mises en lumière. En effet, sa construction essentiellement éparpillée, éclatée, ne tient finalement que trop peu compte de cette globalité. Mesurer les composantes de la prise en charge n'empêche en rien d'évaluer la façon dont on prend soin, sous réserve bien sûr, de le valoriser, ainsi que le temps accordé à cette mission[1322]. Tout comme les professions de santé sont souvent définis à travers les listes d'actes qu'elles doivent accomplir, tout comme la tarification des établissements s'effectue encore principalement en finançant la réalisation d'acte, sans véritablement tenir compte de la prise en charge dans son ensemble, la démarche qualité, à ce titre, n'est pas en reste, et expose une logique de contrôle de point précis, ce qui, inévitablement, laisse souvent la dimension humaine de côté[1323].

[1321] **A. LOPEZ**, Réguler la santé, Presses de l'EHESP, 2013, p. 155.

[1322] Cela semble d'ailleurs devenir une impérieuse nécessité, avec pour objectif de réduire la prépondérance technique de la démarche qualité pour s'intéresser à ce qui fait le soin : l'accueil du patient, vulnérable, dans un lieu qui lui sera, en dépit de sa dénomination, toujours profondément inhospitalier, du fait précisément de la vulnérabilité qu'il doit vivre.

[1323] Et parfois remet tout bonnement en cause la pertinence de la démarche, tant les exigences contrôlées vont être déconnectées de la réalité du service. Pour un exemple au sein d'une maternité : « *Comme tous les ans, notre service fait l'objet d'une évaluation par les outils de la qualité. Parmi ces outils, citons les scores IPAQSS. Pour établir ces derniers, on recueille par exemple la mesure de la douleur, ou encore les actions préventives en matière d'escarres. Ces deux renseignements ne sont pas pertinents dans une maternité (la douleur en salle de naissance est une problématique bien différente de celle de la cancérologie). Ainsi, le premier écueil serait le choix d'un critère de jugement trop général pour conserver sa pertinence en toute circonstance. L'intérêt que nous portons à la qualité améliore-t-il vraiment la prise en charge de nos patientes, indépendamment de l'avancée des connaissances techniques ?* ». Cette situation illustre assez bien la nécessité d'inclure davantage les professionnels de santé dans la démarche, en dépit des efforts déjà effectués et en cours. **E.-G. SIMON, G. DESOUBEAUX, F. PERROTIN**, « *Démarche qualité et risque de contre-productivité* », *op. cit.*

584. Démarche qualité : construction déconnectée du soin ? On obtient ainsi une construction potentiellement déconnectée du soin[1324]. Si le constat parait sévère, la question mérite d'être posée, au moins à travers certaines composantes de la démarche qualité. Son fonctionnement tout d'abord, essentiellement administratif[1325], technique[1326] pour ne pas dire technocratique, génère le sentiment chez les équipes de parasiter leur travail quotidien[1327], sans proposer d'apport réel quant à l'amélioration de ce dernier. Surtout, en ne mesurant que de thématiques précises, elle ne tiendrait pas compte de la réalité du soin. Un reproche qui semble finalement concerner l'intégralité du fonctionnement hospitalier. A cette difficulté, une approche similaire pourrait être apportée, à savoir le nécessaire renforcement de l'importance que l'on accorde au temps.

[1324] Plus largement, Corine CAUVIN RENAULT parle de « *l'occultation de la qualité par l'omniprésence du chiffre », et explique qu'il « faut être vigilant lorsqu'un mot envahit subitement tout l'espace. Il apparaît en effet que le terme qualité a été détourné de son sens à l'hôpital tant son usage a été constamment associé à sa mesure par des batteries d'indicateurs* » (p. 121). Plus loin, elle tiendra les propos suivants : « *parmi les critiques à la logique du chiffre, on relèvera notamment l'opacité fréquente dans le choix des critères et des indicateurs retenus. De quelle propriété, malgré cette opacité, le chiffre tient-il sa force de conviction ? Mesurer consiste à produire une description numérique d'un fait. Ce faisant, la valeur du fait ou du phénomène mesuré est réduite à un chiffre. La qualité est escamotée au profit de la quantité. En tant que description, la mesure ne peut rendre compte de la signification ou de l'intentionnalité d'un fait social* » (p. 124). **C. CAUVIN RENAULT**, Reconstruire l'hôpital. Concilier normes et relation de soins. Érès, 2020.

[1325] « *Certains outils ayant l'ambition d'évaluer la qualité des soins évaluent en réalité la transparence des dossiers médicaux. C'est le cas des scores IPAQSS : on vérifie par exemple que le dossier du patient contient un courrier de sortie et que le traitement de sortie est bien rapporté (…). Pourtant, un dossier présentant ce type de lacune ne correspond pas nécessairement à un défaut de prise en charge. La transparence et la qualité sont deux choses différentes (…). Cette différence entre qualité et transparence est bien connue dans le monde de la recherche. La transparence se nomme reporting et les outils permettant de l'évaluer sont les reporting guidelines (…). Pour notre part, nous appelons également à établir une distinction plus claire entre ce qui relève de la transparence et ce qui relève de la qualité dans le domaine des soins* ». **E.-G. SIMON, G. DESOUBEAUX, F. PERROTIN**, « *Démarche qualité et risque de contre-productivité* », *op. cit.*

[1326] Voir notamment : **J.-M. CLÉMENT**, L'hôpital, la technique et l'éthique, *op. cit.*

[1327] En témoignent notamment la multitude de demandes visant à redonner du temps soignant aux équipes au sein des établissements.

B. Construction sécuritaire

585. Gestion des risques : construction incriminante. L'essentiel de la construction de la démarche qualité repose principalement sur la gestion des risques[1328], en dépit d'une émergence parfois jugée tardive[1329]. De cet état de fait, il peut être déduit un postulat aussi compréhensible que critiquable. Ainsi, il en résulte un système majoritairement sécuritaire[1330], où la recherche de qualité ne passe pas par l'amélioration des pratiques, mais bien par la volonté d'éviter la survenance d'évènement qualifié d'indésirable[1331]. L'objectif est parfaitement justifiable et induit une relative efficacité. En effet, le bon déroulement de la prise en charge ne laisse pas de place au danger, *a fortiori* lorsqu'il peut être anticipé[1332].

[1328] Comme le souligne Éric BERTRAND, « *les sujets liés au risque, à la sécurité, à la sûreté ou à la conformité ne sont malheureusement pas nouveaux ni révolutionnaires, mais ont pris une importance plus que significative ces 10 dernières années. Les activités hospitalières qui s'articulaient essentiellement autour du soin sont désormais régulées par la direction des risques et de la qualité* ». **E. BERTRAND**, « *De la culture des risques à la culture sécurité…* », in : **E. BERTRAND, J. SCHLATTER (Dir.)**, Qualité et sécurité en établissement de santé. Panorama de la gestion des risques en France – 2019-2020, LEH Édition, Ouvrages Généraux, Bordeaux, 2020, pp. 23-24.

[1329] « *Alors que la communauté internationale est alertée dès 1999 et que des associations de patients, comme le Lien en 1997 à propos de l'affaire de la Clinique du Sport, militent pour faire entendre le défaut de la prise en charge des accidents médicaux, il faut attendre le milieu des années 2000 pour que l'État français ouvre le chantier de la lutte contre les événements indésirables graves. Il faut même attendre 2013 pour voir apparaître le premier programme national sur la sécurité des patients* ». **F. MOUGEOT, P. OCCELLI, K. BUCHET-POYAU, M. ROBELET, S. TOUZET, P. MICHEL**, « *L'émergence de la question de la sécurité des patients en France* », Santé Publique, vol. 29, no. 6, 2017, pp. 869-877.

[1330] Le législateur, par ailleurs, ne fait pas mystère de ses intentions réelles quant au déploiement de la démarche qualité, à travers notamment l'article L. 6111-2 du code de la santé publique : « *les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les évènements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux* ». Il semble ainsi, au regard de cette rédaction, que la préoccupation première reste, malgré tout, la sécurité.

[1331] Pour rappel, voir notamment pour les évènements indésirables associés aux soins : Art. R. 1413-66-1 du code de la santé publique ; pour les évènements indésirables graves associés à des soins et leur déclaration : Art. R. 1413-67 à R. 1413-73 du code de la santé publique.

[1332] Ne laissant ainsi que peu de marge de manœuvre aux établissements de santé. En effet, alors que la médecine implique par essence la mise en place d'une obligation de moyens, le résultat clinique restant souvent aléatoire, plusieurs thématiques laissent imaginer des quasi-obligations de résultats, à l'image notamment des infections nosocomiales, ou infections associées aux soins, principalement, mais également s'agissant de la survenance des évènements indésirables, qu'ils soient graves ou non. Ce fonctionnement,

Voir les établissements de santé veiller à la réduction des risques semble tout à fait pertinent et performant. En cela, l'adoption d'un fonctionnement industriel a permis de valoriser l'activité des structures.

586. Cela étant, cette approche n'en reste pas moins limitée et ce manque d'ambition[1333] peut être pointé du doigt[1334]. En effet, alors que la description de cette démarche laisse à penser une remise en cause constante des pratiques visant l'amélioration continue de l'activité[1335], son contenu réel suscite immanquablement une certaine méfiance[1336], pour ne

---

reposant sur un questionnement constant des pratiques, visant essentiellement à protéger le patient, peut être perçu comme un poids pour les professionnels, tant il semble parfois nier l'existence évidente de l'aléa thérapeutique.

[1333] Manque d'ambition ne mettant principalement en valeur que la recherche de sécurité, tel un plus petit dénominateur commun à l'ensemble des réalités de la démarche qualité.

[1334] Ceci s'observe notamment au travers du vocabulaire employé. Ainsi, « *le vocable et les indicateurs mobilisés pour appréhender la question de la sécurité des patients portent la trace de la difficulté à caractériser le risque. La fréquente interrogation sur la différence entre sécurité des patients et sécurité de soins en témoigne. Plutôt que d'utiliser les notions d'erreur, d'accident ou d'incident, la mesure de la sécurité des patients passe par la notion d'« événement indésirable ». Cette notion évacue, dans son sens littéral, une partie de la possible gravité de l'événement, de son impact sur le sujet qui en est victime, ainsi que de l'éventuelle contribution des équipes dans sa survenue. Elle tend à masquer ce qu'elle souhaite paradoxalement qualifier. Le vocabulaire de la sécurité des patients, qui s'éloigne d'ailleurs de celui des associations de victimes d'accidents médicaux, euphémise le phénomène qu'il entend mettre au jour* ». **F. MOUGEOT, P. OCCELLI, K. BUCHET-POYAU, M. ROBELET, S. TOUZET, P. MICHEL**, « *L'émergence de la question de la sécurité des patients en France* », *op. cit.*

[1335] En ce sens : « *les hôpitaux, comme les grands centres industriels liés à la santé ou à d'autres domaines, portant une forte attente en matière de risques, sont des systèmes prodigieusement complexes, dont la principale caractéristique est qu'ils doivent toujours s'améliorer par l'expérience. Ils doivent apprendre. Mieux encore, les acteurs de ces organisations travaillent dorénavant en équipes dans des organisations sans frontières arbitraires, car, si les recherches de solutions sont collectives, les problèmes rencontrés ne peuvent plus être ignorés parce que devant être traités par d'autres acteurs. De ce point de vue, le travail en équipes multidisciplinaires illustre parfaitement l'approche systémique à l'hôpital. On y retrouve bien les concepts constitutifs de l'ingénierie système : l'interrelation, la globalité, la complexité et, bien entendu, l'organisation* ». J.-F. BOSSU, « La systémique et le risque », in : **E. BERTRAND, J. SCHLATTER (Dir.)**, Qualité et sécurité en établissement de santé. Panorama de la gestion des risques en France – 2017, LEH Édition, Ouvrages Généraux, Bordeaux, 2017, pp. 89-109.

[1336] Comme l'explique Hugo BERTILLOT, « *dans chaque établissement, une minorité de soignants adhère aux dispositifs d'évaluation. Formant ce qui peut être désigné comme le « premier cercle » de la qualité, ils sont convaincus que la démarche qualité est un vecteur privilégié pour améliorer les prises en charge* ». Malgré tout, il retient que « *la plupart des professionnels n'adhèrent pas véritablement aux indicateurs de qualité. Ils côtoient pourtant régulièrement les démarches portées par les qualiticiens et les professionnels du « premier cercle ». L'un des aspects surprenants de la dynamique à l'œuvre est qu'en dépit des réticences des soignants, ces indicateurs ne suscitent pas de résistance active et collective (…). Parce que les injonctions*

pas dire parfois une résistance pure et simple[1337]. En outre, celui-ci n'autorise finalement qu'à la mise en place d'une construction sécuritaire, amène à la restriction plus qu'au questionnement et ne permet pas de débattre de la cohérence de l'action[1338]. Ces restrictions, associées à une organisation largement technocratique, suscitent des frustrations à différents niveaux, alors même que le système devait améliorer le quotidien hospitalier. Ceci s'observe tant du point de vue professionnel qu'au niveau des usagers. Par suite, il n'est pas pensable de limiter la démarche qualité à sa seule vision sécuritaire. Si cette dernière est importante, elle n'en demeure pas moins qu'une composante de la construction d'ensemble. Plus encore, comme le retient François VIALLA, « *l'ambivalence de la démarche qualité apparaît alors. D'une part elle est ancrée dans une logique de sécurité de la prise en charge. La sécurité est entendue comme signe de la qualité. Ici les indicateurs peuvent être pertinents. Mais une démarche qualité exclusivement tournée vers la sécurité serait « hémiplégique » et réductrice. Assurément la sécurité, celle du patient, est essentielle, mais elle peut être détachée de l'idée de qualité, elle est le plus petit dénominateur commun de toute action de soin, elle est non négociable (…). La démarche qualité s'inscrit*

à la qualité ne leur ont demandé que peu d'efforts, ces soignants s'en sont accommodés, d'autant que les indicateurs sont envisagés comme très extérieurs à leur pratique (…). Ils ressentent le caractère coercitif de l'évaluation avec davantage d'acuité que les professionnels du « premier cercle » et leur participation formelle trouve ses ressorts dans les contraintes variées qui pèsent sur eux ». **H. BERTILLOT**, « *Comment les indicateurs de qualité s'imposent à l'hôpital : les mécanismes d'une institutionnalisation en douceur* », SociologieS [En ligne], Dossiers, mis en ligne le 20 mai 2020, consulté le 20 août 2022. URL : http://journals.openedition.org.ezpum.biu-montpellier.fr/sociologies/13499 ; DOI : https://doi-org.ezpum.biu-montpellier.fr/10.4000/sociologies.13499

[1337] Bien qu'il ne faille pas exagérer cette résistance, qui n'a véritablement plus rien d'une fronde : « *par ailleurs, on rencontre dans chaque établissement un nombre plus restreint de professionnels qui se méfient et se défient de la démarche qualité et des indicateurs. Le positionnement de ces soignants du « dernier cercle de la qualité » peut être caractérisé comme une opposition ouverte mais passive, qui prend davantage la forme individuelle d'un discours critique et d'une mise à distance pratique que la forme collective d'une résistance active* ». *Ibid.*

[1338] Les difficultés liées au questionnement trouvent également leurs sources dans une formation défaillante des personnels à ces situations. En effet, la HAS constate que « *depuis 4 ans, et malgré une légère progression ces deux dernières années (…), les bilans annuels de la HAS sur les EIGS mettent en lumière une qualité insuffisante de l'analyse des déclarations : une part importante des déclarations d'EIGS reçues sont inexploitables car la qualité de l'analyse est insuffisante ; lorsque l'analyse approfondie permettant d'identifier les causes profondes et les barrières est réalisée, elle reste la partie de la déclaration la moins bien traitée* ». HAS, Rapport Retour d'expérience national. Les évènements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2020, Validé par le Collège le 9 décembre 2021, pp. 24-25.

(…) dans une logique de satisfaction de la personne « prise en charge » et ne saurait se cantonner dans une approche de « sécurité des soins de qualité » »[1339].

587. Participation indirecte des professionnels. Au niveau professionnel, le fonctionnement associé à la démarche qualité parvient imparfaitement à susciter la participation des équipes[1340]. En effet, ceci peut s'expliquer pour deux raisons. Le langage adopté se montre pour le moins incriminant et amène parfois le rejet pur et simple des agents[1341]. Certaines notions, notamment, donnent le sentiment d'un jugement perpétuel des pratiques. A titre d'exemple, le terme de maltraitance[1342], *a fortiori* au regard de sa définition récente dans le champ social[1343] qui se veut autant protectrice pour l'usager

---

[1339] **F. VIALLA**, « *Regard décalé sur la démarche qualité* », *op. cit.*, p. 724.

[1340] A titre d'exemple, il semble que le dispositif de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins ne rencontre pas nécessairement le succès escompté, en dépit pourtant de progrès constatés, et ceci de l'aveu même de la HAS : « *l'année 2020, voit la persistance de la sous-déclaration et de la problématique de transmission des signaux au niveau national, en notant toutefois une qualité des déclarations en légère progression* ». **D. LE GULUDEC**, « *Édito* », in : HAS, Rapport Retour d'expérience national. Les évènements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2020, *op. cit.*, p. 4.

[1341] Ceci s'expliquant également à travers le profond changement de logique de régulation mis en place à partir des années 1990 avec une forte intrusion des autorités dans ce qui semble faire le soin. Ainsi, Étienne MINVIELLE retient qu'« *avant les années 1990, la régulation pouvait s'évoquer à travers le respect de normes techniques ou des décisions de planification, des activités étant susceptibles d'être abandonnées. Mais, hormis ces situations, l'intervention externe restait limitée dans la gestion quotidienne des établissements de santé : peut-être du fait de la méconnaissance relative du niveau réel de qualité dans les établissements, sans doute parce que l'opinion publique restait favorable à l'égard de l'hôpital, probablement à cause de l'autonomie médicale prédominante. Au fond, rien ne valait mieux que la confiance accordée aux médecins pour assurer la meilleure qualité des soins dans le cadre du colloque singulier* ». **E. MINVIEILLE**, « *La régulation de la qualité des soins hospitaliers. Avec ou sans les professionnels de santé ?* » Gestions Hospitalières, n°514, mars 2012, p. 152.

[1342] Surtout au regard de la difficulté à définir précisément la notion de maltraitance, tant elle semble contenir en son sein une multitude d'action. Ainsi, comme l'explique Michel BORGETTO, « *la notion de maltraitance (…) renvoie à une réalité complexe et polymorphe pour le moins difficile à appréhender. Les formes qu'elle est susceptible de revêtir apparaissent, en effet, extrêmement variées : il peut s'agir aussi bien d'actes de violence physique (…), d'abus sexuels (…), de menaces et de préjudices psychologiques (…) ou d'abus financiers (…) que, plus « simplement » (si l'on ose dire), de négligences, d'abandons et de privations d'ordre matériel ou affectif (manque répété de soins de santé, prises de risques inconsidérées, privation de nourriture, de boissons ou d'autres produits d'usage journalier) …* ». **M. BORGETTO**, « *La maltraitance en établissement* », Dalloz, RDSS, 2006, p. 967.

[1343] La loi n°2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants est venue créer un article L. 119-1 au sein du code de l'action sociale et des familles qui pose une définition de la maltraitance. Celle-ci se veut pour le moins exhaustive et exigeante vis à vis du soignant : « *la maltraitance au sens du présent code vise toute*

qu'exposante pour le soignant, se montre accusateur, alors que la recherche de bientraitance est parfois vécue de la même façon par les soignants[1344]. Par suite, la procédure de recherche des évènements indésirables pousse à créer un climat de défiance[1345]. Bien sûr, la remise en question des pratiques n'est pas une mauvaise chose en elle-même. Elle pousse à l'amélioration, et encourage donc à la performance. Pour autant, insérée dans le système français de l'hospitalisation, elle constitue une charge de plus sur le quotidien soignant, et génère finalement davantage de tension que de perfectionnement[1346].

588. Ensuite, il semble difficile de créer l'engouement[1347] pour une démarche qui parait mal positionnée au sein du fonctionnement de l'établissement. Ainsi, comme il sera possible

---

personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations ».

[1344] Ainsi, « *s'il est juste que la société change son appréhension de celui qui est porteur d'un handicap, pourquoi transformer cette responsabilité en culpabilisation et déplacer cette culpabilité sur les professionnels en sous-entendant qu'il n'y a pas nécessairement « bientraitance » et prise en considération de la singularité ?* ». **D. PENÉ**, « *Quelle perspective philanthropique pour l'humain usagé ?* », in : **V. MEYER (Dir.)**, 2002-2012 : Performance, sens et usure dans les pratiques des professionnels en travail social, LEH Éditions, GEPSO, Bordeaux, 2013, p. 176.

[1345] Ou sans doute plus justement de crainte. Ainsi, « *il ne faut pas oublier que ces événements indésirables graves sont parfois dévastateurs pour les équipes souvent peu armées pour gérer l'ensemble de la crise et de ses conséquences* ». **J. WEISSEMBURGER**, « *Événements indésirables graves* », in : **E. BERTRAND, J. SCHLATTER (Dir.)**, Qualité et sécurité en établissement de santé. Panorama de la gestion des risques en France – 2017, *op. cit.*, pp. 139-154.

[1346] Visiblement, la crainte reste de mise au sein des établissements de santé, signe indéniable de tension : « *les analyses d'EIGS mettent en évidence une persistance de la sous-déclaration de ces évènements et une formation insuffisante des professionnels à l'analyse approfondie des évènements indésirables associée à un défaut de culture de sécurité (existence d'une crainte de dévoiler l'événement*) ». HAS, Rapport Retour d'expérience national. Les évènements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2020, *op. cit.*, p. 19.

[1347] Pour un exemple à propos des cadres de santé : « *Le cadre de santé se trouve donc aujourd'hui confronté à un paradoxe de plus en plus prégnant : au début de l'application de ces dispositifs, les professionnels se sont d'abord investis dans les différentes missions qui découlaient de ces derniers – groupe de travail, audits – et ont même participé à la rédaction de bon nombre de ces procédures. Mais, depuis quelques années, il semble de plus en plus difficile de motiver les équipes autour de cette politique qualité, déçues par ces « cercles qualité » mis en place comme des contrepoints à la division verticale du travail énoncée dans le taylorisme. Face à un turnover important et une pénurie chronique de personnel, il s'avère laborieux d'inviter le personnel soignant à participer à la construction de processus vécus comme de plus en plus contraignants dans leur mise en œuvre. Et ce, d'autant plus que les évolutions technologiques rendent les prises en charge et les actes de soins de plus en plus efficaces, mais*

de l'envisager lors de propos ultérieurs, la direction d'une structure n'y porte intérêt que lors de la procédure d'évaluation par l'autorité administrative. Durant cette étape, il apparait qu'une certaine synergie peut être mise en lumière. Le reste du temps, la mise en place de cette démarche ne se réduit qu'à une construction administrative, perçue et vécue comme une contrainte par des équipes qui ont le sentiment que l'ensemble se situe finalement assez loin de leur quotidien[1348]. En ce sens, comme le retient Alain LOPEZ, « *avec cette double finalité d'optimiser la ressource et d'assurer une meilleure protection de la population, l'autorité publique, décidée à promouvoir la qualité des soins, est toujours prise dans une contradiction. Elle table sur une vertu innée, incorporée par tout professionnel de santé en revêtant son habit. Et son angélisme sera cause de bien des désastres. Elle impose des commandements nombreux, faisant de tout professionnel un coupable potentiel. Et son réalisme décourage les vocations ou suscite de vies résistances. Dans une telle passe il vaut mieux que le pas soit prudent, même s'il doit rester volontaire* »[1349]. Il résulte de ces éléments que la qualité parait aujourd'hui déconnectée du soin.

589. Participation limitée des usagers. Par suite, la participation quotidienne des usagers se trouve en définitive assez limitée. En effet, la construction sécuritaire de la

aussi de plus en plus complexes. Happés par le travail quotidien, les soignants n'ont plus ni le temps, ni l'envie de s'impliquer dans le management de la qualité. Parallèlement, la démarche qualité renforce le cloisonnement des fonctions et de la hiérarchisation au nom de la gestion des risques professionnels entre autres, au détriment de la notion d'équipe, d'entraide et de coopération. Le cadre est donc soumis à deux forces qui s'opposent : une, administrative et sociétale, lui imposant d'appliquer et de faire appliquer un cortège de processus visant l'amélioration continue de la sécurité, et une autre, organisationnelle, qui consiste à fournir un environnement propice à l'exécution de soins de qualité ». **D. COLMONT**, « *Le management de la qualité tuera-t-il le management des hommes ?* », Objectif Soins, n°200, 2011/11, pp. 35-37.

[1348] A propos de la multiplication des dispositifs rigoureux imposés par l'autorité publique aux acteurs de santé : « *chaque année, ou presque, apporte un complément. Les professionnels de santé peuvent avoir le sentiment d'être toujours plus cernés par les exigences de l'autorité publique et de ses grands opérateurs de santé. Le procédé est souvent le même. D'abord, la disposition n'est pas obligatoire. Au professionnel de mettre en œuvre ou pas les recommandations qui lui sont faites, en s'appuyant sur les plus hautes autorités scientifiques convoquées par l'autorité publique. Mais compter seulement sur la bonne volonté ne paraît pas suffisant. Alors, des mesures incitatives sont décidées. Un financement viendra récompenser ceux qui auront appliqué les bonnes pratiques assurant la qualité des soins. Enfin, comme s'il n'était plus acceptable de tergiverser, les dispositions deviennent obligatoires. Plus possible de s'en affranchir* ». **A. LOPEZ**, Réguler la santé, Presses de l'EHESP, 2013, p. 159.

[1349] *Ibid.*, p. 160.

démarche exclut assez largement les questions relatives à la prise en charge[1350] pour se focaliser sur des éléments purement techniques, parfois étrangers à ce qu'un patient est à même de percevoir ou d'intégrer[1351]. Plus encore, le contenu des instances dédiées, là-encore relativement pointilleuses, n'influe pas véritablement le quotidien des structures. Il en résulte un impact des plus limités des usagers en la matière. Si leur champ d'action se veut vaste et tend incontestablement à s'élargir, les retombés sont en revanche plutôt minimes et ne concernent que des éléments accessoires, relevant souvent de l'hôtellerie.

590. Transition. En conséquence, il convient donc d'opérer une adaptation de cette démarche. En effet, celle-ci nécessite une meilleure inclusion des parties prenantes pour devenir réellement efficace et performante d'un point de vue de santé publique. Pour y parvenir, la sensibilisation est une étape indispensable, mais l'évolution des pratiques est primordiale.

§2. Nécessaire inclusion à la démarche qualité

591. En définitive, avant toute évolution de fond, il semble nécessaire de sensibiliser davantage les parties prenantes à l'importance de la démarche qualité (A), ce qui passera forcément par la mise en place d'une logique inclusive (B).

1350 Pour un exemple à propos du respect de la pudeur attendue par le patient : « *La nudité imposée, les soins d'hygiène, la proximité subie, le vocabulaire employé, sont autant de vecteurs qui peuvent heurter si l'on n'y prend garde. Il est impératif que la démarche qualité s'interroge sur ces points essentiels* ». **F. VIALLA**, « *Démarche qualité, quelle place pour la personne. Libres propos* », in : **S. RABILLER (Dir.)**, Démarche qualité en EHPAD de part et d'autre des Pyrénées, actes du colloque du 21 septembre 2012, Presses de l'université de Pau et des Pays de l'Adour, 2013, p. 116.

1351 Plus encore, il semble que cette construction fonctionne en dépit des besoins réels du malade. En outre, Didier SICARD retient que « *la culture médicale dominante est une culture d'activisme encouragée par la prime à la seule évaluation quantitative et technique. La cancérologie n'est pas épargnée par cette culture. Maintenir à tout prix l'espoir sur une énième ligne de chimiothérapie apparait trop souvent préférable au respect d'une qualité de vie pour le temps qui reste, respectueuse des souhaits du malade* ». **D. SICARD (Dir.)**, « *Penser solidairement la fin de vie* », Rapport à François Hollande, Président de la République française, établi par la Commission de réflexion sur la fin de vie en France, 18 décembre 2012, p. 31.

A. Importance de la sensibilisation

592. Importance de la pédagogie. De manière générale, il parait pertinent de renforcer la pédagogie sur les bienfondés de la démarche qualité au sein des structures[1352]. Cette évolution demande avant tout un meilleur usage du régime existant et une meilleure appréciation de ce que peut apporter cette construction à la vie de l'établissement. Ceci est indispensable avant tout projet de révision du contenu. En effet, il serait illusoire de penser réformer le fond du système si l'importance de ce dernier n'est pas admise[1353]. Il en va de sa bonne et juste application. Par suite, au-delà de la seule dimension professionnelle, la participation des usagers doit être stimulée, afin d'obtenir un véritable retour qualitatif, et ainsi poursuivre et accentuer une recherche de performance. Il convient d'expliciter l'importance de la sensibilisation interne et externe.

593. Importance de la sensibilisation interne. Pour commencer, la question de la sensibilisation interne. Celle-ci concerne deux leviers d'action. Tout d'abord, les équipes elles-mêmes. Ainsi, la qualité est bien souvent réduite à son organisation, à savoir technique mais surtout administrative. En conséquence, elle parait être strictement parasitaire du quotidien pour les soignants qui n'y voient que des indicateurs prédéfinis visant à réduire leur activité à des commentaires ou des chiffres[1354]. L'objectif réside dès lors dans le déploiement d'une pédagogie, vraisemblablement managériale, mais aussi sanitaire, à

[1352] La pédagogie comprend aussi la relation soignant-soigné, les divergences de compréhension et d'acception de la démarche. Ainsi, la HAS retient que « *les perceptions et des professionnels de santé, parfois distinctes, peuvent générer des tensions quand elles se manifestent. Le patient comme les professionnels de santé peuvent ne pas se sentir à l'aise : les uns ne sachant pas comment parler aux professionnels et craindre des reproches, voire des représailles ; les autres pouvant se sentir remis en question en termes de compétence et être sur la défensive. De fortes inquiétudes peuvent émerger aussi bien de la part des patients que des professionnels ; aussi, il est très important de les connaître et de les repérer afin de les prévenir* ». HAS, Engager le patient pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en équipe, juin 2021, p. 9.

[1353] Ainsi, René AMALBERTI relevait en 2012 que « *le défi précédent de la transformation rapide de la culture de sécurité, pas encore totalement relevé, cède déjà le pas au besoin de l'installation rapide d'une culture positive du changement, un défi largement aussi difficile, si ce n'est plus* ». **R. AMALBERTI**, « *La sécurité des patients : évolution des concepts et des politiques* », ADSP, n°79, juin 2012, pp. 18-22.

[1354] **C. CAUVIN RENAULT**, Reconstruire l'hôpital. Concilier normes et relation de soins. *Op. cit.*

l'attention des agents[1355]. En effet, il est primordial de rappeler que cette construction, nécessairement administrative par essence, n'a pas pour but de faire injure à la pratique médicale, mais de la perfectionner, d'en réduire le risque, et donc de sécuriser non seulement la relation de soins, mais bien l'activité professionnelle. Pour y parvenir, différents leviers peuvent être envisagés. A titre d'exemple, une amélioration des activités de formation[1356]. Cela peut également passer par un intéressement des équipes[1357], à travers la définition d'objectif. Cette idée serait par ailleurs conforme à l'augmentation du recours au mécanisme contractuel détaillé ultérieurement. Enfin, une communication institutionnelle renforcée permettait de donner davantage de légitimité à cette politique[1358].

594. Malgré tout, l'implication du personnel soignant n'est sans doute pas la plus défaillante. Il serait d'ailleurs particulièrement injuste de considérer que celui-ci n'a pas d'intérêt à la démarche qualité. En revanche, il est clair que la gouvernance interne doit être davantage sensibilisée à son intérêt et doit, inévitablement, prendre sa place dans son déploiement. En effet, son désintérêt relatif, et bien sûr variable selon les structures, justifie très largement les difficultés que les services qualité peuvent avoir à correctement exercer leurs missions. Ainsi, comment réussir à s'imposer et à justifier de la pertinence de son

---

[1355] La stratégie nationale de santé 2018-2022 estimait que « *dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de : (…) contribuer au développement de la culture de sécurité, et notamment : impliquer le management, objectiver le coût de la non qualité, promouvoir les valeurs du soin (travail en équipe, incidence des savoir non techniques), protéger les déclarants d'un EIG, inciter soignants et usagers à développer un partenariat et tirer les enseignements des EIG déclarés* ». Ce propos, aux allures de vœu pieu, paraît aussi indispensable que centrale. Stratégie nationale de santé 2018-2022, Axe 3 « *garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population* », p. 52.

[1356] Il s'agit d'ailleurs d'une demande de terrain. En effet, l'Ordre national des infirmiers a mené une consultation en 2022 auprès de 60.000 infirmiers. En guise de proposition, il suggère d'« *assurer et faciliter le processus de formation tout au long de la vie des professionnels de santé, notamment des infirmiers* », ceci afin de « *garantir l'accès des infirmiers aux dispositifs permettant une certification professionnelle régulière afin de garantir la qualité et la sécurité des soins délivrés* ». ONI, « *Table-ronde 2 : S'engager pour l'évolution et le partage des compétences des professionnels de santé* », JDSM, numéro spécial 33, 2022, p. 34.

[1357] Ce propos sera plus largement développé lors de la prochaine section, notamment dans les développements liés à la tarification et financement de la qualité.

[1358] Et ainsi que la communication dépasse le champ politique pour prendre véritablement forme au sein des établissements de santé. Ceci serait le signe d'un changement de mentalité, où la démarche qualité ne serait plus vécue comme une contrainte.

activité si on ne bénéfice d'aucun soutien hiérarchique ? Il s'agit ici d'un enjeu, certes, extra-juridique, puisque la question est, avant tout, managériale. Cela étant, le Droit peut aider à résoudre cette problématique. A ce titre, les autorités seraient sans doute inspirées, à défaut d'envisager une illusoire injonction, d'opter pour un intéressement renforcé au déploiement de la démarche[1359]. Là-encore, l'outil contractuel peut s'avérer être une arme redoutable et permettrait d'envisager une politique d'objectif particulièrement performancielle.

595. Importance de la sensibilisation externe. Au-delà de la dimension interne, le renforcement de la démarche qualité nécessite une sensibilisation externe, autorisant une meilleure participation des usagers. En outre, avant tout propos, il convient de rappeler l'importance que le régime juridique lié à la qualité accorde au patient[1360]. Il semble que ce dernier se trouve être au cœur des politiques publiques[1361]. Plus largement, la construction vise avant toute autre chose à veiller à ce que sa prise en charge soit la plus pertinente possible[1362] et se déroule dans un climat de risque maitrisé. Du moins est-ce l'objectif affiché. Dès lors, il peut paraitre curieux de constater que l'implication de celui-ci ne soit qu'accessoire. Bien sûr, le rôle des représentants des usagers se construit, se technicise et se développe[1363]. Ce qui, vraisemblablement, est une chose positive et place ces derniers dans

---

[1359] On peut par exemple regretter qu'il ait été nécessaire de rendre obligatoire la déclaration des évènements indésirables associés aux soins les plus graves en 2016, ce qui témoigne, sinon d'une résistance, au moins d'une certaine carence culturelle en matière de qualité. Voir : Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

[1360] Il n'est, sans aucun doute, pas nécessaire, de rappeler une fois encore l'ensemble des lois ayant fait du patient un personnage central du système de santé. Le propos est acquis.

[1361] Les initiatives sont aussi fréquentes que nombreuses. En effet, pour un exemple récent, la HAS a mis en place le Programme d'amélioration continue en équipe (PACTE), et publié un guide visant à « *engager le patient pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en équipes* », les objectifs du module étant de « *faire de la qualité et de la sécurité, une affaire de tous* » et de « *faciliter l'engagement du patient dans la sécurité de ses propres soins ou dans celle des autres patients* ». Finalement, « *faire du patient un co-acteur de sa sécurité ne s'improvise pas. Il est indispensable de bien préparer la stratégie de mise en œuvre de participation des patients au sein de l'établissement et de l'équipe* ». HAS, Engager le patient pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en équipe, *op. cit.*, p. 9.

[1362] La pertinence est d'ailleurs au cœur de l'axe 3 de la stratégie nationale de santé 2018-2022, à savoir « *garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population* ».

[1363] **H. VAN DEN BRINK**, « *Quelle place pour les représentants de malades usagers dans la refonte du système de santé en France ?* », in : **C. DUSSART, M.-A. NGO, V. SIRANYAN, P. SOMMER**, De la démocratie sanitaire

une situation leur permettant de mieux appréhender les tenants et aboutissants de la relation de soins. Mais s'agissant de la relation patient proprement dite, son intervention se limite fréquemment au questionnaire de satisfaction[1364].

596. Dès lors il semble intéressant de le replacer au cœur de cette démarche et des objectifs qui y sont associés. Pour ce faire, il semble indispensable de les impliquer davantage dans la construction, leur expérience pouvant être prépondérante[1365]. Dans le cas contraire, c'est la visée même de la démarche qualité qui sera, à ce titre, négligée. En outre, le patient potentiel pourrait souhaiter consulter ces informations avant une éventuelle prise en charge[1366]. Ceci serait à la fois soucieux de nombreux droits du malade, tels que le libre choix du praticien, ou encore l'exigence de l'obtention de son consentement éclairé[1367], et aux principes associés à la démarche qualité. Surtout, cela constituerait un indéniable gain de performance, mais également un authentique outil de communication, permettant aux établissements de santé de mettre en valeur leurs pratiques, à défaut de n'être qu'une

---

à la démocratie en santé. L'optimisation des parcours de vie, de santé et de soins des personnes en situation de handicap pour une meilleure autonomie au quotidien, LEH Édition, Actes et Séminaires, Bordeaux, 2019, pp. 13-23 ; **J. SAISON**, « *Démocratie sanitaire et fonctionnement de l'hôpital* », Dalloz, RDSS, 2022, p. 195 ; **G. ROUSSET**, « *La représentation des usagers depuis la loi du 4 mars 2002. Un dispositif en construction permanente* », LEH Édition, RGDM, Mars 2022, n°82.

1364 En dépit, malgré tout, des réels efforts effectués en matière d'inclusion, symbolisés en outre par le patient traceur durant la certification.

1365 *A fortiori* lorsqu'il est admis qu'ils sont largement volontaires pour s'investir, ainsi, « *la mise en œuvre des indicateurs de qualité répond à une réelle attente des patients pour s'orienter dans le système de soins et à un fort désir de s'impliquer toujours plus dans le choix de leur parcours de soins et de disposer de moyens transparents et accessibles pour le faire* ». Institut Montaigne, Système de santé : soyez consultés !, avril 2019, p. 117.

1366 Bien que le travail de la HAS doit être largement souligné en la matière. En remplacement de Scope Santé, elle fournit un certain nombre d'information liée au séjour et qui permettent ainsi au patient d'être aiguillé. S'il n'y a pas forcément de détail, il n'est de toute façon pas évident que cela revête une importance autre que théorique.

1367 En adoptant une vision élargie du consentement à l'acte où le bon fonctionnement du service participerait à la décision du malade.

obligation juridique[1368] susceptible de sanctions économiques[1369]. Enfin, la politique de technicisation du rôle des représentants des usagers est à poursuivre.

597. Surtout, il convient d'adapter la communication à l'endroit du patient. En effet, en dépit des obligations précitées, il n'est absolument pas évident de voir ce dernier utiliser ni même comprendre ce contenu. Il va pouvoir se fier à d'autres réalités échappant parfois à la rationalité scientifique. En ce sens, Patrick PERETTI-WATEL retenait en 2012 qu'« *avant de choisir où se faire soigner, un patient peut désormais consulter par exemple le « hit parade » des hôpitaux, classés en fonction de leur indice Icalin (indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales), pour apprécier le risque nosocomial auquel il acceptera de s'exposer. Néanmoins, il n'est pas certain que la majorité des patients l'entende de cette oreille, et se prête sans sourciller à de tels arbitrages fondés sur l'estimation experte des risques. Si l'on souhaite que les patients acceptent les risques liés aux soins, il importe avant tout de mieux comprendre comment ils les perçoivent, et dans quelle mesure leurs perceptions diffèrent de celles des professionnels de santé* »[1370].

B. Évolution vers une logique inclusive

598. Adapter le langage à la question des bonnes pratiques. Afin de remédier à ces difficultés, et à titre de piste d'exploration, il pourrait être intéressant d'envisager l'hypothèse d'une adaptation du langage associé à la démarche qualité en matière de bonnes

---

[1368] Dans le secteur public, voir article L. 6144-1 du code de la santé publique : « *l'établissement public de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins* ». Dans le secteur privé, voir article L. 6161-2-2 du code de la santé publique : « *les établissements de santé rendent publics, chaque année, les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins* ».

[1369] Art. D. 6111-23 al. 5 et 6 du code de la santé publique : « *En cas d'insuffisance ou de non-respect des engagements pris, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer, par décision motivée et publiée, une diminution de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, dans la limite de 0,1 % des recettes totales d'assurance maladie de l'année de la mise en demeure. Lorsque l'établissement ne bénéficie pas de la dotation mentionnée à l'alinéa précédent, la diminution porte, dans la même limite, selon le cas, sur le produit des tarifs des prestations d'hospitalisation mentionnés à l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale ou sur la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du même code* ».

[1370] **P. PERETTI-WATEL**, « *Perceptions et acceptabilité des risques associés aux soins* », ADSP, n°79, juin 2012, pp. 40-41.

pratiques. Car les objectifs véhiculés sont théoriquement bons. Pour autant, il parait malgré tout difficile d'expliquer le rejet dont cet exercice peut faire l'objet, en particulier chez les personnels soignants. Alors même qu'il vise avant tout à valoriser leur savoir-faire et leurs biens-faits, ces derniers, bien souvent ne se sentent pas concernés par celui-ci, ou pire encore, jugés dans leurs pratiques[1371].

599. Dès lors, il semble qu'il soit nécessaire de réorienter les éléments audités autour de thématiques vraisemblablement davantage en lien avec leur quotidien[1372]. Pour cela, il serait, à n'en pas douter, pertinent, d'explorer les questions relatives aux composantes de la prise en charge, ou plutôt dans son déroulement. Plus encore, il s'agirait d'inclure largement les personnels dans la définition des choix d'audit[1373]. Par suite, il serait plus adapté de recentrer la démarche au sein d'une politique globale associée à la relation de soins[1374].

[1371] Ainsi, « *un EI grave (EIG) peut très bien faire l'objet d'une judiciarisation. Vu que tout ce que pourra dire ou écrire le personnel de l'hôpital est susceptible d'être utilisé ultérieurement devant une cour de justice, le souci de l'établissement de se protéger (ainsi que ses agents) d'une telle menace externe encourage plutôt des mécanismes défensifs, à travers une communication la moins ouverte possible à la suite d'un EI. On parle d'ailleurs de médecine défensive pour décrire la préoccupation des professionnels de santé de se prémunir contre les risques de poursuites (…). Dès lors, on peut se demander comment un hôpital peut travailler – de façon transparente – à la résolution de ses dysfonctionnements (en interne) si l'identification et l'analyse de ces derniers contribuent à le fragiliser (en externe)* ». **J. CUSIN, A. GOUJON-BELGHIT**, « *La gestion des erreurs médicales dans un CHU : Comment faire face au paradoxe apprentissage interne – protection externe ?* », M@n@gement, Vol. 25, n°1, Nantes, 2022, 1-37, 1A-18A.

[1372] **P. COLOMBAT, C. BAUCHETET, E. FOUQUEREAU, S. TRAGER, N. GILLET, C. KANITZER**, « *La démarche participative dans les soins* », Gestions Hospitalières, n°534, mars 2014, p. 151 ; **E. MINVIEILLE**, « *La régulation de la qualité des soins hospitaliers. Avec sous sans les professionnels de santé ?* », Gestions Hospitalières, n°514, mars 2012, p. 152.

[1373] Précisément, « *la recherche du « management global de la qualité » vise à l'amélioration permanente de tous les secteurs de l'institution : cela suppose l'implication des professionnels et leur participation par le biais d'une interactivité permanente. Il s'agit là d'un véritable management participatif des professionnels, qui bien sûr n'est à ce jour qu'un objectif à atteindre. Mais on voit ici se profiler la nécessité d'une démocratie du travail, où chaque catégorie professionnelle interviendrait non seulement sur son niveau de compétence, mais sur l'ensemble des processus, y compris organisationnel et financier. Chaque travailleur pourrait trouver son espace de développement et d'épanouissement par l'appropriation de son rôle professionnel et au-delà de sa fonction sociale, rompant ainsi avec la malédiction du travail vécu comme une souffrance* ». **A.-M. ROUCAYROL**, « *Management de la qualité en établissement de santé* », La Pensée, vol. 381, no. 1, 2015, pp. 91-102.

[1374] Cela peut parfaitement relever du rôle du législateur au regard des blocages éventuelles à l'inclusion du personnel dans cette construction : « *S'impliquer dans le management de la qualité est pour le travailleur, au-delà de son épanouissement personnel, la façon la plus efficace et la plus valorisante de participer à la vie de l'entreprise, de changer son environnement et de peser sur son avenir. Qu'on lui en laisse la possibilité est loin d'être acquis, les résistances sont énormes car*

600. Opter pour un fonctionnement inclusif. Tout d'abord, il semble nécessaire d'opter un fonctionnement plus inclusif, afin de vitaliser un régime juridique efficace par les termes qu'il emploie, mais parfois ineffectif, faute d'application véritable. Cette logique d'inclusion doit être multifactorielle. Elle doit concerner à la fois les usagers et les équipes. Pour le premier cas, il s'agira alors d'axer sur la démocratie sanitaire tout en veillant surtout à accorder plus d'importance aux thématiques concernant leur quotidien durant la prise en charge. Ceci ramène donc, une fois encore, à l'importance de l'accompagnement[1375]. Dans le second cas, cela passe, là-encore, par une construction plus équilibrée verticalement, et brossant des sujets plus en lien avec le quotidien des équipes. Ainsi, l'aspect hiérarchique attaché à la qualité est particulièrement problématique et traduit finalement de manière assez synthétique les difficultés que la démarche peut susciter au quotidien. En effet, cette mécanique ne suscite pas toujours un intérêt réel de la direction des structures[1376]. Pour autant, il n'existe pas de réelle volonté de développer ces composantes.

601. Ces dernières, justement, ne trouvent pas forcément d'intérêt à s'investir plus largement dans cette construction, tout comme à en respecter la légitimité[1377]. En effet, il

---

c'est un enjeu de classe : pouvoir intervenir sur le champ de la qualité (du produit, du service, et a fortiori du service public) devrait être une revendication permanente des travailleurs, à utiliser comme levier pour obtenir de « changer le travail » ». *Ibid.*

1375 Et dépasser, donc, la seule évaluation des conditions de séjour, souvent simplement hospitalière, pour détailler véritablement le temps et la dimension relationnelle, afin d'en valoriser les bienfaits.

1376 Ou plus justement a-t-elle des difficultés de mise en conformité, au regard des différentes réalités auxquelles elle est confrontée. Cette idée se vérifie à tous les niveaux de décisions. Pour un exemple traitant des cadres hospitaliers : « *le cadre à l'hôpital se trouve partagé entre plusieurs logiques. Il vit au quotidien des dysfonctionnements de toute nature. Entre exigence de s'adapter aux nouvelles contraintes générées par une réglementation en perpétuel changement et un souci de rentabilité économique, il ne sait plus où donner de la tête ; sa mission principale continue à se compliquer et ses efforts à s'éparpiller* ». La contrainte générée par l'indispensable conciliation entre économie, technique et relationnel mène à une tension qui peut justifier ce désintérêt, au regard du poids pris par les autres réalités. **A. OUDDASSER**, « *L'encadrement hospitalier. Problèmes d'interfaces et difficultés de faire ensemble* », Gestions Hospitalières, n°566, mai 2017, p. 322.

1377 Ceci se matérialise par un sous usage chronique des outils de gestion des risques. A ce titre, Régis MARTINEAU précise que « *l'usage de la FSI [Fiche de Signalement d'Incident] est peu répandu (…). Le recours à la FSI ne semble pas inscrit dans les habitudes et les réflexes de travail (…)* ». **R. MARTINEAU**, « *Les usages-types d'un outil de gestion des risques à l'hôpital* », Revue Management & Avenir, n°54, Cormelles-le-Royal, Juin 2012, pp. 215-236.

convient, pour répondre à cela, de davantage expliciter le contenu de la démarche et de clarifier ses objectifs. En effet, le but n'est assurément pas de remettre en question la pertinence de l'investissement des personnels. La logique de fonctionnement est avant tout sécuritaire, ce qui est certes critiquable, mais néanmoins parfaitement compréhensible. A ce titre, l'idée de réduire les risques est conforme avec la vocation du soignant. Celle-ci reste en cohérence avec la recherche de pertinence globale, et donc de performance. Mais plus que de clarifier, il serait approprié d'adopter une approche plus transversale, mêlant non pas seulement l'aspect technique du soin, mais aussi l'aspect relationnel. Finalement, il devient nécessaire de mettre en lumière les connexions entre les étapes de la prise en charge[1378].

602. Positionner la démarche qualité au sein d'une politique globale. En étudiant le régime de manière approfondie, il semble relativement évident que les défauts attachés à la démarche qualité ne résultent pas principalement du régime juridique qui y est associé, loin s'en faut. En effet, il apparait que la majorité des attentes des usagers sont verbalisées à travers d'authentiques droits des patients[1379]. Les questions relatives à l'autonomie du patient, au strict respect de son consentement, mais également à l'attention, au sens large, qui doit lui être accordé sont fermement exprimées. Plus encore, ces principes sont fortement protégés, de manière autonome, par les juridictions[1380]. Par suite, la valorisation

---

[1378] A ce titre, « *l'évaluation de la qualité des soins, voire de l'efficacité des interventions, est une nécessité (…). Cependant, la logique « horizontale » (…), fondée sur la concertation entre les membres d'une équipe, est la plus appropriée si la logique de soins de base est de nature clinique. L'amélioration de l'état des patients résulte donc nécessairement de la combinaison concertée, coordonnée des divers membres de l'équipe soignant. Dans ce contexte, il n'est pas possible de différencier et encore moins de pondérer les contributions individuelles des uns et des autres. Ça n'a même pas de sens de les isoler puisque chaque contribution rend les autres possibles et inversement. L'évaluation de la qualité des soins et de l'efficacité des interventions passe donc par une logique centrée sur le dispositif et les pratiques et non sur une logique verticale centrée sur les membres du personnel* ». **S. HENDRICK**, « *Les dérives de l'idéologie gestionnaire dans le champ de la santé mentale* », Thérapie Familiale, vol. 39, no. 1, 2018, pp. 79-106.

[1379] Ainsi, comme l'évoque François VIALLA, « *le droit a parfaitement appréhendé le risque d'une « résidualité » de la personne dans sa prise en charge. Plusieurs articles codifiés intègrent alors des logiques qui dépassent la technique du soin et transcendent la démarche qualité* » (p. 726). Cependant, il retient malgré tout par la suite que « *l'expérience démontre cependant qu'il y a parfois « loin de la coupe aux lèvres ». Aussi faut-il être attentif à la traduction pratique des objectifs affichés par les textes* » (p. 729). **F. VIALLA**, « *Regard décalé sur la démarche qualité* », *op. cit.*

[1380] Bien évidemment, la jurisprudence a pu souligner l'importance de la notion avant 2002 ou encore l'émergence des codes de déontologie. En ce sens, le célèbre arrêt Teyssier énonçait notamment que « *comme*

des bonnes pratiques médicales ou soignantes parait être l'un des objectifs majeurs de cette politique. Il résulte de ces considérations que les mécanismes mis en place se montrent plutôt soucieux de ces éléments et de ces attentes.

603. Toutefois, il ne s'agit absolument pas de retenir que ce système est insusceptible d'amélioration, bien évidemment. Il s'agit vraisemblablement là-encore de régler une question de langage, afin d'adopter une attitude plus inclusive[1381], plus pédagogique et plus positive, ceci dans le but de ne plus susciter de défiance des différentes parties prenantes. Autre point tout aussi envisageable que souhaitable, modifier les paramètres contrôlés et audités, et les adapter aux attentes[1382]. Ainsi, il serait sans aucun doute nécessaire d'intégrer

---

tout chirurgien, le chirurgien d'un service hospitalier est tenu, sauf cas de force majeure, d'obtenir le consentement du malade avant de pratiquer une opération dont il apprécie, en pleine indépendance, sous sa responsabilité, l'utilité, la nature et les risques », estimait que cette obligation était « *imposée par le respect de la personne humaine* » et qu'en la violant il commettait « *une atteinte grave aux droits du malade, un manquement à ses devoirs proprement médicaux, et qui constitue une faute personnelle se détachant de l'exercice de ses fonctions* » (Cass., Req., 8 janvier 1942). Dans la continuité de l'évolution du régime de la preuve du devoir d'information, les exigences à la charge du patient se sont fortement atténuées (Liée à l'origine à la charge de la preuve de l'information, la charge de la preuve du recueil du consentement revenait au patient : « *Attendu que si le contrat qui se forme entre le chirurgien et son client comporte, en principe, l'obligation pour le praticien de ne procéder à telle opération chirurgicale déterminée, par lui jugée utile, qu'après avoir, au préalable, obtenu l'assentiment du malade, il appartient tout à celui-ci, lorsqu'il se soumet en pleine lucidité à l'intervention du chirurgien, de rapporter la preuve que ce dernier a manqué à cette obligation contractuelle en ne l'informant pas de la véritable nature de l'opération qui se préparait, et en ne sollicitant pas son consentement à cette opération* », Cass. 1re civ., 29 mai 1951, Consorts Martin contre Birot) pour la faire peser sur le praticien (Cass. 1re civ., 25 févr. 1997, n°94-19.685). Cela étant, le principe n'est pas exempt de limites, et doit être éclairci. En premier lieu, si l'usager est libre de choisir de son praticien, de consentir ou de refuser un traitement, il n'en est pas pour autant autorisé à en choisir ou à imposer un changement (Sur ces questions : **P. VÉRON**, « *Décision médicale et minorité : l'impossibilité pour les titulaires de l'autorité parentale d'imposer au médecin le choix d'un traitement* », LEH Édition, RGDM, n° 65, 2017, p. 93-108). Sur ces questions : **F. VIALLA**, « *Retour incomplet sur un siècle d'information et de consentement : Dire ce que l'on fait, faire ce que l'on dit* », LEH Édition, RDS, n°100, 2021, pp. 262-301.

[1381] Il est permis ici de rappeler les propos de Paul VÉRON s'agissant de la décision médicale : « *le médecin seul décideur ne signifie pas décideur solitaire. C'est précisément tout l'enjeu de l'association de tiers à la procédure d'élaboration de la décision, qui a notamment pour fonction d'en améliorer la qualité* ». **P. VÉRON**, *La décision médicale*. Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. F. VIALLA, soutenue le 9 décembre 2015 au sein de l'Université de Montpellier, p. 37.

[1382] Cela vaut notamment pour l'exercice professionnel. Ainsi, Didier SICARD présente l'idée suivante dans un propos plus généraliste : « *Ne faudrait-il pas mieux pas prendre en compte le temps de la réflexion partagée en équipe pluridisciplinaire réduisant toute forme d'acharnement thérapeutique ? Plutôt que de se réfugier dans l'aisément quantifiable qui revient toujours à valoriser l'action, la technique, le toujours plus. L'acharnement thérapeutique coûte bien plus qu'un*

plus largement les questions relatives aux relationnels, au temps accordé au malade, ou encore à la qualité de vie. En ce sens, François VIALLA retient, certes à propos des établissements médico-sociaux[1383], justement que « *lieu de vie tout autant que lieu des soins, l'hospitalis domus doit faire une place essentielle à la qualité de la vie en son sein dans sa démarche qualité. Cette vie de la personne ne peut se résumer aux actes techniques de prises en charge dont elle bénéficie, ni non plus aux seules dimensions collectives* »[1384].

604. Finalement, il semble qu'il faille inscrire la démarche qualité au sein d'une politique de santé publique globale, notamment en termes d'hospitalisation. Surtout, il convient de prendre en compte les attentes exprimées en termes de prise en charge sur l'importance de l'accompagnement et du rapport au temps, puis en tirer les conséquences. En effet, ces exigences modernes témoignent d'une volonté collective de tenir davantage compte des impératifs relationnels, pour ne pas dire humains[1385], ces derniers constituant la réelle particularité du fonctionnement des établissements et de la relation de soins. En outre, là-encore, il est nécessaire de retenir que la dimension technique doit être un prérequis, et le prendre soin la valeur ajoutée. Dès lors, la valorisation de ces éléments doit nécessairement amener à une modification, non pas forcément du fonctionnement, mais bien du contenu de cette construction[1386]. Rien n'empêche de conserver une démarche de mesure

---

développement des soins de support ! Et à ce coût économique, s'ajoute le poids de la souffrance… ». **D. SICARD (Dir.)**, « *Penser solidairement la fin de vie* », *op. cit.*, p. 27

1383 L'idée reste largement transposable au secteur sanitaire.

1384 **F. VIALLA**, « *Regard décalé sur la démarche qualité* », *op. cit.* p. 729. L'auteur ajoute que « *de nombreuses questions relèvent alors d'une réflexion au cœur de la démarche qualité : rythmes de vie dans l'établissement, alternance soins et actes de prise en charge/temps de vie, vie personnelle/collective… Ces questionnements sont notamment essentiels, bien que souvent peu pris en considération, au sein des EHPAD* ». Gageons, là-encore, que ces considérations s'appliquent malheureusement assez aisément au secteur sanitaire…

1385 L'emploi de ce vocable pourrait entrainer à déduire qu'une construction technique et sécuritaire, elle, ne l'est pas.

1386 A ce titre, l'exemple de la délivrance de l'information peut être intéressante. En effet, un contrôle purement formel de la qualité de cette délivrance pourrait être satisfaite par la présentation d'un simple formulaire, ce qui n'a en revanche rien de satisfaisant d'un point de vue sanitaire. En revanche, une étude du contenu des entretiens ou des modalités de délivrance présenterait une pertinence sur le plan de la santé publique, pour le patient, et pour la valorisation des pratiques. *A fortiori* au regard de l'importance du recours à ce type de formulaire sur le terrain. Sur la question de la délivrance de l'information : **Y. LAMBERT-**

d'indicateur et d'évaluation purement scientifique et technique. Le procédé est aussi efficace que nécessaire. En revanche, rien n'empêche non plus d'adapter ces indicateurs, en les recomposant, et en les redéfinissant. Proposer une liste prédéfinie n'aurait que peu d'intérêt, cela étant, l'idée, par exemple, de mesure le temps accordé à chaque patient. Cette hypothèse serait intéressante à plus d'un titre. Du point de vue du malade car elle permettrait d'enfin valoriser son ressenti, et son positionnement en tant que personne[1387]. Pour le soignant qui ne se verrait plus réduit au seul rôle de « *technicien de l'organe malade* »[1388] munies d'indicateurs lui permettant de peaufiner sa pratique. Surtout, cela l'autoriserait à envisager les causes d'un éventuel temps réduit accordé au malade, et en conséquence, mettre le doigt sur les difficultés professionnelles des équipes, requête chère à ces dernières. Pour y parvenir, il devient dès lors indispensable de recentrer la démarche qualité sur la politique d'hospitalisation globale. Par suite, une inertie créerait un décalage avec la construction proposée par les propos précédents.

605. Comparaison avec le marketing. Pour y parvenir le renvoi au marketing, en dépit des résistances dont la discipline fait l'objet dans le domaine de la santé, sur le plan

---

FAIVRE, « *La loi n°2002-303 du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. II – Les droits des malades, usagers du système de santé* », Dalloz, Recueil Dalloz, 2002, p. 1291 ; **M. GIRER, L. KLESTA**, « *L'obligation d'information du médecin en France et en Italie* », Dalloz, RDSS, 2015, p. 853.

1387 Et ceci serait surtout cohérent avec les objectifs de santé publique définis dans les textes eux-mêmes. En outre, comme l'explique François VIALLA, « *l'ensemble des sources, tant dans le secteur sanitaire que médico-social, conduisent donc indéniablement à faire de la qualité de vie un objectif essentiel de la démarche qualité* ». **F. VIALLA**, « *Démarche qualité, quelle place pour la personne. Libres propos* », *op. cit.*, p. 113.

1388 Expression employée notamment par Didier SICARD. Celui retient ainsi que « *peu à peu, la médecine moderne, aux connaissances de plus en plus développées, a fini par considérer la maladie plutôt que le malade. Le médecin tend à devenir un « technicien de l'organe malade », et le malade un « usager de la médecine », voire un simple consommateur* ». **D. SICARD (Dir.)**, « *Penser solidairement la fin de vie* », *op. cit.*, p. 28.

historique[1389] comme actuel[1390], peut être intéressant. Non bien sûr pour considérer la prestation hospitalière comme une thématique commerciale à part entière, mais plutôt pour adapter la communication et la valorisation de cette activité. En outre, les procédés sont désormais utilisés dans diverses situations, y compris par le législateur lui-même s'en inspire. En effet, comme le note Aude DENIZOT, « *il est vrai que sous couvert d'accès au droit, le législateur - et plutôt le Gouvernement car les lois d'origine parlementaire jouissent plus rarement d'un packaging sophistiqué - fait aussi son éloge. La publication de la loi s'accompagne de sa publicité, au sens commercial du terme : faire connaître les nouveaux textes, mais aussi entretenir une image. Aussi n'est-il pas étonnant que ces supports de communication soient conçus avec un souci certain d'esthétique et de performance. Semble poindre une tendance au marketing législatif, qu'on pourrait définir comme un ensemble d'actions ayant pour but de stimuler ou susciter l'adhésion des citoyens à la loi* »[1391].

606. A dire vrai, il semble d'ailleurs que cette hypothèse n'est pas nouvelle et semble étudiée, voire préconisée de longue date. En effet, Bernard DUBOIS disait déjà en 1987 que « *le développement de l'état d'esprit et l'utilisation des méthodes et des outils du marketing dans les institutions sanitaires, quel que soit leur statut. Il constitue la manière la plus efficace de répondre aux défis*

[1389] Ainsi, Jean DE KERVASDOUÉ considérait que « *parler de « marketing » et de « management » hospitalier peut être considéré soit comme ésotérique par les non-initiés soit comme scandaleux par ceux qui le sont* » (p. 15), par suite, Bernard DUBOIS explique que « *certains collègues réduisent encore le marketing à de simples astuces promotionnelles inapplicables au monde hospitalier. D'autres le considèrent comme intrinsèquement pervers et incompatible en tout cas avec l'éthique hospitalière et médicale* ». **B. DUBOIS**, Le Marketing management hospitalier, Berger-Levrault, Manuels B.-L. Santé, Paris, 1987, p. 23

[1390] Comme le retiennent Patrick GILBERT et Marie-Ève LAPORTE, « *la communauté médicale dans son ensemble se défie du marketing (…), le PCC [Patient-Centered Care – Orientation patient] peut être ressenti comme une agression par les soignants en général et tout particulièrement à l'hôpital public* ». **P. GILBERT, M.-E. LAPORTE**, « *L'orientation patient à l'hôpital public : un dispositif marketing comme compromis entre mondes* », Recherche et Applications en Marketing (French Edition), SAGE Publications, 2022, pp.076737012211126. 10.1177/07673701221112692. halshs-03737724. Voir également : **D. CRIÉ, J.-C. CHEBAT**, « *Health marketing : Toward an interative perspective* », Journal of Business Research, 66(1), pp. 123-126, DOI : 10.1016/j.jbusres.2012.09.002. (Article cité par les auteurs précédents).

[1391] L'auteur ajoute que « *de nos jours, les sites internet gouvernementaux déploient d'amples campagnes d'information sur les lois qui sont adoptées. Infographies et vidéos, auxquelles il est même possible parfois de s'abonner, offrent aux visiteurs de la toile des explications synthétiques sur un droit dont on sait qu'il ne brille pas par sa clarté. Il faut louer ces initiatives, dont les résultats sont généralement remarquables. Par le biais de courtes vidéos ludiques, de brochures aux couleurs attrayantes, de jolis pictogrammes et d'interviews percutantes, chaque citoyen peut comprendre en quelques minutes les grands axes de lois fleuves et illisibles* ». **A. DENIZOT**, « *Marketing législatif : une loi doit-elle être innovante ?* », Dalloz, RDSS, 2016, p. 479.

qu'auront à surmonter les responsables de la gestion de ces établissements »[1392]. Par suite, Dominique PHANUEL retenait en 2001 que « *l'hôpital doit s'engage vers un marketing relationnel plus explicite en vue de satisfaire au mieux les besoins et les attentes relationnels de ses « patients-clients »* »[1393]. D'autres encore considèrent que le marketing est déjà entré au sein des établissements de santé, ou tout du moins qu'il n'est plus possible d'imaginer le contraire[1394]. Pour faire simple, des études dans le domaine du marketing mettent en lumière l'intérêt de certains dispositifs et notamment le « *Patient-Centered Care* » (PCC), ou plutôt l'orientation patient. En effet, celle-ci se définit comme « *un dispositif marketing, résultat de compris, d'arrangements provisoires et évolutifs associant des énoncés et des objets, et dont l'objectif est de créer de la valeur pour le patient et les autres parties prenantes* »[1395]. En outre, les auteurs retiennent donc que cet outil vise avant tout le compromis et leur expérience montre a priori que chaque catégorie professionnelle, en dépit de leur sentiment d'appartenance, ne s'oppose pas au développement de cette idée[1396]. Par suite, « *le PCC est façonné par les parties prenantes autant qu'il les façonne, dans un processus dynamique, fruit de l'agencement d'objets et d'acteurs humains aux visions parfois divergentes mais qui trouvent ainsi un terrain d'entente autour du patient (…). Les protagonistes acceptent de converger sur l'essentiel, prendre soin, mais la modification de l'une ou l'autre des composantes est susceptible de mettre en*

[1392] **B. DUBOIS**, Le Marketing management hospitalier, *op. cit.*, p. 23

[1393] **D. PHANUEL**, « *La charte d'accueil d'un centre hospitalier : utiliser la chaîne relationnelle* », Éditions EMS, Décisions Marketing, Paris, Janvier 2001. pp. 17-23

[1394] Ainsi, Dominique CRIÉ retient qu'« *aujourd'hui, la question n'est pas tant de savoir si le marketing doit ou non investir l'hôpital, mais plutôt de savoir comment l'opérationnaliser et l'insérer à la fois dans l'arsenal managérial des managers hospitaliers et dans le cadre moral, éthique et déontologique qui est le nôtre. C'est une évolution inéluctable et irréversible, d'autant que le marketing digital a déjà forcé la porte de l'hôpital* ». **D. CRIÉ**, « *Pourquoi et comment le marketing à l'hôpital ?* », Gestions Hospitalières, n°547, Juillet 2015, p. 361.

[1395] **P. GILBERT, M.-E. LAPORTE**, « *L'orientation patient à l'hôpital public : un dispositif marketing comme compromis entre mondes* », *op. cit.* Voir également : **P. GILBERT, N. RAULET-CROSET**, Lire le management autrement. Le jeu des dispositifs, EMS Management et Sociétés, Versus, 2021.

[1396] « *Les résultats mettent en évidence la pluralité des mondes et des conceptions du PCC qu'ils inspirent. Ils montrent leurs confrontations, mais aussi les accords qui peuvent s'ensuivre, sous forme de compromis ou d'arrangements. La relativisation, dont le but est de fuir l'épreuve en contestant son intérêt, n'apparaît que marginalement ; sans doute, les fortes identités de métier chez le personnel soignant portent-elles à la confrontation des grandeurs plutôt qu'à l'évitement de l'épreuve* ». **P. GILBERT, M.-E. LAPORTE**, « *L'orientation patient à l'hôpital public : un dispositif marketing comme compromis entre mondes* », *op. cit.*

cause le compromis entre les mondes, en relançant les controverses »[1397]. Finalement, ils proposent d'« *encourager la co-création* », en expliquant notamment que « *du côté des personnels, le PCC peut contribuer à valoriser leur travail en leur donnant plus de sens et d'autonomie, à condition que les différents points de vue puissent s'exprimer. Le PCC pourrait alors faire l'objet d'un marketing interne pour attirer et retenir les salariés et ainsi constituer un levier d'attraction en réponse à la pénurie de personnel* »[1398]. En réalité, proposer une construction visant au compromis, à la réalisation et la recherche partagée de sens s'inscrit parfaitement dans la volonté des politiques publiques et semble répondre de manière adaptée à certaines difficultés rencontrées sur le terrain, en dépit d'un régime juridique annonciateur de principes forts mais dont l'effectivité se trouve souvent remise en question.

607. **Transition.** Ainsi, la démarche qualité doit donc évoluer. Cette nécessité concerne également l'évaluation, élément décisif de cette construction. En effet, celle-ci présente de nombreuses insuffisances qu'il convient de traiter et résoudre.

Section 2 : Limites d'une politique d'évaluation de la qualité

608. A l'instar de la démarche qualité, la politique d'évaluation a, elle-aussi, été particulièrement bénéfique pour les établissements de santé. Cela étant, il ne faut pas, ici également, penser qu'elle ne présente pas de limites. En effet, alors qu'elle apporte incontestablement une certaine rigueur d'exercice, et qu'elle mobilise, parfois fortement, les structures en les poussant à s'investir dans le déploiement de la démarche, il convient de souligner à quel point cette évolution se trouve, pour le moins, perfectible. Ceci se justifie aussi bien dans la logique de construction de la démarche, que de son impact ou encore de son attrait. Ainsi, il semble en premier lieu que cette politique n'a qu'un effet relatif sur la vie des établissements de santé, et ne profite que de manière limitée aux usagers. A ce titre, une logique d'évaluation, aussi pédagogique et révélatrice qu'elle puisse être, n'a souvent d'impact qu'à un instant donné, et provoque un effet de relâchement une fois l'échéance

1397 **P. GILBERT, M.-E. LAPORTE**, « *L'orientation patient à l'hôpital public : un dispositif marketing comme compromis entre mondes* », *op. cit.*

1398 *Ibid.*

passée. Par suite, la participation en son sein et la communication des résultats pourraient largement être optimisées, afin de rendre le mécanisme plus efficace et plus pertinent. Sous peine de conserver une logique mécanique et administrative qui ne trouve plus suffisamment d'échos pour être réellement adaptée (§1).

609. En ce sens, il est nécessaire de poursuivre, mais aussi d'accentuer les efforts entrepris. En effet, la mise en place d'une logique de contrôle continue est un premier remède particulièrement pertinent au défaut de mobilisation des structures sur la durée. De plus, au-delà de la seule évaluation, le déploiement de l'outil contractuel, notamment sur le plan tarifaire, représente un autre levier d'amélioration qu'il convient non seulement d'encourager mais bien de déployer plus avant (§2).

§1. Insuffisances de l'évaluation de la qualité

610. La politique d'évaluation de la qualité présente, elle-aussi, de nombreuses insuffisances. Notamment au regard des conséquences limitées qu'elle entraine sur le fonctionnement réel des structures (A). Ceci se justifiant au regard des ressources du contrôle (B).

A. Conséquences limitées sur le fonctionnement réel de la structure

611. Apport indiscutable d'une politique d'évaluation. A titre d'avant-propos, il convient de rappeler à quel point la politique d'évaluation mise en œuvre a été bénéfique pour le développement d'une certaine rigueur dans l'amélioration des pratiques quotidiennes. Incontestablement, les apports sont nombreux. Tout d'abord, ces procédures ont été construites afin de pouvoir mesurer les différentes composantes de la prise en charge[1399]. Par suite, les éléments techniques ont entrainé une prise de conscience certaine

[1399] Cela étant, les difficultés quotidiennes ont été très nettement mesurables. A ce titre, « *informatisation, certification/accréditation, plan de soins, PMSI, autant de moyens de communication et de procédures consacrés au perfectionnement du service rendu qui génèrent, d'une part, un travail sur le travail quotidien et, d'autre part, un surinvestissement dans l'activité de l'hôpital, motivé par la volonté d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.*

de la nécessité de prendre en compte les divers indicateurs de qualité et de leur importance sur la bonne pratique médicale. Par ailleurs, cette construction témoigne surtout d'un véritable changement de paradigme au sein des établissements de santé. En effet, elle a engendré en leur sein un authentique questionnement et une réelle recherche régulière de performance[1400]. Toutefois, il semble que cette quête n'est pas tout à fait adaptée, ou tout du moins est-elle seulement perfectible. En outre, elle ne se montre pas véritablement mobilisatrice de l'ensemble des acteurs[1401], parfois volontairement avec des méthodes pour

Cette optimisation incessante des moyens, des méthodes et des pratiques multiplie le nombre de normes à suivre, tout en intensifiant la charge mentale qu'engendrent les inévitables occasions croissantes de transgression de ces normes. Il est en effet impossible de travailler quotidiennement en respectant parfaitement les règles : toutes ne sont pas connues parce qu'elles n'ont pas été transmises ou parce qu'elles ont évolué ; le temps manque souvent pour faire les choses selon les consignes ; mais aussi parce que certaines de ces règles sont contradictoires ou irrationnelles comme en témoigne notre expérience personnelle ». **Y. KNIBIEHLER (Dir.)**, Soignantes dans un hôpital local. Des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation, Presses de l'EHESP, 2013, pp. 109-110.

[1400] Bien qu'il faille concéder que cette recherche se trouve imposée, ce qui réduit sa pertinence d'un strict point de vue éthique. Ainsi, Stéphanie RENARD rappelle que « *la législation hospitalière a par ailleurs indirectement multiplié les hypothèses de contrôle en organisant des procédures qui, comme la certification, relèvent des outils non contraignants de l'amélioration continue de la qualité des soins, mais peuvent, le cas échéant, déboucher sur des opérations de contrôle (…). Ce développement « quantitatif » de l'ordre public sanitaire ne doit toutefois pas masquer l'aspect qualitatif de son évolution. D'une part, le législateur tend depuis plusieurs années à renforcer les pouvoirs de l'administration en matière sanitaire, soit par le développement et/ou le durcissement des régimes permissifs, progressivement substitués aux systèmes répressifs, soit par l'allègement des conditions de l'intervention de la police sanitaire* ». **S. RENARD**, *L'ordre public sanitaire (Étude de droit public interne)*, Thèse de doctorat en Droit, préparée sous la direction du Pr. M.-L. MOQUET-ANGER, soutenue le 24 juin 2008 au sein de l'Université de Rennes I, pp. 362-363.

[1401] Ou tout du moins suscite-t-elle des résistances quasi-historiques face à ce type de procédé. Plus généralement, certains professionnels « *soulignent une incompatibilité entre objectifs financiers et conditions de travail dans les établissements de santé et dénoncent une « taylorisation » des activités de la santé. Le syndicat national des infirmiers (snpi) estime qu' « alors que certains les opposent, il faut considérer que faire des soins et prendre soin sont des notions complémentaires »* ». **S. MIREBEAU**, « *Clinique et management : une synergie en construction* », Empan, vol. 78, no. 2, 2010, pp. 53-66.

le moins originales[1402]. Cela étant, cela ne relève pas forcément du champ d'action du juriste, mais bien d'un changement de comportement[1403].

612. Après avoir envisagé les nombreuses limites associées à la politique d'évaluation de la qualité, surtout du point de vue des structures, il convient d'envisager cette étude davantage du côté de l'usager[1404]. En effet, il semble que ces différents éléments n'ont pas forcément les effets escomptés[1405]. Pourtant, il serait particulièrement injuste de remettre en cause le contenu des textes juridiques qui, par eux-mêmes, se montrent plutôt soucieux du recueil de leur position sur ces sujets variés. Bien que des critiques, parfois acides,

---

[1402] Pour un exemple, le CHU de Brive avait cru bon d'employer des acteurs prenant le rôle de faux-patients, afin d'évaluer la pertinence de la prise en charge. Ces derniers, s'impliquant trop dans leur rôle, ont été démasqué. L'initiative a créé une polémique, et indignée le personnel soignant de l'établissement. Sur cet événement : **M. KRKAC**, « *L'impact du jeu d'acteur sur l'autoévaluation des établissements de santé* », LEH Éditions, BNDS, n°106, Mars 2022, pp. 199-201 ; **J. MOSCHETTI**, « *L'hôpital de Brive emploie des faux patients pour évaluer son personnel, les soignants n'apprécient pas* », Le Quotidien du Médecin, publié le 08/12/2021, consulté le 21/07/2022.

[1403] Marc DUPONT ne dit finalement pas autre chose lorsqu'il explique que « *le respect des droits des malades au quotidien dépend beaucoup, pour être effectif, de comportements individuels et de postures professionnelles. Dans le domaine de la santé, et plus particulièrement à l'hôpital, il a été montré combien les processus de changement sont complexes à mettre en œuvre à grande échelle, dès lors que la qualité met en jeu, de façon à chaque fois renouvelée, une rencontre associant un patient, son entourage, un ou plusieurs médecins, une équipe soignante* ». **M. DUPONT**, « *La loi du 4 mars 2002 a-t-elle changé la gestion de nos hôpitaux ?* », Dalloz, RDSS, 2012, p. 486.

[1404] Usager qui, au travers de ses représentants, a pu exprimer ses difficultés à prendre part à cette construction. A ce titre, Jihane SEBAI, exploitant une enquête quantitative de la HAS en 2016, précise que « *les résultats obtenus font état de la difficulté rencontrée par RU à assimiler la démarche de certification et l'organisation du système de soins et, de fait, à comprendre les outils qui leur sont liés. Le bilan qui peut être dressé aujourd'hui met en exergue un système de représentation des usagers au niveau des établissements de santé construits essentiellement autour de la défense des droits des personnes malades qui peine à opérer les changements culturels nécessaires pour faire évoluer les organisations et les pratiques vers un exercice réel de ces droits* ». **J. SEBAI**, « *Participation citoyenne à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins* », Santé Publique, vol. 30, no. 5, 2018, pp. 623-631.

[1405] Ceci ayant pu être justifié en partie du fait de l'absence d'importance effective reconnue à la qualité. En outre, ce postulat a pu amener des témoignages parfois virulents. Pour un exemple d'un professionnel : « *le choix du financement des établissements à partir de l'activité bride l'efficacité de l'approche par la qualité selon ce professionnel. Un peu plus loin, il explicitera l'idée selon laquelle la qualité telle qu'elle a été introduite en France est une démarche d'emblée présentée comme accessoire : « Je ne sais pas si vous vous souvenez, la gouvernance c'était avec la belle marguerite, les pôles. La T2A (Tarification à l'activité) c'est la grosse feuille de la marguerite ; après il y a quelque chose pour décorer autour dont la qualité, la régulation par la qualité, mais la certification n'a jamais eu la capacité de réguler le fonctionnement dans ces hôpitaux. Ce qui régule, c'est la T2A et les tarifs, le reste c'est du pipeau. »* ». **C. CAUVIN RENAULT**, Reconstruire l'hôpital. Concilier normes et relation de soins. Érès, 2020, p. 46.

existent toujours quant à la portée du contrôle. Ainsi, « *la certification apparaît comme l'autovalidation d'une réduction du sens des pratiques à quelque chose de visible, d'utile, de quantifiable, au détriment de la complexité et de la violence effectives mais dérangeantes de l'institution. Une méthode Coué, en quelque sorte, où je m'accorde à moi-même le satisfecit me persuadant que je suis dans les cordes…* »[1406]. En outre, il existe une obligation de communication des résultats visant à assurer une effectivité à la démarche[1407]. Par suite, les éléments assurant la participation de l'usager à l'évaluation se développent et se perfectionnent de manière évidente au fil du temps[1408].

613. Limites d'une politique d'évaluation périodique. Finalement, il convient de rappeler les limites d'une politique d'évaluation périodique. Celles-ci sont nombreuses. En premier lieu, peut-être identifié la ponctualité de cette démarche[1409]. En effet, comme évoqué précédemment, elle ne mobilise qu'à un instant donné, et suscite souvent un certain relâchement une fois l'échéance passée[1410]. Ceci donne en définitive une démarche qualité

[1406] **O. LABOURET**, Le nouvel ordre psychiatrique. Guerre économique et guerre psychologique, Érès, 2012, p. 49.

[1407] Comment envisagé précédemment, dans le secteur public, voir article L. 6144-1 du code de la santé publique. Dans le secteur privé, voir article L. 6161-2-2 du code de la santé publique. Voir également : Arrêté du 13 juillet 2021 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé.

[1408] A ce titre, la participation des usagers au sein des établissements de santé se perfectionne très largement, au point d'être devenue centrale. En témoigne notamment l'émergence du patient traceur dans la certification V2014, puis désormais du parcours traceur dans la V2020.

[1409] Bien qu'il apparaît que le législateur règle peu à peu ce problème, il conviendra d'être vigilant dans les années à venir. Plus généralement, Johanne SAISON retient que « *la recherche de la qualité et de sécurité des soins au cœur de la démocratie sanitaire impose ainsi à l'établissement de santé de se soumettre au regard de l'évaluateur, dont l'appréciation impacte son fonctionnement, bien au-delà de l'image qu'il offre par la publication de ses résultats, en conditionnant aujourd'hui ses ressources ainsi que l'octroi ou le renouvellement de ses autorisations, mais également, en l'obligeant à approfondir ses coopérations avec les autres acteurs de santé de son territoire* ». **J. SAISON**, « *Démocratie sanitaire et fonctionnement de l'hôpital* », Dalloz, RDSS, 2022, p. 197.

[1410] En effet, la fin de la certification, *a fortiori* lorsque le résultat est positif, invite souvent davantage au soulagement plutôt qu'à une éventuelle prise de conscience. Comme tout contrôle, surtout lorsqu'il provient d'une autorité, il suscite de l'appréhension, et ne mobilise que jusqu'au déroulement de l'échéance. Alors même que l'objectif était avant tout de créer une remise en cause profonde, mais surtout continue afin d'améliorer la qualité d'une structure sur le long terme.

qui n'en est pas vraiment une[1411], mais qui pousse surtout à s'investir un maximum pour réussir le test. Il n'est d'ailleurs pas rare de voir des recrutements qualifiés de « renfort-certif », maximisant ainsi les effectifs dédiés, le service retrouvant par la suite sa petite taille, et donc ses faibles moyens. Surtout, elle propose une construction décousue, technique, et peu révélatrice du quotidien d'une structure. Son contenu, essentiellement sécuritaire, remet en cause plus qu'il ne perfectionne, et son fonctionnement, hautement technocratique, suscite un certain rejet[1412].

614. Par suite, limiter ces politiques à la seule dimension évaluative ne pousse pas véritablement la direction de l'établissement à tenir compte de l'importance de cette construction[1413]. En outre, et au risque de succomber au cliché, il n'est pas faux d'affirmer

---

[1411] Ceci peut d'ailleurs parfaitement s'expliquer à travers la nature même de la démarche qualité, qui, à la différence de ce qu'elle est censée être, n'est pas, ou rarement volontaire. Comme Lucie CLUZEL-MÉTAYER l'explique, « *le domaine sanitaire présente une particularité que l'on ne retrouve pas ailleurs : alors que ces démarches sont en principe volontaires, elles deviennent, appliquées au secteur sanitaire, contraignantes et porteuses d'actes ayant des effets de droit. C'est tout le paradoxe de l'introduction de la qualité dans le domaine sanitaire. L'irruption de la qualité dans ce domaine correspond ainsi à la recherche d'une nouvelle forme de régulation par l'introduction de techniques managériales, lesquelles sont, in fine, bel et bien saisies par le droit* ». **L. CLUZEL-MÉTAYER**, « *L'irruption de la qualité dans le domaine sanitaire* », *op. cit.*

[1412] Par suite, l'ensemble de la politique évaluative peut susciter des difficultés, voire parfois se révéler contreproductive. En témoigne notamment la démarche d'auto-évaluation qui se développait fortement à travers le compte qualité, avant le recul de la considération accordée à ce dernier dans la certification V2020. Ainsi, « *la porte d'entrée dans la certification n'est plus l'auto-évaluation mais le compte qualité. En 15 ans, l'auto-évaluation a permis aux ES d'identifier leurs points forts et des axes d'amélioration au regard des référentiels de la HAS. Mais cette auto-évaluation a ses limites car elle ne garantit pas la réalisation des actions correctrices. De plus ce temps d'introspection formaliste et statique a pu mobiliser les énergies au détriment de la démarche qualité au quotidien et des réalisations concrètes au bénéfice direct des patients et usagers* ». **C. ARICH, G. DAURAT**, « *Compte qualité et hémovigilance* », Elsevier Masson SAS, Transfusion Clinique et Biologique, Vol. 23, Issue 4, Novembre 2016, p. 268.

[1413] En dépit pourtant d'une indéniable volonté de liaison entre certification et sanctions juridiques, avec en point d'orgue, la connexion entre certification et autorisation sanitaire, point qui sera développé ultérieurement. Par ailleurs, même avant cela, les conséquences étaient nombreuses. Ainsi, « *en définitive, par la reconnaissance d'un lien direct entre l'autorisation et la certification ainsi que les objectifs qualitatifs, les nouveaux textes poussent au bout de sa logique un processus enclenché antérieurement, puisque, avant 2018, la certification produisait d'indéniables effets : d'une part, sur le CPOM conclu entre le titulaire de l'autorisation et le directeur général de l'ARS, dans la mesure où ce contrat définit des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins faisant suite à la procédure de certification ; d'autre part, de manière indirecte, sur les autorisations, dès lors que le constat de faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients à l'occasion de la visite de certification , tout comme les résultats de la certification , constituaient déjà des motifs de fait aux décisions prises par le directeur*

que bien souvent, pour un directeur de structure, la qualité ne trouve pas son point d'orgue par la visite de certification, elle se résume à cette dernière. A ce titre, « *l'approche de la qualité en France est orientée quasi exclusivement par la certification (…). Il s'agit d'un pilotage administratif de la qualité type « assurance qualité » et non pas d'un pilotage par les équipes de terrain, soignantes et médicales* »[1414]. Ce qui sous-entend que dès lors que celle-ci sera passée, la discipline redeviendra, au mieux, secondaire, et ceci jusqu'au début de la préparation de la prochaine échéance des années plus tard, souvent trop tard par ailleurs[1415].

615. Surtout, comme toute évaluation, elle n'est pas forcément un reflet parfait de la réalité des principes de fonctionnement d'une structure. En outre, « *il perdure de nombreuses difficultés à évaluer le service rendu, avec des freins dans la transparence chez certains acteurs, avec au contraire pour d'autres des opportunités. Il y a de nombreux éléments moteurs (électrons libres ?), participant au développement de l'accessibilité d'une information médicale qualitativement plus complète du « grand » public vis-à-vis des prestataires médicaux « disponibles sur le marché »* »[1416]. Bien que la procédure soit particulièrement élaborée, il n'en reste pas moins que selon les critères audités, un établissement peut se trouver exposé, quand un autre, au contraire, peut passer entre les

général de l'ARS en matière de suspension, modification ou retrait de l'autorisation ». **D. CRISTOL**, « *Le régime des autorisations sanitaires : simplification et modernisation sur ordonnance* », Dalloz, RDSS, 2018, p. 271.

[1414] **D. CASTIEL, P.-H. BRECHAT**, « *La qualité des soins, un nouvel outil de régulation de l'hôpital sous contrainte budgétaire ? Un modèle pourtant propose par Feldstein des 1977* », Marché et organisations, vol. 36, no. 3, 2019, pp. 205-230.

[1415] Malgré le fait que les services peuvent, parfois se mobiliser, il serait sans doute exagérer de parler de culture de qualité continue. En outre, il est permis de rappeler que si cette culture existait, il n'aurait pas été nécessaire d'instaurer une quelconque dimension contraignante. Pour autant, des initiatives existent néanmoins, et il semble que la conscience d'exercer une démarche dans le temps peut être relevé. Ainsi, « *bien que la certification HAS soit une certification d'établissement et non de service, il est important que les services soient actifs dans cette préparation de la visite et anticipent la sélection et la mise en place d'actions d'amélioration. Il est important d'anticiper la visite de certification suffisamment à l'avance. Il est aussi impératif de communiquer largement auprès des différents professionnels intervenant en maternité. Avec une bonne organisation, la visite de certification se passera au mieux et sans stress pour les équipes* ». **F. VENDITTELLI**, « *Comment préparer la visite de certification V2020 de la Haute Autorité de santé dans maternité ?* », Elsevier Masson SAS, Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, Vol. 50, Issue 5, Mai 2022, pp. 409-414.

[1416] **A. LE HYARIC**, « *Chapitre 7. Information du public sur les soins à l'hôpital : que pensez des classements, indicateurs et évaluations périodiques mis à disposition du « grand » public ?* », Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, vol. 26, no. 1, 2015, pp. 73-90.

gouttes, alors même que leur adaptation quotidienne n'est pas forcément à la hauteur[1417]. Il en résulte ainsi une construction parfois inadaptée, au sein de laquelle les différents protagonistes ne se comprennent pas toujours. D'un côté le personnel soignant qui, sans méconnaitre son importance, peine à en faire une priorité du fait d'un quotidien surchargé[1418], tandis que l'autorité de régulation semble regretter ce manque d'investissement, parfois de manière quelque peu rigide sans doute[1419].

616. Communication insuffisante à l'attention des usagers. La principale limite attachée à la politique d'évaluation de la qualité des établissements de santé réside probablement l'inadaptation de la communication accordée aux usagers. En effet, alors même qu'elle parait être une principale motivation ou justification de son déploiement, il apparait que la procédure de contrôle ne symbolise finalement que trop peu d'élément pour ces derniers[1420]. Du fait de son fonctionnement largement technocratique, les publications des résultats ne permettent finalement que trop peu de comprendre les tenants et les

---

[1417] Ainsi, « *la visite de l'établissement est programmée, concertée, pendant plusieurs semaines, ainsi les établissements améliorent la qualité dans les critères observés, ils préparent les services, leurs personnels aux références qui seront évaluées. Certains modifient in extremis les documents qui seront très probablement consultés lors de la visite par les experts visiteurs. Des moyens le plus souvent administratifs sont également mis de façon parfois très éphémère à disposition des maillons faibles pour « réussir l'examen ». Tous ces phénomènes adaptatifs très compréhensibles relativisent l'intérêt et la participation constructive du personnel soignant* ». **A. LE HYARIC**, *Ibid.*

[1418] Pour un exemple, les boycotts de certaines visites de certification ayant eu lieu récemment, alors que la pandémie de Covid-19 n'est pas encore achevée, loin s'en faut. **J. MOSCHETTI**, « *« A l'heure où la maison brûle, on nous demande si la vaisselle est faite » : au CHU de Limoges, 100 médecins boycottent la certification hospitalière* », Le Quotidien du Médecin, publié le 11/05/2022, consulté le 20/07/2022 ; **J. MOSCHETTI**, « *Certification hospitalière, le ras-le-bol : pourquoi des médecins du CHU de Grenoble ont appelé à boycotter cette procédure d'évaluation* », Le Quotidien du Médecin, publié le 24/06/2022, consulté le 20/07/2022.

[1419] Ainsi, Dominique LE GULUDEC, Présidente de la Haute Autorité de santé, retient que « *la crise Covid que nous traversons nous rappelle combien il est important de réaliser du retour d'expérience, d'apprendre de nos erreurs mais aussi de nos succès. Le dispositif EIGS n'a pas été plébiscité dans ces circonstances pandémiques. Nous observons en effet cette année la première baisse de transmission des déclarations (…) et nous le déplorons* ». **D. LE GULUDEC**, « *Édito* », in : HAS, Rapport Retour d'expérience national. Les évènements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2020, *op. cit.*, p. 4.

[1420] Cette idée peut être frustrante mais se justifie par le fait que la certification est avant tout technique, en ce sens, l'accessibilité du contenu n'est pas aisée pour un profane. Le résultat est vraisemblablement relégué au second plan pour les usagers, tel le classement annuel des hôpitaux dévoilé par Le Point, ce qui témoigne d'un échec relatif pour la politique de régulation.

aboutissants de ceux-ci[1421]. Il s'en suit des difficultés à mettre véritablement en place une démarche qualité, inclusive et effective[1422]. Tout d'abord, la communication du contenu de l'évaluation se présente comme étant trop technique, au point de laisser le patient de côté et dans l'incompréhension[1423]. En effet, cette idée ramène en définitif au fondement même de la médecine. Cette discipline repose sur une relation entre une personne et un savant. L'évolution de la pratique médicale, à travers l'hospitalisation, pousse même cette personne à côtoyer une multitude de savants. Au sein de celle-ci, le patient, aujourd'hui plus qu'hier n'est pas en mesure, la plupart du temps, de maitriser les tenants et les aboutissants de la technique associée à sa prise en charge[1424]. Et à dire vrai cela ne présente que peu d'intérêt pratique.

[1421] Ainsi, « *si l'on souhaite que l'information soit utilisée par les usagers, un effort important est nécessaire pour la synthétiser et l'agréger. L'usager n'est pas en mesure d'intégrer et de pondérer des informations multiples et disparates (…). Dans le même esprit, l'usager a beaucoup de difficultés à interpréter des indicateurs de process* ». **P.-L. BRAS, P. GOHET, A. LOPEZ**, Rapport IGAS sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé, Juillet 2010, p. 4.

[1422] Comme le note Olivier FILHOL, « *le risque est réel de voir se développer des procédures où l'usager et le professionnel seront réduits à une performance idéalisée* ». **O. FILHOL**, « *La démarche qualité : cette douce tyrannie de la transparence* », in : **X. GALLUT (éd.)**, La démarche qualité dans le champ médico-social, Érès, 2010, pp. 21-45.

[1423] Ce qui justifie par ailleurs le fait que les patients, dans l'ensemble, n'accordent pas une importance démesurée à ces informations. Ainsi, « *la publication de données sur la qualité des prises en charge n'a pas, en règle générale, une influence significative sur les choix des patients quant à l'établissement d'hospitalisation* ». **P.-L. BRAS**, « *Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ?* », Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé, 2012/2, n°35, pp. 29-41.

[1424] La HAS, par ailleurs, en tient compte et alerte à ce sujet. A ce titre, elle explique, en menant une étude des expériences étrangères, qu'ils existent « *trois types de mesure* » qui « *évaluent la qualité des soins perçue par les patients avec des outils distincts : les Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) pour le résultat des soins, les Patient-Reported Experience Measures (PREMs) pour l'expérience des soins et les questionnaires de satisfaction des patients pour la réponse à leurs attentes* ». A ce titre, elle met en lumière certaines difficultés de compréhension : « *des difficultés de perception d'ensemble, notamment des confusions quant aux objectifs intrinsèques de chacun de ces trois outils, et des écueils techniques peuvent freiner parfois l'utilisation des mesures de la qualité perçue par les patients en pratique clinique courante où cela est pourtant le plus utile. Des leviers peuvent être mis en œuvre pour résoudre ces obstacles et faciliter leur utilisation (…). Pour aider les patients à remplir les questionnaires, il convient de faire un choix judicieux de questionnaires faciles à lire et à comprendre, proposant aussi plusieurs modalités d'administration et l'aide éventuelle d'un proche ou d'un professionnel* ». HAS, Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs. Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements, Rapport validé par le Collège le 1er juillet 2021, pp. 5-6.

617. En revanche, dès lors qu'il convient de communiquer à l'usager les informations relatives à sa santé, il est absolument primordial de rendre l'ensemble intelligible et adapté afin de pouvoir se positionner et en maitriser le contenu[1425]. En effet, un usager devrait être en mesure, afin d'exercer son libre choix, de comprendre sans difficulté technique et de mesurer l'investissement d'une structure dans laquelle il souhaiterait se rendre, sans se limiter à une simple estampille[1426]. A l'instar de la pratique médicale, l'aide à apporter aux soignants dans la valorisation de leur pratique ne devrait pas passer par la contraindre. Il convient donc de dire que la première hypothèse de modification serait sans doute une volonté politique renforcée, tout comme une implication supérieure des structures elles-mêmes. Cela étant, cette idée n'implique pas que le régime juridique ne puisse pas faire l'objet d'ajustements visant à accompagner davantage les acteurs.

B. Conséquences limitées du fait des ressources du contrôle

618. Conséquences limitées sur le fonctionnement réel de la structure. Historiquement, l'apport de l'évaluation de la qualité, et plus précisément la certification, a donc profondément changé le fonctionnement des établissements. Ou tout du moins a-t-elle pris une réelle place. Elle parait aujourd'hui incontournable. Et pourtant, il semble relativement clair que l'objectif initial lors de son déploiement n'est pas véritablement

[1425] Pour la simple et bonne raison que le patient devrait être au centre de sa relation de soins, et la qualité doit tenir compte de cet état de fait. Ainsi, comme le note Alain LOPEZ, « *le levier de la qualité, entre les mains du régulateur, doit obéir à une stratégie qui composera avec l'emploi d'autres moyens d'agir sur le dispositif de santé, tels l'organisation de l'offre et son financement. Jusque-là, l'usager est tenu à l'écart du jeu. Il est supposé être le principal bénéficiaire de la partie, mais il ne tient aucune carte entre ses mains. Pourtant, c'est de son sort qu'il est question. Il serait donc légitime qu'il puisse avoir voix au chapitre quand les décisions touchent à son destin* ». **A. LOPEZ**, Réguler la santé, Presses de l'EHESP, 2013, p. 169.

[1426] Bien qu'il ne faille pas exagérer la faculté que cela donnerait au patient. Ainsi, « *la diffusion publique, ou classement, fait l'hypothèse que l'usager se comporterait en « consommateur éclairé », choisissant son établissement en fonction des résultats observés, et que la publicité fait sur la qualité inciterait le professionnel à s'améliorer. L'impact de cette approche semble en fait limité en ce qui concerne les patients, mais non négligeable sur la mobilisation des établissements* ». **G. DUHAMEL, É. MINVIELLE**, « *32. Évaluer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé* », In : **P.-L. BRAS (éd.)**, Traité d'économie et de gestion de la santé. Presses de Sciences Po, 2009, pp. 307-314.

atteint[1427]. Plus largement, dans son déroulement, et dans sa mise en œuvre, cette procédure d'évaluation ne mobilise les établissements que lors d'une période donnée, souvent courte à mesure que le quotidien de la structure est sous tension. En conséquence, elle pénalise finalement d'une certaine manière le déploiement de la démarche qualité, ou sa pertinence.

619. Questionnement quant au contenu de la démarche. Plus globalement, sur le strict contenu de la démarche, il convient de s'interroger quant à ce qui est contrôlé, à savoir les indicateurs qualité[1428]. Car au-delà de la seule question de l'acceptation du recours au contrôle, l'étude de son contenu peut justifier des réticences à s'y investir pleinement. En outre, il est nécessaire de s'intéresser aux différentes phases de la construction. Cela passe notamment par une réflexion autour des thématiques contrôlées, mais également à l'impact du contrôle. Enfin, sa profondeur pourra également être éclaircie.

620. Études des thématiques contrôlées. Concernant les thématiques contrôlées, il semble que l'effort soit pertinent, bien qu'il puisse être recentré, comme cela a été évoqué précédemment[1429]. Mais d'un point de vue strictement technique, le contenu est plutôt satisfaisant et se perfectionne. Surtout, ce qui revêt un intérêt certain est le fait que les domaines évoqués évoluent au fil du temps, ceci afin de tenir compte des différentes réalités

---

1427 Ainsi, « *les politiques publiques se sont construites de façon empirique, progressive, insuffisamment coordonnée et globale ; centrées sur certains risques (notamment vis à vis des médicaments, des infections nosocomiales et des actes invasifs), sectorisées en fonction des produits (médicaments, dispositifs médicaux, déchets…) ; ou basées sur la mise en œuvre de procédure s'adressant aux pratiques professionnelles ou aux organisations internes des établissements (déclaration, surveillance, évaluation, accréditation, certification…), elles constituent un ensemble protéiforme insuffisamment articulé* ». **A. BURSTIN, H. GARRIGUE-GUYONNAUD, C. SCOTTON**, L'Hôpital, Rapport IGAS remis au Président de la République, au Parlement et au Gouvernement, 2013, p. 97.

1428 **D. BENAMOUZIG, M. ROBELET**, « *Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital* », Quaderni, n°85, 2014, pp. 67-84.

1429 En optant, certes, pour une approche consensuelle, et donc sans risque : « *pour permettre aux institutions étatiques de prendre des mesures sans brusquer les professionnels ni les gestionnaires d'établissements, les concepteurs des indicateurs de qualité ont privilégié la construction d'indicateurs relativement consensuels (…). D'autre part, ces indicateurs mesurent la qualité à l'échelle de l'établissement de santé plutôt qu'à l'échelle des services ou des praticiens hospitaliers, de manière à ne pas mettre en cause directement des individus ou des équipes* ». **H. BERTILLOT**, « *Mesurer la qualité pour rationaliser l'hôpital. La genèse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en France* », Informations sociales, 2018/3, n°198, pp. 38-44.

à envisager. En effet, la procédure de certification, qui symbolise finalement cette politique d'évaluation, s'est transformée à chaque période de déploiement, afin de tenir compte des différentes évolutions sanitaires, mais également des volontés des acteurs en présence[1430].

621. Ce qui peut poser des difficultés résident plus dans le contenu de l'évaluation, que dans sa logique de fonctionnement. Cela renvoie donc aux indicateurs, dont la simple dénomination a pu susciter des tensions dans le secteur. Cela étant, alors que leur utilisation fait de moins en moins débat, on s'autorise désormais à envisager une étude approfondie des différents indicateurs. Ainsi, « *on résume souvent la question de la mesure à celle du simple choix des « bons » indicateurs. Il s'agit en réalité d'une problématique beaucoup plus complexe couvrant un grand nombre de dimensions : quel est l'usage que l'on souhaite faire des indicateurs ? Quel accompagnement offre-t-on aux acteurs ? Quelles méthodes statistiques utiliser ? Quelles sources de données retenir ? Quel système d'information développer* »[1431] ? Ceci amène indubitablement à des questionnements, et une remise en cause, au moins du point de vue des pratiques, de l'organisation hospitalière, et de la régulation imposée aux établissements de santé.

622. **Typologie d'indicateur : Modèle de DONABEDIAN**. Pour parvenir à une étude précise de ce qui pose problème, il convient d'illustrer les différentes catégories d'indicateurs. Pour y parvenir, il est possible de se référer à une construction classique bien admise, à savoir le Modèle de DONABEDIAN[1432]. Celui-ci propose une distinction entre trois catégories d'outils, à savoir les indicateurs de structure, de processus et de résultats[1433].

[1430] Comme évoqué en 1ère Partie, l'émergence de notions telles que le « *patient-traceur* », puis le « *parcours traceur* », témoigne de cet état de fait.

[1431] CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019, Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019 (loi du 13 août 2004), Juillet 2018, p. 133.

[1432] **A. DONABEDIAN**, « *Evaluating the Quality of Medical Care* », The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, N°3, Part 2 : Health Services Research I. A Series of Papers Commissioned by the Health Services Research Study Section of the United States Public Health Service. Discussed at a Conference Held in Chicago, Octobre 15-16, 1965, Juillet 1966, pp. 166-206.

[1433] Voir également pour une étude des différents indicateurs de qualité : **G. LAYANI**, « *Évaluation de la qualité des soins dans les unités d'urgence rurales du Québec* », Maîtrise en épidémiologie, 2015, p. 12.

Dans le cadre des indicateurs de structure[1434], on renvoie à l'étude du cadre d'exercice, c'est à dire le matériel ainsi que les ressources humaines. L'approche est donc strictement quantitative. S'agissant des indicateurs de processus, on évalue les prestations de soins réalisées et leur pertinence. Il s'agit de mesurer le déroulement de la relation de soins stricto sensu, avec un renvoi aux règles de l'art. A ce titre, la question serait simple, et consisterait à se demander si la réponse apportée à la demande thérapeutique du patient est appropriée. Enfin, à propos des indicateurs de résultat, on renvoie aux effets éventuels vécue par le patient à l'issue de son admission. Les thématiques peuvent, dès lors, être très variées, et renvoyer ainsi à l'étude des réhospitalisations, de la mortalité ou de la morbidité post-admission[1435].

623. De manière générale, il semble que l'approche évaluative de la qualité en France repose essentiellement sur les indicateurs de processus[1436]. En effet, ils questionnent, par définition, les pratiques quotidiennes et l'exercice médical. En ce sens, ils sont facilement, si l'on peut dire, mesurables, permettent d'établir des statistiques et des plans d'action. Surtout, ils sont relativement peu exigeants en ressources et investissements puisqu'ils n'impliquent finalement qu'un contrôle des étapes de la relation de soins, sans véritable approche prospective. En revanche, sont classiquement laissés de côté les indicateurs de

[1434] A noter que certains auteurs proposent notamment une approche synthétique visant à distinguer deux catégories de dimensions, « *celles en rapport avec les structures* », incluant ainsi les processus, et « *celles liées aux résultats* ». **É. MINVIEILLE**, « *Comment évaluer et réguler la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades ?* », Quaderni, n°82, 2013, pp. 83-98.

[1435] L'étude de ces thématiques se développent par ailleurs très fortement, notamment la mortalité hospitalière qui, selon les disciplines, fait partie des IQSS. Voir notamment : DGOS, Les réhospitalisations à 30 jours (RH30), Guide méthodologie de calcul de l'indicateur et présentation des principaux résultats, 2018 ; DGOS, Le taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours en MCO, Outil pour accompagner la mise à disposition d'un indicateur hospitalier de vigilance pour alerter, analyser et agir, 2018.

[1436] Ainsi, « *depuis les années 2000, le nombre d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (comme des indicateurs cliniques péri-opératoires), correspondant majoritairement à des indicateurs de processus, augmente fortement* ». **L. ROCHAIX, C. GRENIER, L. MAY-MICHELANGELI**, « *De la mesure de la qualité à son usage dans la régulation des systèmes de santé* », Journal de gestion et d'économie de la santé, vol. 4, no. 4, 2020, pp. 221-241.

résultat[1437], et ceci pour plus plusieurs raisons[1438]. En premier lieu, car ils nécessitent un réel travail d'étude et de distinction selon les pathologies. Ainsi, les résultats peuvent ne pas être pertinent, voire discriminant en fonction des types de structures. En conséquence, ils exigent un travail très élaboré. Surtout, certains variants de santé ne peuvent pas aisément, voire impossiblement être mis en lumière et, à ce titre, les structures de santé peuvent se voir imputer des résultats négatifs en dehors de tout mauvais comportement et malgré une pratique médicale pertinente[1439].

624. Cet état de fait suscite un certain nombre de crispations à plusieurs niveaux. En premier lieu au niveau des patients, dont le devenir n'est pas suffisamment étudié[1440]. Ensuite du point de vue des soignants, dont le travail et les résultats associés ne sont pas

---

1437 Voir notamment : **V. VIOUJAS**, « *La réforme du financement des établissements de santé : la transformation en (longue) marche* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 524.

1438 Ceci étant lié aux limites associées aux indicateurs de résultats. Comme le retient Vincent VIOUJAS, « *il est vrai que la Haute autorité de santé (HAS) incite à la prudence s'agissant de tels indicateurs qui, pour être mieux compris par les usagers que ceux de processus, ne permettent pas de comparer les établissements de manière objective s'ils ne sont pas pondérés par la prise en compte d'un certain nombre de variables d'ajustement (type de patientèle accueillie, taille de l'échantillon…)* ». **V. VIOUJAS**, « *La tarification à l'activité des établissements de santé, une législature plus tard* », Dalloz, RDSS, 2014, p. 498. Voir également : HAS, Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins, 2012, p. 26.

1439 « *Les difficultés techniques et scientifiques pour établir de tels indicateurs et obtenir des appréciations valides de la qualité des soins ne doivent pas être sous-estimées. Sans prétendre être exhaustif, on peut en évoquer certaines. Une des principales réside dans l'hétérogénéité de l'état de santé des patients pris en charge qui interdit le plus souvent de s'en tenir à des mesures simples comme le calcul d'un taux de mortalité (ou de réadmissions) brut, mais suppose de mobiliser des techniques d'ajustement sur le risque complexe à calibrer. Le choix de la période de mesure constitue aussi un enjeu important : s'en tenir à la mortalité intra-hospitalière risque de masquer une faible qualité dès lors que certains établissements favorisent la sortie des patients en fin de vie. Une autre difficulté réside dans le fait que ces indicateurs ne rendent pas compte seulement de la performance hospitalière mais aussi de celle de leur environnement : par exemple, le taux de réadmissions peut être influencé par la manière dont la médecine de ville prend le relais lors des sorties d'hospitalisation, les caractéristiques socio-économiques de la patientèle influent également sur ces taux* ». **P.-L. BRAS**, « *Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins* », Journal de gestion et d'économie médicales, vol. 35, no. 6, 2017, pp. 245-263.

1440 Il est par ailleurs plus ou moins admis que la démarche qualité, dans son exercice, n'avait à l'origine pas nécessairement vocation à traiter du patient à proprement parler, mais qu'elle s'adressait surtout aux établissements dans une optique de travail. Ainsi, « *la logique d'information n'a par ailleurs pas constitué un objectif en soi de la politique de construction d'information sur la qualité. En effet, tant la certification que la mise en place d'indicateurs ont été fondamentalement envisagées dans la perspective de l'appropriation des résultats par les équipes des établissements sanitaires, afin qu'elles engagent, sous leur contrôle, des actions d'amélioration continue de la qualité* ». **A. BURSTIN, H. GARRIGUE-GUYONNAUD, C. SCOTTON**, L'Hôpital, *op. cit.*, p. 82.

correctement valorisés[1441]. Enfin, plus globalement, au regard du fait que l'incitation à la performance se trouve nécessairement limitée dès lors que l'issue de la relation de soins n'est pas prise en compte. Il ne s'agit pas, là-encore, de ne pas tenir compte des progrès effectués en la matière. L'étude de la satisfaction-patient se construit et se perfectionne, donnant une réelle importance au ressenti de l'usager[1442]. Par suite, la prise de conscience, certes tardive[1443], de la valeur des indicateurs de résultats, notamment s'agissant de la mortalité et des réhospitalisations, se matérialise, et la HAS tend à les valoriser[1444]. Il ne s'agit pas non plus d'exagérer la portée de cette distinction entre indicateurs, ou d'en favoriser un par rapport à un autre[1445]. En revanche, il convient de relever à quel point ces indicateurs se complètent, et forme ensemble des outils de la démarche qualité. Ce qui veut certes dire qu'il n'est pas pertinent de ne s'intéresser qu'aux seuls résultats, cette approche serait dangereuse. Ce qui ne veut pas dire non plus que les indicateurs de processus ne visent qu'à incriminer le personnel soignant, l'idée serait fausse, mais le risque existe[1446]. Il

---

1441 « *Cependant, alors même que les conditions de travail des professionnels de santé sont déterminantes de la qualité des soins, peu de recueils de la satisfaction ou de l'expérience des professionnels de santé sont aujourd'hui effectués, à l'étranger comme en France* ». **L. ROCHAIX, C. GRENIER, L. MAY-MICHELANGELI**, « *De la mesure de la qualité à son usage dans la régulation des systèmes de santé* », *op. cit.*

1442 Rappelons qu'au-delà de la seule démarche qualité, l'étude de la satisfaction du patient est une authentique injonction posée par l'article L. 1112-2 du code de la santé publique. Par suite, le Conseil d'état a pu expliquer que le Ministère de la santé, à travers son directeur général de l'offre de soins, avait autorité pour rappeler aux établissements de santé leur obligation de mener l'enquête annuelle de satisfaction. CE, 6 mai 2016, n°384071.

1443 Ainsi, « *la France est aujourd'hui dans une situation paradoxale. Alors qu'elle dispose de sources d'information très riches, comme le SNDS, et qu'est produite une quantité importante d'indicateurs à des fins diverses, elle semble accuser un retard important par rapport à d'autres pays, qui ont adopté des politiques plus volontaristes en matière d'indicateurs de qualité ou de résultats de soins* ». CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019, *op. cit.*, p. 133.

1444 Celle-ci a notamment mis en place une stratégie afin de déployer des indicateurs de résultats, en tenant compte qu'ils répondent à « *une demande des professionnels de santé* » et qu'« *ils sont un facteur majeur de prise de conscience par les professionnels de santé de failles possibles dans l'organisation et/ou la pratique des soins* ». HAS, Indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives, Méthodes de développement, validation et utilisations, Juin 2019, p.5.

1445 Voir notamment : **A. DONABEDIAN**, « *Quality assessment and monitoring. Retrospect and prospect* », Sage Publications Inc., Evaluation & The Health Professions, Vol. 6, n°3, Septembre 1983, pp. 363-375.

1446 Surtout, le choix fait de favoriser les indicateurs de processus fait indirectement peser une responsabilité particulière sur les professionnels de santé alors même que leur impact sur l'amélioration de la santé n'est

s'agit simplement de considérer qu'un changement de paradigme, sans doute déjà amorcé, mais à pérenniser. Ainsi, doit se mettre en place, en envisageant à la fois le contenu de la relation de soins et ce qui en résulte, étape indispensable pour une réelle construction juridique d'ensemble mêlant qualité et efficience économique[1447], le tout orientée dans une logique de performance respectueuse de la pratique médicale et du bien-être de l'ensemble des acteurs[1448].

625. Évolution positive vers une logique de contrôle continu. Par suite, il serait faux de retenir que les pouvoirs publics n'ont pas tenus compte des limites de leur politique d'évaluation. Les efforts entrepris sont tout à fait bénéfiques, et il serait surtout nécessaire de les poursuivre. Ainsi, la principale difficulté associée à la certification réside dans sa ponctualité. En ce sens, le déploiement d'une logique de contrôle continue répond parfaitement à cette limite. Pour y parvenir, il convient, à n'en pas douter, de montrer les

pas forcément établi. A ce titre, « *la plupart de ces indicateurs proviennent de recommandations cliniques suivies d'évaluations des services de soins, reflétant la volonté d'accroître la responsabilité des producteurs et d'améliorer la qualité par la comparaison entre offreurs de soins (…). Les études menées sur l'utilisation des indicateurs de processus en ont ainsi montré l'intérêt, mais aussi les limites, dans la mesure où une amélioration du processus n'implique pas nécessairement un gain d'état de santé, ce qui est pourtant l'objectif final de tout système de santé* ». **L. ROCHAIX, C. GRENIER, L. MAY-MICHELANGELI**, « *De la mesure de la qualité à son usage dans la régulation des systèmes de santé* », *op. cit.*

[1447] Pour y parvenir, il conviendra cependant de mettre davantage en lumière la gestion quotidienne de la qualité. Comme le remarque Jean-Claude MOISDON, « *force est de constater à nouveau que nous manquons cruellement de savoir sur la gestion de la qualité des services de soins, telle qu'elle se pratique quotidiennement. Or des connaissances nouvelles sur ce thème, sans avoir l'ambition de reconfigurer de façon normative les pratiques des professionnels, pourraient manifestement être utiles, d'abord aux établissements eux-mêmes, ensuite dans l'élaboration des outils d'évaluation et d'orientation aux mains de la tutelle, qu'il s'agisse d'outils incitatifs (tels IFAQ) ou ceux de la prescription comportementale (tels le teaming)* ». **J.-C. MOISDON**, « *Régulation et gestion de la qualité des soins dans les établissements de santé. Une comparaison avec le secteur nucléaire* », Journal de gestion et d'économie de la santé, vol. 4, no. 4, 2020, pp. 275-287.

[1448] Finalement, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie synthétise assez bien le propos : « *l'utilisation d'indicateurs est un prérequis incontournable à toute démarche d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins. S'il est vrai que l'on n'améliore que ce que l'on mesure, il est indispensable de penser l'usage des indicateurs au moment où on les conçoit. Outils de régulation, les indicateurs peuvent et doivent également être un outil de dialogue avec les professionnels et les patients (…). Le développement de nouvelles familles d'indicateurs, rapportées par le patient, doit se faire en veillant à définir et à tester leur usage en les intégrant au plus près des pratiques des professionnels et des patients, gage à la fois de qualité de la donnée recueillie et d'un usage pertinent* ». CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019, *op. cit.*, p. 143

bienfaits d'une politique de contractualisation, avec un intéressement renforcé, afin de stimuler davantage les différents acteurs.

626. **Transition**. Pour répondre à ces difficultés, différentes pistes peuvent être étudiées. Celles-ci passent, à dire vrai, par une poursuite des efforts entrepris, visant la construction d'une politique de contrôle continu. Celle-ci permet d'envisager la mise en place d'une construction globale.

§2. Poursuite des évolutions amorcées de l'évaluation de la qualité

627. En conséquence, il paraît judicieux de faire fructifier les évolutions amorcées de l'évaluation de la qualité, en poursuivant une logique de contrôle continu (A). Par ailleurs, la mise en place d'une construction globale reste primordiale (B).

A. Poursuite d'une logique de contrôle continu

628. **Poursuite d'une logique de contrôle continu**. Ainsi, il semble pertinent d'insister sur la nécessité de poursuivre les efforts entrepris pour inscrire l'évaluation de la qualité sur le temps long, et renforcer son influence sur le quotidien des établissements de santé. En effet, il faut retenir que les exigences ces dernières années se sont fortement renforcées, avec notamment l'apparition du compte qualité qui constitue déjà une étape intermédiaire visant donc à perfectionner l'étude du fonctionnement d'une structure en dehors des seules fenêtres de certification[1449], en dépit de sa transmission désormais optionnelle à la HAS. Cette évolution renforce, à vrai dire, les contraintes sur les établissements, mais de manière positive. Il est désormais plus ardu de limiter la qualité à une seule échéance. Pour autant,

[1449] En dépit de sa transmission désormais optionnelle à la HAS. Pour rappel, le compte qualité ne fait désormais plus l'objet d'une quelconque transmission obligatoire. Il sera donc nécessaire d'être vigilant quant à la volonté réelle des structures de s'investir, ou non, dans cette démarche. HAS, « *Certification des établissements de santé : foire aux questions* », Mis en ligne le 17 décembre 2020, consulté le 3 septembre 2022. URL : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223930/fr/certification-des-etablissements-de-sante-foire-aux-questions.

certains éléments, visant à accorder plus d'autonomie aux établissements doivent pourtant appeler à la prudence.

629. Surtout, cette transition doit faire l'objet d'une revalorisation pratique afin de mobiliser davantage l'ensemble du personnel. A dire vrai, cette adaptation vers une logique de contrôle continu, malheureusement limitée par essence[1450], nécessite certains ajustements. En effet, afin d'orienter la démarche qualité vers une logique d'ensemble et impactant l'intégralité de la structure, il convient de tenir compte des remarques précédentes quant aux indicateurs, et ainsi davantage s'attacher aux résultats, ce qui valoriserait à la fois l'expérience patient et celle des soignants[1451].

630. En outre, il en ressort pour ces derniers un incontestable sentiment de remise en cause. Ils subissent la recherche de performance plus qu'ils ne la vivent, puisque toutes ses composantes sont définies au travers de considération visant davantage à discuter du bienfondé de leur action plutôt qu'à l'amélioration de celle-ci. Si la nuance est subtile, elle n'en est pas moins fondamentale et pourrait, cette fois-ci, constituer un enjeu majeur pour le juriste. Car au lieu de toujours mettre en œuvre des constructions incriminantes, sans doute serait-il pertinent de déployer des mécanismes visant à l'intéressement du soignant, ceci afin d'obtenir un authentique investissement[1452].

[1450] Au regard du fait qu'il a été nécessaire, une fois de plus, l'imposer, ce qui témoigne, là-encore, d'une insuffisance à mobiliser les acteurs.

[1451] En insistant sur une dédiabolisation de la notion d'industrialisation. Ainsi, Sylvain LANDRY et Martin BEAULIEU commencent par citer les propos du Dr. Markus FROEHLING, chirurgien britannique, qui retenait que « *l'industrialisation de la santé est la seule façon d'humaniser les soins !* ». Par suite, ils ajoutent que « *naturellement, il n'est pas question de traiter les patients comme des numéros ni de les faire défiler sur une chaîne de montage, mais tout simplement d'organiser différemment les processus qui soutiennent la prestation de soins de façon à ce que les cliniciens puissent créer de la valeur pour les patients* ». **S. LANDRY, M. BEAULIEU**, « *Formulation et mise en œuvre d'une stratégie logistique hospitalière : un exemple d'industrialisation* », Management & Avenir Santé, vol. 3, no. 1, 2018, pp. 31-48.

[1452] A ce titre, d'ailleurs, puisqu'il existe un dispositif d'évaluation de la satisfaction des usagers, et puisqu'apparemment le soin est au centre des politiques publiques, pourquoi ne pas envisager le déploiement d'un questionnaire d'évaluation de la satisfaction des soignants au sens large ?

631. Intéressement des acteurs à cette logique. Le perfectionnement du dispositif d'évaluation continue de la qualité au sein d'un établissement passe inévitablement par une quête d'un investissement supérieur des acteurs à cette logique[1453]. Pour y parvenir, il semble qu'il faille opter pour une politique d'intéressement des acteurs à cette dernière. Si le Droit ne peut avoir qu'un impact limité par essence à ces développements, il peut en revanche rechercher des solutions visant à sensibiliser davantage le personnel à sa pertinence. A ce sujet, plusieurs éléments peuvent être envisagés.

632. Tout d'abord, la question d'un intéressement économique pourrait véritablement faire sens, tout en réconciliant les acteurs avec le fonctionnement économique d'une structure de soins. En effet, alors que chaque acte peut être valorisé, ce qui est par ailleurs assez largement décrié, il reste intéressant de s'interroger quant aux freins réels d'une valorisation économique d'un service se montrant soucieux du respect de certains indicateurs. Il sera, à ce titre, sans doute difficile d'opposer des contre-arguments réellement satisfaisants[1454], sauf à considérer qu'un exercice soucieux du respect des principes associés à la démarche qualité relèverait d'un simple prérequis. La mise en place de la prime d'engagement collectif dans la fonction publique hospitalière, comme préconisée par le Ségur de la santé[1455], témoigne d'ailleurs de cette possibilité de rémunérer les soignants du fait d'une recherche d'amélioration de la qualité[1456].

[1453] Ainsi, « *l'appropriation des indicateurs qualité par les équipes est capital. Les managers cliniques sont un maillon essentiel dans l'implantation efficace des indicateurs qualité, dans l'accessibilité des systèmes d'information et évidemment de l'environnement social. Le temps administratif au détriment du temps soignant passé pour recueillir les indicateurs est un facteur à corriger : il faut recourir davantage au système d'information pour recueillir les données* ». **B. GOURIEUX, T. DUVERNOY, F. TISSIER, P. GARASSUS**, « *Les réformes en faveur du paiement à la qualité en Europe : état des lieux, analyse et propositions* », Journal de gestion et d'économie médicales, vol. 35, no. 6, 2017, pp. 287-304.

[1454] Toutefois, il ne faut pas voir cela comme une simple augmentation de salaire, présentant finalement peu d'intérêt. En revanche, puisqu'il s'agit d'une recherche constante de performance, rien n'empêche d'envisager un fonctionnement sur objectif. Celui-ci stimulerait sans doute le personnel et accorderait une certaine reconnaissance à leur action.

[1455] Les accords du Ségur de la santé prévoient notamment « *une prime d'engagement collectif de 100€ nets/mois pour renforcer les projets d'équipe d'amélioration de la qualité des soins et valoriser l'engagement collectif* ». Conclusion du Ségur de la santé, dossier de presse, Juillet 2020, p. 49.

[1456] Ainsi, l'article 1er du décret n° 2020-255 du 13 mars 2020 pris pour l'application de l'article 78-1 de la loi du 9 janvier 1986 et portant création d'une prime d'engagement collectif dans les établissements mentionnés

633. Plus généralement, « *il est important de mettre en place un management par la performance des ES en proposant un intéressement collectif par thématique par exemple. Une prime à l'innovation et à la diffusion des bonnes pratiques peut être stimulante. La communication des projets entre les établissements pourrait être moteur. Pour modifier les pratiques et organisations de travail, favoriser les relations entre professionnels voire même les usagers, un investissement des directions dans la recherche interventionnelle et/ou l'innovation organisationnelle impacteraient sur la QVT des professionnels et la satisfaction des patients. L'implication de sociétés savantes peut être aussi un facteur de motivation* »[1457].

634. Pour autant, de manière sans doute plus technique, et afin de donner du sens à l'hypothèse d'une valorisation économique, il semble en revanche indispensable de modifier, au moins en partie, le contenu de cette évaluation. A l'instar de la démarche qualité dans son ensemble, il serait judicieux de rechercher à accroitre le poids de ce qui fait le soin, y compris en chiffrant tant les composantes relationnelles de la prise en charge, qu'une proposition globale quant au contenu de cette dernière.

635. **Donner du corps à l'évaluation**. En effet, le reproche effectué à l'encontre de l'exercice professionnel peut être reproduit s'agissant des conditions d'exercice de l'évaluation de la qualité des établissements de santé[1458]. Il semble plus compréhensible en

---

à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 dispose que « *cette prime relève d'un dispositif ayant pour objet de favoriser la cohésion interprofessionnelle, la mobilisation des personnels autour de projets collectifs décidés au niveau des équipes et de valoriser l'engagement collectif dans ces démarches. Ces projets doivent contribuer à renforcer la qualité du service rendu et la pertinence des activités au sein des établissements, en faveur des usagers du service public mais également des personnels de ces mêmes établissements ainsi, le cas échéant, que des partenaires professionnels dans le cadre de l'organisation des filières de prise en charge et des parcours de soins à l'échelle des territoires* ».

[1457] **B. GOURIEUX, T. DUVERNOY, F. TISSIER, P. GARASSUS**, « *Les réformes en faveur du paiement à la qualité en Europe : état des lieux, analyse et propositions* », *op. cit.*

[1458] En dépit de l'effort récent effectué par la HAS en introduisant un nouveau critère au manuel de certification, visant à s'assurer que « *l'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs* ». Ce critère est introduit comme suit : « *Certaines situations cliniques a fortiori complexes peuvent engendrer des conflits de valeurs pouvant prendre la forme de dilemmes éthiques rendant les décisions parfois difficiles par le choix qu'elles imposent aux professionnels dans la recherche de solutions les meilleures pour le patient et ses proches. Ces situations appellent une réflexion collective et interdisciplinaire conduite en temps opportun et fondée sur des modalités structurées et partagées tant au niveau de l'établissement qu'au plus près du terrain. Ces modalités, adaptées à la nature des activés de l'établissement, associant le patient et ses proches, sont protectrices tant des droits du patient que de la pratique des professionnels.*

la matière, mais appelle néanmoins divers ajustements[1459]. Ainsi, des indicateurs, parfois simplistes, ont été mis en place. C'est à ce titre que vont être valorisées des thématiques telles que les temps d'attentes à l'accueil, la présence de la lettre de suivi dans un dossier patient ou encore la satisfaction de l'usager[1460].

636. Pour une juste articulation des indicateurs. Il semble, afin de mener à bien une évaluation pertinente de la qualité des structures, qu'ils faillent tenir compte de l'ensemble des demandes des acteurs. En ce sens, l'idée n'est absolument de limiter l'apport des indicateurs de processus, ni même de surestimer les indicateurs de résultats, mais bien de considérer que les deux doivent cohabiter. Bien évidemment, la validation d'un indicateur de résultats, au regard de sa complexité, implique un sérieux certain et, nécessairement, une certaine rigidité, dont fait d'ailleurs preuve la HAS en la matière[1461]. Cela étant, une articulation doit être recherchée[1462], ce qui implique de poursuivre les efforts entrepris[1463].

Elles peuvent prendre appui sur des ressources externes ». HAS, Manuel : Certification des établissements de santé, Version 2023, p. 176.

[1459] En outre, une évaluation s'acclimate assez mal d'un raisonnement global, et va par définition s'intéresser à des points précis d'une composante d'ensemble.

[1460] Généralement, on estime que la démarche qualité se fonde sur des critères qui sont plutôt aisément mesurables ou palpables. Il ne s'agit pas, bien sûr, de contester la pertinence de cet état de fait, mais plutôt de relever un certain manque d'ambition. Ainsi, la valorisation des résultats, en complément de l'existant, semble nécessaire.

[1461] Voir notamment l'annexe « critères de validation des IQSS de résultats qui montre les « *paramètres évalués* » par la HAS, avec en outre la « *pertinence clinique de l'indicateur et validité de construit* », la « *validité de contenu (cadre nosologique)* » (c'est à dire la « *capacité de l'indicateur à représenter les dimensions importantes d'un concept d'intérêt* »), la « *validité de critère et validité prédictive* » (c'est à dire « *la capacité à identifier les événements recherchés dans la population cible* »), l'« *ajustement – standardisation* » (c'est à dire la « *capacité d'un indicateur à prendre en compte des variables influençant le résultat indépendamment de la qualité des soins* »), la « *validité discriminante* », la « *variabilité inter-ES* », l'« *écart a un objectif de performance* », la « *pertinence pour l'amélioration* » et la « *stabilité temporelle* ». HAS, Indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives, *op. cit.*, pp. 25-28.

[1462] Comme préconisé dans le rapport Véran, et comme le souligne également Pierre-Louis BRAS. Sur ces questions : **O. VÉRAN (Dir.)**, L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur, rapport remis au Ministre des Affaires sociales et de la Santé le 4 avril 2017 ; **P.-L. BRAS**, « *Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins* », *op. cit.*, pp. 245-263.

[1463] Ainsi, « *en matière de mesure, les indicateurs de processus sont à présent fréquemment combinés à des indicateurs de résultats, tout particulièrement ceux qui s'avèrent les plus importants du point de vue du patient, grâce au développement des*

Ceci valoriserait le travail soignant. En effet, ceci constitue un changement de paradigme qui permettrait d'insérer l'évaluation dans une politique de santé publique jugée pertinente. Ainsi, alors qu'une analyse portée strictement sur les processus entraine le risque de n'évaluer que le travail résolu, sans en envisager les fruits. Il en résulte immanquablement un sentiment de rejet de la part du personnel. Par suite, au regard de la faiblesse des thématiques concernant le bien-être soignant et leur vécu[1464], il paraît compliqué, sinon impossible de susciter l'adhésion. Certes, les efforts sont en marche, mais il est nécessaire non seulement de poursuivre, mais bien de développer une logique de résultat, où plus que de constater les efforts médicaux, on cherchait authentiquement à les valoriser.

637. Indicateurs de résultats : aller au-delà de l'évaluation de la satisfaction[1465]. Plus encore, en dépit des efforts menés pour mettre en place des indicateurs de résultats, il paraît que la construction actuelle suscite parfois une certaine déception. En effet, l'évaluation de la satisfaction du patient est certes primordiale, et même obligatoire[1466], mais

PREMs et des PROMs ». **L. ROCHAIX, C. GRENIER, L. MAY-MICHELANGELI**, « *De la mesure de la qualité à son usage dans la régulation des systèmes de santé* », *op. cit.*

[1464] Il a d'ailleurs, pour y remédier, pu être recommandé d'« *utiliser les données de routine des soins dans le but de produire des indicateurs permettant de soutenir des décisions qui contribuent à la modalité prescriptive indispensable pour actionner des changements organisationnels et comportementaux* ». **J.-M. JANUEL, P. ASTAGNEAU**, « *8. Qualité des soins et sécurité des patients : quel rôle dans la performance, quels modes d'évaluation et quels outils ?* », in : **É. MINVIELLE, K. GALLOPEL-MORVAN, J.-M. JANUEL, M. WAELLI (éd.)**, Manager une organisation de santé. L'apport des sciences de gestion. Presses de l'EHESP, 2018, pp. 157-179. Voir pour rappel sur les carences en la matière : **L. ROCHAIX, C. GRENIER, L. MAY-MICHELANGELI**, « *De la mesure de la qualité à son usage dans la régulation des systèmes de santé* », *op. cit.*

[1465] Bien qu'il ne s'agisse pas de négliger l'importance de l'évaluation, en effet, « *l'évaluation est un outil central utilisé par les pouvoirs publics pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, ainsi que pour optimiser leur bonne répartition sur le territoire. C'est aussi un indicateur précieux pour les patients qui ont une exigence de transparence et de satisfaction, ainsi que pour les médecins qui ont besoin d'un retour d'expérience sur leurs activités. Dans ce sens, l'évaluation est un rempart éthique : c'est une grille de lecture qui vise à autoriser, approuver ou désapprouver des actions ou des stratégies* ». **S. CLAEYS, P.-L. WEIL-DUBUC**, « *Pour une éthique de l'évaluation* », Gestions Hospitalières, n°564, mars 2017, p. 184.

[1466] Même si application a, longtemps, été une relativement décevante. Ainsi, Caroline MERDINGER-RUMPLER retient que « *le questionnaire de sortie, dont la mise en œuvre est obligatoire, apparaît comme l'outil principal, et souvent unique, de recueil des évaluations que font les patients de leur expérience d'hospitalisation* ». Elle précise également les limites de cet outil, en effet, « *son mode d'élaboration relève souvent davantage d'une logique de concertation et de négociation interne entre les différents acteurs impliqués que d'une démarche rigoureuse d'élaboration et de validation psychométrique d'un outil de mesure* ». Par suite, « *son mode d'administration (insertion systématique dans le livret d'accueil du patient ou remise en fin de séjour par un membre du personnel du service d'hospitalisation), conjugué à un faible niveau de*

d'autres critères doivent être valorisés. Cette dernière notion, par ailleurs, suscite de menues difficultés en ce qu'il est particulièrement compliqué de lui attribuer une définition qui serait précise et satisfaisante[1467]. Tout ceci expose la nécessité de développer une expertise métier en matière de qualité[1468]. Cela étant, il s'agit à n'en pas douter de l'expérience la plus développée en matière d'indicateurs, et les efforts sont particulièrement notables. Les angles de perfectionnement ont été envisagés par Pierre-Louis BRAS, celui-ci mettant en exergue le faible taux de retour[1469], et la nécessité de complexifier le dispositif en distinguant selon les pathologies[1470] ce qui permettrait de gagner nettement en pertinence évaluative.

---

taux de retours, souvent inférieur à 5 % du nombre d'admissions, ne permet en aucun cas de considérer les réponses obtenues comme représentatives de la population des patients ». **C. MERDINGER-RUMPLER**, « *La satisfaction du patient hospitalisé. Les logiques de contribution* », Gestions Hospitalières, n°519, octobre 2012, p. 503.

[1467] En élaborant, dès lors, un questionnaire permettant d'identifier des indicateurs précis dont la synthèse mènera à une conclusion scientifique ? L'idée est, à n'en pas douter, infiniment plus adaptée et conforme à la réalité du terrain, pour autant, elle n'est pas sans présenter certains risques. Cela peut aussi être un comportement. Ainsi, « *les professionnels de santé doivent cumuler le soin spécifique d'une personne, tenant compte de son parcours, de son identité, de ses choix, avec le souci porté à l'ensemble des personnes qui se confient à eux. Il n'est pas toujours possible de répondre de manière adaptée aux attentes de tous dans un contexte de restriction et parfois de limitation des personnels en poste. Mais, au-delà de cette considération assez convenue, je pense qu'il importe d'approfondir ce constat, dans la mesure où il peut expliquer la sensation d'indifférence ou d'anonymat dont témoignent certaines personnes hospitalisées* ». **E. HIRSCH**, Valeurs partagées. Face au bouleversement des valeurs, la recherche d'un nouveau consensus, Presses Universitaires de France, 2012, pp. 103-142.

[1468] Comme le note Christian SAOUT, « *il ne s'agit plus seulement d'évaluer à l'aune de la seule satisfaction, mais aussi à l'aune des résultats. Et il ne s'agit plus que cette évaluation soit le fait d'évaluateurs ou d'indicateurs essentiellement professionnels mais plutôt des patients eux-mêmes ou des personnes accueillies elles-mêmes, pour ce qui concerne les établissements pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), par exemple* ». Ceci nécessiterait « *une culture du partenariat patient-soignant ou accueillant-accueilli, dont notre pays n'a pas la tradition et qui nécessite une logique centrée sur le bénéficiaire* », « *des référentiels partagés de mesure des résultats si nous voulons, au-delà de l'amélioration du service rendu à un point donné de nos services de santé et d'accompagnement social et médico-social, produire des comparaisons en vue d'enseignements généralisables* », « *une volonté de transparence qui est loin d'être acquise. Très peu d'hôpitaux mettent sur leurs sites les évaluations qui leur sont restituées par le système e-satis, notamment les avis qualitatifs rédigés par les patients* » et « *des financements adaptés* ». **C. SAOUT**, « *L'engagement des usagers en santé : un cours nouveau ?* », Revue française des affaires sociales, no. 3, 2019, pp. 125-133.

[1469] A propos du questionnaire E-Satis, « *il reste à espérer qu'une meilleure efficacité dans la collecte des réponses permettra d'inclure plus d'établissements dans la comparaison. Le taux de réponse moyen est de 17% et un score n'est établi que pour les établissements pour lesquels 30 questionnaires sont renseignés* ». **P.-L. BRAS**, « *Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins* », *op. cit.*

[1470] « *Par ailleurs, le dispositif mis en place doit viser à rendre compte de l'expérience des patients selon les pathologies : le retour d'expérience d'un patient diabétique et celui d'un patient atteint d'un cancer méritent d'être distingués* ». *Ibid.*

B. Envisager une construction globale

638. Finalement, afin d'accorder une valeur importante à une démarche qualité améliorée, il devient indispensable de mener à bien un objectif pourtant fermement affirmé, à savoir la mise en place d'une construction globale. Celle-ci pourrait se décliner à trois niveaux, faisant de la qualité un objet frontière de la relation de soins[1471]. Ces trois niveaux concerneraient donc la pratique quotidienne suscitant l'adhésion, à savoir la contractualisation, puis le financement, à travers la tarification à la performance ou à la qualité, puis la régulation, avec l'étape, déjà amorcée, du lien entre qualité et autorisation sanitaire.

639. **Apports d'une logique de contractualisation**. Outil moderne de mise en place de la démarche qualité, la contractualisation entre les autorités de tutelle[1472] et les structures de santé présente un intérêt évident qu'il serait pertinent de faire perdurer et de développer. En effet, la valorisation des différents indicateurs offre plusieurs bienfondés, qu'ils soient économiques, sanitaires mais aussi tout simplement éthiques. Ainsi, il s'agit d'une

[1471] Sur ces questions : **S.L. STAR, J. GRIESEMER**, « *Institutionnal ecology, 'Translations', and Boundary objects: amateurs and professionals on Berkeley's museum of vertrebate zoologie* », Social Studies of Science, Vol. 19, n°3, 1989, pp. 387-420. Sur la notion d'objet frontière : on parle d'objets qui permettent la communication entre des mondes très différents afin de servir un intérêt commun. On distingue quatre types d'objet : les objets standardisés, les idéaux-types, les frontières coïncidentes et les formes standardisées. Cette méthode implique une communication entre des mondes différents voire opposés et donc nécessairement des confrontations sur les points de divergences. La coopération implique un éclaircissement sur ces divergences, entraînant de fait une refonte des méthodes de chacun. L'objet peut être concret, matériel ou conceptuel. Il peut être intentionnel ou spontané.

[1472] Sur ces questions : **M. CORMIER**, « *Le phénomène contractuel en droit de la santé* », LEH Édition, RGDM, n° 10, 2007, p. 9-32 ; **E. FIESCHI-BAZIN**, Contractualisation en matière d'offre de soins et médico-sociale. Outils juridiques et stratégies de régulation, LEH Édition, Décideur Santé, Bordeaux, 2017 ; Dans le secteur social et médico-social : **J. PAGES, F. VIALLA**, « *Les établissements sociaux et médico-sociaux face à la contractualisation : une volonté et un défi pour l'avenir* », RDS, n° 31, 2009, pp. 446-452 ; **S. MOULAY-LEROUX**, « *Le contractualisme dans le secteur social et médico-social : du mythe du contrat à la réalité de la contractualisation* », LEH Édition, RGDM, n° 32, 2009, p. 73-90 ; **C. PASCAL, L. VERAN**, « *Vers une « sanitarisation » de la gestion des ESSMS ?* », Dalloz, JA 2017, n°562, p. 15.

remarquable manière de susciter l'intérêt et l'investissement des acteurs à la bonne réalisation des objectifs de la politique de santé publique[1473].

640. Surtout, son développement se veut particulièrement conforme du fonctionnement d'ensemble de l'hospitalisation reposant sur un authentique rôle de régulation et d'encadrement[1474]. En outre, comme expliqué précédemment, la santé est un marché encadré et limité dans toutes ses composantes : accès, exercice, développement. Dès lors, l'idée d'une construction sur objectif en matière de qualité n'a rien de saugrenue[1475]. Bien au contraire elle serait, à dire vrai, davantage en adéquation avec les principes que les politiques publiques véhiculent. Cependant, l'intérêt de la contractualisation pour les acteurs restent indubitablement sa dimension économique, et la possibilité pour la structure d'obtenir différent financement[1476]. Ainsi, une démarche de contractualisation s'apparente

---

[1473] Ceci étant cohérent avec la vision juridique du contrat en matière d'offre de soins. En effet, les établissements de santé ont souvent l'obligation de contracter avec l'administration, comme dans le cas du CPOM notamment. A ce titre, Observations du gouvernement dans le cadre de la décision du Cons. Const. N°2009-584 DC du 16 juillet 2009, Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires à propos des CPOM : « *s'ils traduisent bien l'engagement d'une démarche contractuelle, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ne sont pas des instruments juridiques revêtant exactement les caractéristiques d'un contrat. Ils constituent plutôt une forme moderne d'allocation des ressources publiques conjointement déterminée entre l'autorité publique et la personne, publique ou privée, chargée de mettre en œuvre la mission qui lui incombe* ». Sur ces questions : **V. VIOUJAS**, « *Les nouveaux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé : une offre que l'on ne peut pas refuser* », JCP A., 2012, 2344.

[1474] Le propos sera également évoqué dans le chapitre suivant.

[1475] Ceci existe d'ailleurs pour la médecine libérale, principalement les généralistes, avec la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), mise en place par la convention médicale de 2011. Sur la notion : **R. MARIÉ**, « *Rémunération sur objectifs de santé publique et subordination des médecins libéraux* », Dalloz, RDSS, 2013, p. 615. ; **P.-L. BRAS**, « *Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée* », Les Tribunes de la santé, Vol. 57, n°4, 2017, pp. 71-89 ; **L. ROCHAIX, C. GRENIER, L. MAY-MICHELANGELI**, « *De la mesure de la qualité à son usage dans la régulation des systèmes de santé* », *op. cit.* ; **V. PARIS, M. DEVAUX**, « *Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE* », Le Tribunes de la santé, Vol. 40, n°2, 2013, pp. 45-52.

[1476] Ceci afin, notamment de mettre en place une incitation visant à valoriser la pratique médicale, et qui pourrait encourager les établissements à faire de la qualité une priorité, *a fortiori* dans un secteur d'activité particulièrement contraint, comme évoqué en première partie, où les prix ne sont pas libres et les modalités d'exercice particulièrement encadrées. A ce titre, l'exemple de la ROSP sera évoqué par la suite, car elle concerne directement la pratique médicale.

à un véritable fonctionnement sur objectif. Ceci pourrait être le pilier de la recherche de performance moderne, et la possibilité tout simplement de la relancer[1477].

641. L'autre choix fort, finalement déjà partiellement opéré, consiste au bout du compte à dépasser la simple politique d'évaluation et de contrôle. Ou à tout le moins à la reléguer à un second temps. En effet, opter pour un fonctionnement contractuel revient à faire confiance aux acteurs en première intention. Le contrôle s'opérant ensuite quant à la réalisation des termes du contrat. Bien sûr, une évaluation, par définition, s'effectue toujours a posteriori. En revanche, là où réside le changement de paradigme est dans le fait d'accorder les fruits d'une démarche qualité en amont. En donnant finalement les moyens de réaliser les différents objectifs associés, et d'en évaluer la bonne réalisation en aval.

642. Faire fructifier la connexion économique pour une meilleure effectivité. A ce titre, il semble donc indispensable de faire fructifier la connexion qui existe désormais entre qualité, financement et performance[1478] afin d'obtenir une meilleure effectivité. En outre, celle-ci a pour avantage de véritablement intéresser l'ensemble des acteurs[1479]. Bien sûr, il faut tenir compte des critiques qu'une telle construction pourrait générer. En effet, comme le note Brigitte DORMONT « *des sociologues, des psychologues et des économistes s'interrogent sur les fondements éthiques et les conséquences potentielles des méthodes de gestion des ressources humaines à base d'incitations individuelles qui sont actuellement développées dans les entreprises (…). Les objections des médecins sont plus personnelles : nombre d'entre eux apparaissent offensés dans l'engagement qui les a conduits à exercer une profession au service des malades* »[1480]. Pour autant, proposer une connexion

---

[1477] Pour cela, il conviendra en revanche, au-delà de la seule dimension juridique, d'opérer des choix politiques sociétaux et forts, à savoir reconnaitre un intérêt à la protection de la qualité en établissement de santé, ceci au point de lui conférer une valeur pécuniaire.

[1478] **G. DURANT, P. LECLERCQ, M. PIRSON**, Le financement des hôpitaux et de l'activité médicale. Panorama international et principes méthodologiques, Mardaga, Santé en soi, 2021, pp. 173-217.

[1479] Bien que des oppositions à l'idée d'un intéressement économique des professionnels de santé peuvent être recensées. Pour un exemple : **N. DA SILVA**, « *Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale* », Revue du MAUSS, Vol. 41, n°1, 2013, pp. 93-108.

[1480] Par suite, « *la mise en place d'une carotte financière en contrepartie d'actes prédéfinis leur paraît contraire à l'esprit du serment d'Hippocrate (où figure « Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain »)* ». **B. DORMONT**, « *Le paiement*

entre économie et qualité ne revient pas à dire que les professionnels ont forcément besoin d'un intéressement financier pour s'investir[1481]. Plutôt, cette démarche aurait pour vertu de donner un premier sens aux valeurs du soin, certes économiques, mais à ne plus considérer le « prendre soin » comme un simple prérequis, mais bien comme une authentique compétence susceptible d'être valorisée[1482]. En la matière, la dimension symbolique est importante et invite à la modestie. Bien sûr, il n'est pas question de retenir qu'un tel intéressement révolutionnera la pratique médicale. Pour autant, ces constructions envoient malgré tout un message, celle que l'on prend en compte ce qui importe à la fois au soignant et au soigné, à savoir le soin proprement dit[1483]. Il semble d'ailleurs que l'action juridique actuelle soit plutôt cohérente et bien reçue, en dépit de résistance récurrente[1484].

à la performance : contraire à l'éthique ou au service de la santé publique ? », Les Tribunes de la santé, 2013, Vol. 40, n°3, pp. 53-61.

[1481] Le fait de parler de connexion n'est d'ailleurs pas innocent, il ne s'agit pas non plus de retenir que le paiement à la performance, ayant des effets pervers également, notamment car il induit aussi le risque de ne se focaliser que sur les thématiques jugées performantes au détriment des autres. Il s'agit seulement de concilier l'ensemble de ces réalités, mêlant maximisation du soin et perfectionnement du soin, en prenant soin de tenir compte de la bonne pratique médicale ainsi que du savoir professionnel et relationnel.

[1482] Brigitte DORMONT, justement, met en lumière combien le paiement à l'acte présente des limites pratiques dans l'exercice médical : « *Avec le paiement à la consultation, le médecin qui fait de la pédagogie sur les troubles du sommeil de son patient est perdant par rapport à celui qui prescrit directement des somnifères au cours d'une consultation brève. Avec le paiement à la performance, l'un des objectifs de l'assurance maladie est justement de rééquilibrer les incitations en valorisant enfin le préventif* ». **B. DORMONT**, « *Le paiement à la performance : contraire à l'éthique ou au service de la santé publique ?* », *op. cit.*

[1483] Ainsi, Pierre-Louis BRAS, toujours à propos de la ROSP, explique qu'il « *ne faut pas se cacher les obstacles structurels qu'il faudra surmonter : faire accepter par les médecins un recul sensible de la part du paiement à l'acte, faire accepter et constituer des indicateurs pertinents de résultats, développer le travail en équipe avec une coresponsabilité des médecins sur les indicateurs de qualité pour pouvoir élargir le spectre de pathologies prises en compte… C'est dire que la ROSP ne pourrait éventuellement devenir pertinente que si notre système de soins de ville se transformait profondément* ». Pour autant, il explique qu'elle « *constitue – encore – une marque de modernité et/ou de la volonté de dépasser le paiement à l'acte ; elle permet de signifier aux patients que les pouvoirs publics ont à cœur de promouvoir ce qui pour eux est un enjeu essentiel : la qualité des soins* ». **P.-L. BRAS**, « *La rémunération des médecins à la performance : efficacité clinique ou efficacité symbolique ?* », Les Tribunes de la santé, Vol. 64, n°2, 2020, pp. 61-77.

[1484] « *D'après ce que nous entendons, le programme IFAQ est bien perçu par les gestionnaires hospitaliers, d'autant plus que l'incitant financier devient significatif. Il relève d'une approche scientifique et suite une méthodologie rigoureuse (…). Le principe est simple, mais le modèle est sophistiqué. Il manque cependant d'adhésion de la part des acteurs du terrain dont certains en ignorent même l'existence, ce qui met en question bien sûr l'efficacité du programme dont les objectifs sont, par les mesures de la qualité, leur partage, leur valorisation économique et une incitation à l'améliorer* ». **G. DURANT, P. LECLERCQ,**

643. Renforcer le lien avec les autorisations. Hypothèse classique de la contractualisation en santé, si l'on peut dire, le schéma des autorisations sanitaires[1485]. Pour donner du corps à la qualité et du sens à la pratique soignante, il devenait indispensable d'établir le lien entre l'évaluation de celle-ci avec l'octroi, voire la survivance de l'autorisation[1486]. En outre, comment justifier la pertinence d'une autorisation sanitaire exercée par un établissement de santé dont la qualité des soins aurait été jugé insuffisante tant par les usagers que par les autorités elles-mêmes ?[1487] Énoncée ainsi, l'hypothèse, bien entendu, n'a tout bonnement aucun sens. C'est pourquoi il convient de saluer le pas qui a récemment été fait de retenir que le rapport de certification peut être pris en compte dans l'évaluation d'un dossier d'autorisation[1488].

M. PIRSON, Le financement des hôpitaux et de l'activité médicale. Panorama international et principes méthodologiques, *op. cit.*, p. 198.

[1485] **J.-M. LEMOYNE DE FORGES**, « 50 ans d'autorisations sanitaires », Dalloz, RDSS 2020, p. 423 : à ce sujet, l'auteur estime que les autorisations sanitaires sont les « *instruments de l'extension continue du contrôle des autorités publiques sur le système hospitalier* ». Voir également : **M. BRUNEL**, « *Cent ans d'établissements sanitaires privés* », LEH Édition, RDS, n°100, 2022, pp. 302-306.

[1486] Ceci étant, la prochaine étape de la construction de la concurrence entre établissement de santé par le biais des autorisations. En effet, Benoît APOLLIS explique que si « l*es trois catégories d'établissements (publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif) sont naturellement placées en situation de concurrence sur leur territoire d'implantation* », il n'en reste pas moins que la concurrence entre ces derniers « *s'avère d'autant plus accrue (…) que dans le secteur hospitalier les prix, en tout cas les prix des soins et d'un grand nombre d'autres prestations, sont strictement réglementés. Dès lors, ce n'est pas tant sur les prix que porte l'essentiel de la concurrence, mais plutôt sur le développement des structures comme des services de prise en charge des patients* », et qu'en conséquence « *les autorisations sanitaires apparaissent mécaniquement comme un enjeu, comme un objet de la concurrence dans le secteur hospitalier* ». Précisément, le développement des structures passe, sans aucun doute, par une amélioration de la qualité et de la façon de l'évaluer. **B. APOLLIS**, « *Autorisations, coopération et concurrence dans le secteur hospitalier* », Dalloz, RDSS 2020, p. 433

[1487] Hypothèse volontairement catastrophiste, en effet, il est illusoire de penser que la régulation ne tient pas compte de la démarche qualité. En effet, « *en l'état, bien que la décision de certification rendue par la HAS ne lie pas l'ARS, régulation de l'offre de soins et qualité et sécurité des soins se trouvent bel et bien reliées* ». **V. GUICHARD FRIOT, S. RABILLER**, « *La modernisation du régime des autorisations s'inscrire-t-elle dans une démarche d'innovation ?* », RDS, n° 86, 2018, pp. 856-867.

[1488] Pour rappel : Art. L. 6122-2 al. 1er.

644. Mais finalement, pourquoi ne pas aller plus loin ? Il s'agirait ainsi de retenir que les principes véhiculés par la démarche qualité constituent pour les pouvoirs publics des éléments fondamentaux dont l'irrespect pourrait conduire purement et simplement à une incompatibilité d'exercice. Le propos, à défaut de susciter l'adhésion aisément, mérite au moins l'étude. Car il permettrait finalement d'aller au bout de la logique voulue, et donnerait surtout une effectivité réelle à la qualité, en lui retirant du même coup ses dimensions administratives et contraignantes au quotidien. Surtout, il semble pris en compte par les pouvoirs publics, et ce lien est désormais établi[1489], et bien qu'il ne s'agisse que d'une faculté, l'interventionnisme des ARS devra donc permettre de mettre en lumière l'importance de la démarche, et ainsi renforcer son intérêt pour les établissements[1490].

645. **Transition**. Finalement, il semble que pour faire perdurer la démarche qualité, mais surtout pour la pérenniser, il demeure essentiel de fructifier le lien qu'elle détient avec la dimension économique. Afin d'améliorer le système, le cadre économique, justement, mérite sans doute certains ajustements.

[1489] Art. L. 6122-8 al. 2 : « *L'autorisation fixe, le cas échéant, les objectifs quantitatifs et qualitatifs des activités de soins ou des équipes lourds autorisés. Dans ce cas, l'autorisation prévoit les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs* ».

[1490] En effet, l'article L. 6122-12 prévoit que « *lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate que les objectifs quantitatifs et qualitatifs mentionnés à l'article L. 6122-8 sont insuffisamment atteints en fonction de critères définis par décret, il peut réviser l'autorisation* ».

Conclusion du chapitre

646. Au regard de ces éléments, et nonobstant les incontestables apports de la démarche qualité, son adaptation aux spécificités de la santé demeure toujours imparfaite. En effet, alors qu'elle vise l'amélioration continue des pratiques quotidiennes, elle est souvent résumée à une construction technocratique, voire déconnectée du soin. Et l'hypothèse peut aisément être soulevée. En outre, la gestion des risques, construction incriminante, représente le cœur de cette démarche, alors même qu'elle peine à mobiliser une participation de la direction, des professionnels mais aussi des usagers. Celle-ci semble pour le moins limitée, du fait notamment d'une perception péjorative des premiers nommés, ayant le sentiment d'être constamment remis en question dans leur travail.

647. S'agissant de l'évaluation, celle-ci manque de corps, et peine à cerner ce qui fait véritablement le soin. Plus encore, les indicateurs testés ne trouvent que peu d'écho au sein du fonctionnement hospitalier, alors que d'un point de vue externe la qualité se résume souvent à l'étude de la satisfaction. Si cet élément n'est pas à négliger, il n'en demeure pas moins que d'autres, tels que les réhospitalisations, doivent être mis en lumière, en dépit des difficultés pratiques, afin de pouvoir réellement mesurer l'efficacité et la performance du quotidien hospitalier.

648. En conclusion, la mise en valeur et l'incitation à la recherche de performance doivent devenir les maîtres mots de ce système. Pour la première hypothèse, le choix d'indicateurs portés sur l'exercice professionnel et la comparaison avec des secteurs étrangers au soin en apparence, à l'image notamment du marketing sont autant de pistes à étudier avec intérêt. Quant à l'incitation, elle passe par davantage de pédagogie, mais aussi par un fonctionnement inclusif au sein duquel contractualisation et connexion aux autres logiques de l'hôpital, économiques notamment, occupent une place essentielle.

Chapitre 2 : La contrainte économique imposée aux établissements de santé

« O santé ! santé ! Bénédiction des riches ! Richesse des pauvres ! Qui peut t'acquérir à un prix trop élevé, puisqu'il n'y a pas de joie en ce monde sans toi ? »[1491]

649. La dimension économique des établissements de santé est, sans aucun doute, l'une des plus contestées. En effet, on lui impute bien souvent tous les maux des structures. Et il faut bien admettre qu'elle présente plusieurs insuffisances qu'il convient de régler. En ce sens, l'impact de la rationalisation est particulièrement important, au point de rendre le cadre économique profondément limitant. En conséquence, la régulation opérée sur les acteurs doit évoluer, afin de devenir davantage participative et collaborative (Section 1).

650. Surtout, la recherche d'efficience imposée aux structures de santé vient étouffer les acteurs, à travers la tarification. Ainsi, la mise en place de la tarification à l'activité a résolu bon nombre d'effet pervers d'une vision budgétaire. Pour autant, elle présente des limites qui sont désormais connues, et des liens évidents avec la pratique professionnelle, montrant à quel point sa logique influence l'ensemble du fonctionnement des établissements[1492]. Par suite, la transcription de la continuité dans la tarification et l'intéressement des acteurs à la performance sont des pistes à explorer (Section 2).

[1491] **B. JONSON**, Volpone, Acte II, scène 1, 1606.

[1492] Il conviendra alors de s'attarder sur la perspective de sortir de la T2A. **P.-L. BRAS**, « *Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins* », Journal de gestion et d'économie médicales, 2017/6, Vol. 35, pp. 245-263.

Section 1 : Construction d'un cadre économique limitant

651. Il semble que la construction d'un cadre économique se trouve désormais limitante pour les établissements de santé, en effet, l'impact de la rationalisation parait parfois disproportionné, et il convient de rappeler que cette notion ne doit pas être assimilée au rationnement. La récente crise de Covid-19 témoigne par ailleurs de cette idée. Ceci pose notamment la question de la définition des choix collectifs (§1).

652. En conséquence, il convient de desserrer ce cadre. Pour y parvenir, une évolution des méthodes de régulation doit être envisagée. Tout d'abord en la rendant participative, notamment dans la construction démocratique, en intéressant les usagers. Par suite, l'organisation territoriale peut être traitée, tout comme la gestion des urgences, avec l'objectif d'éviter autant que possible le flux tendu (§2).

§1. Cadre économique limité

653. La question de la rationalisation sur le plan économique est centrale, il convient en conséquence d'en étudier les impacts (A). Plus encore, il semble que la régulation joue un rôle important en la matière (B).

A. Impacts de la rationalisation

654. Difficulté de perception de la santé comme un marché. S'il est si difficile de mêler économie et santé[1493], et plus précisément économie et hospitalisation[1494], c'est qu'il est particulièrement complexe de définir ces domaines comme des marchés en société[1495]. En effet, pour ce qu'ils renvoient à l'éthique et à l'humain, il existe une idée récurrente visant à considérer que le prendre soin ne doit subir aucune restriction, car il est fondamental[1496]. Il y a d'ailleurs quelque chose de sain à retenir cette idée. En outre, rien ne

[1493] A ce titre, Maryse GADREAU évoque notamment les conflits existants entre économie et éthique : « *Les conflits entre l'économique et l'éthique se sont radicalisés dans le champ de la santé depuis le début des années 1970 au fur et à mesure que les questionnements se multipliaient : dans quelle mesure peut-on utiliser le modèle de l'homo œconomicus ? La mise en œuvre de critères de justice sociale condamne-t-elle les impératifs de coût et de gestion ? Et si oui, comment ? Réciproquement, les contraintes économiques qui affectent le fonctionnement des systèmes de santé doivent-elles empêcher la mise en œuvre de critères de justice ? Ou, dit autrement, l'efficacité de l'allocation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé doivent-elles définir une éthique ? Avec les conséquences que cela peut avoir pour l'équité dans l'accès aux soins* ». **M. GADREAU**, « *Économie et éthique en santé du calcul au jugement de valeur* », Revue de philosophie économique, vol. 10, no. 1, 2009, pp. 3-17.

[1494] En ce sens, Géraldine CHAVRIER précise que « *le droit appréhende parfois la nature de certaines activités sous l'angle de leur rapport à l'argent. La distinction entre les activités de plus grand service et de plus grand profit fonde la notion de service public, et les activités économiques de services ont été réparties en activités commerciales et non commerciales : ces dernières fournissent pourtant des prestations contre un prix mais elles seraient dépourvues de l'esprit de spéculation habituel. La profession exercée sous forme non commerciale traduirait ainsi une moralité exorbitante du comportement commun, la recherche du profit cédant à une mission plus noble et plus collective* ». **G. CHAVRIER**, « *Établissement public de santé, logique économique et droit de la concurrence* », Dalloz, RDSS, 2006, p. 274.

[1495] A ce titre, Olivier DEBARGE explique que « *la santé semble difficilement s'accorder avec l'économie, les deux notions apparaissant même antinomiques. Les considérations liées à la santé impliquent des postes de dépenses disparates, la consommation de soins et de biens médicaux, principal agrégat des comptes publics de santé, englobant les soins hospitaliers, les soins de ville, les transports de malades, les médicaments et les autres biens médicaux* ». **O. DEBARGE**, « *La maîtrise des dépenses de santé : un enjeu financier conditionnant la politique de santé* », Lextenso, Revue Française de Finances Publiques, n°136, 2016, p. 287.

[1496] Bien que cette idée, fort heureusement, recule ou du moins se pondère, révélant une certaine prise de conscience de la nécessité de pérenniser le système de santé. Toutefois, il subsiste toujours un décalage, parfois criant, entre économie et étude de la santé dans sa dimension humaine. Par exemple, Viviana ZELIZER estime que « *les spécialistes du care ont produit un grand nombre de travaux de recherche, mais ces travaux sont restés pour l'essentiel à la marge de la sociologie économique proprement dite. Les spécialistes du care sont des critiques de la vision économique, mais ils ne contribuent pas encore véritablement à l'analyse économique elle-même* ». **V. ZELIZER**, « *L'économie du care* », Revue Française de Socio-économie, 2008, n°2, pp. 13-25.

serait plus faux que de penser que la santé est un marché économique comme les autres[1497]. En conséquence, la régulation à mener en la matière se doit d'être particulièrement soucieuse de cet état de fait, et surtout d'être parfaitement proportionnée, car chaque insuffisance ou inégalité potentielle serait tout bonnement considérée comme intolérable[1498].

655. En revanche, il est tout aussi impensable de penser déconnecter l'hospitalisation de l'économie. Par suite, un rappel fréquemment employé vise avant tout à dire que si la santé n'a pas de prix, elle a incontestablement un coût[1499]. En ce sens, y compris d'un point de vue éthique, la simple affirmation visant à retenir que l'on serait face à un secteur ne pouvant souffrir d'aucune restriction n'a, là-aussi, absolument aucun sens. Cependant, au sein d'un secteur d'activité concernant l'ensemble de la population et suscitant souvent une certaine émotion, il convient de retenir que cette logique de rationalisation a été mal amenée et mal définie. Ainsi, comme l'explique André HELMAN, en évoquant les réformes successives, « *les patients en bénéficient, sans pouvoir toujours en apprécier les nuances. En particulier, certains aspects de la qualité et de la sécurité des soins ont progressé, certaines dépenses ont été rationalisées, de nombreux bâtiments vétustes ont été remplacés par des établissements et des équipements répondant aux besoins actuels,*

[1497] Par suite, les dénonciations caricaturales en la matière sont souvent contreproductives. Ainsi, Frédéric PIERRU retient, au sein d'une revue pourtant engagée politiquement, que « *la dénonciation de la « marchandisation de la santé », dès lors qu'elle ne se fonde pas sur une investigation documentée, circonstanciée et nuancée des phénomènes incriminés et qu'elle ne définit pas rigoureusement ce qu'elle entend par « marché », « néolibéralisme », « libéralisation », ou encore « privatisation », risque de faire manquer aux forces progressistes l'essentiel des enjeux et, par là, de les conduire à avancer des revendications au mieux hors sujet (donc politiquement inefficaces), au pire contre-productives. Les réflexes intellectuels et politiques peuvent donc être ici comme ailleurs de forts mauvais conseillers* ». **F. PIERRU**, « *La santé au régime néolibéral* », Savoir/Agir, vol. 5, no. 3, 2008, pp. 13-24.

[1498] En ce sens : « *Soyons clairs : si le budget global que nous consacrons à la santé est élevé, mais que tout le monde considère qu'il est insuffisant dans son quotidien, c'est définitivement que nos organisations de soins, nos modes d'allocation des ressources ne sont pas les bons. Ils ne sont pas adaptés en effet à l'évolution des pathologies plus complexes, plus chroniques qui nécessitent plus de coordinations entre professionnels et plus de prévention* ». Discours du Président de la République sur « *La transformation du système de santé « Prendre soin de chacun »* », prononcé à l'Élysée le 18 septembre 2018. Propos cité par : **B. APOLLIS**, « *Vers une transformation financière du système de santé ?* », Dalloz, RDSS, 2019, p. 35.

[1499] Pour rappel : **J.-M. MIQUET**, « *La maîtrise des dépenses de santé est-elle contraire à l'éthique médicale ?* », *op. cit.* ; **J.-P. PIERRON**, « *Les institutions hospitalières : des institutions de la reconnaissance ?* », *op. cit.* ; **A. GRIMALDI**, « *La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût* », Après-demain, 2017/2, n°42, NF, pp. 6-8.

les hôpitaux ont commencé à s'ouvrir à des collaborations entre eux et avec les médecins libéraux »[1500]. Car si la rationalisation participe à la recherche de performance[1501], la façon dont on rationalise pousse à retenir que ces deux notions ne peuvent pas, par principe, être simplement assimilées. Les vicissitudes associées à la gestion de la pandémie de Covid-19 vont clairement en ce sens[1502].

656. Logique de rationalisation mal amenée et mal définie. La logique de rationalisation a été mal amenée et mal définie. Par suite, si elle a constitué un incontestable tournant dans l'approche de la gestion de l'hospitalisation, elle a été particulièrement mal vécue, et ce ressenti est toujours palpable aujourd'hui. En outre, cette transition a sans doute été brutale et a eu des impacts évidents sur le quotidien hospitalier. Elle a constitué un réel changement de fonctionnement, poussant davantage les équipes dans une construction tournée vers la rentabilité. Ainsi, bien que ces propos se rapportent davantage à la sociologie qu'au droit, ils concernent aussi le vécu des réformes successives et méritent donc d'être étudiés. En effet, le quotidien hospitalier est désormais orienté vers la productivité et crée inévitablement de la tension. Surtout, elle semble cristalliser tous les maux et toutes les critiques associés aux inégalités en santé[1503]. Par suite, il est souvent retenu que l'insuffisance

---

[1500] Il précise que « *du point de vue des pouvoirs publics – et des consultants en stratégie et organisation qui accompagnent, au sein des établissements, l'évolution du système de santé –, il est indéniable que ces réformes, malgré les fortes résistances qu'elles ont rencontrées et rencontrent encore, n'ont pas eu que des retombées négatives* ». **A. HELMAN**, « *L'hôpital compétitif. Et l'humain, dans tout ça ?* », Revue du MAUSS, vol. 41, no. 1, 2013, pp. 35-40

[1501] Et peut même faire l'objet d'une réelle capacité d'adaptation, pour ne pas dire parfois d'effacement, avec un allègement de la contrainte sur les établissements de santé, mais aussi sociaux et médico-sociaux. Par suite, le quoi qu'il en coûte montre assez bien la possibilité de desserrer l'étau lorsque la situation l'exige. Ce qui peut aussi, a contrario, susciter un certain nombre de frustration quant au fonctionnement pré-crise, et d'idée sur le fonctionnement post-crise. Sur ces questions : **M. BRUNEL**, « *Urgence sanitaire et assouplissement des règles de gestion des ESMS* », LEH Éditions, RDS, n°96, Juillet 2020, pp. 713-714 ; **S. RABILLER, V. FRIOT-GUICHARD**, « *Covid-19 et organisation des soins en situation sanitaire exceptionnelle* », LEH Éditions, RDS, n°96, Bordeaux, Juillet 2020, pp. 718-720 ; **V. VIOUJAS**, « *Le financement des établissements de santé, « quoi qu'il en coûte »* », LEH Éditions, RGDM, n°76, Septembre 2020, pp. 83-96.

[1502] **R. PELLET**, « *Covid-19 : l'argent est-il le nerf de la guerre sanitaire ? Leçons d'une comparaison franco-allemande* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 972.

[1503] **J.-P. MARKUS**, « *Inégalités de santé, droit aux soins : du droit à la pratique* », Droit, Santé et Société, vol. 2, no. 2, 2019, pp. 40-50.

de l'offre de soins, la carence de praticien ou les délais d'attentes entre deux rendez-vous sont directement imputables à des volontés de réduction des coûts. Alors que la problématique, y compris sur le plan éthique, est bien plus complexe que cela. A ce titre, rechercher la pertinence[1504] dans les dépenses liées à un système reposant sur la solidarité nationale parait être en parfaite cohérence avec les principes de santé publique et soucieux de la protection du patrimoine sanitaire des générations futures. Plus encore, elle est également adaptée à la garantie d'effectivité des droits accordés au patient. En outre, il n'y aurait aucune pertinence à promettre un libre accès aux soins sans être en mesure de financer ce dernier. Ces arguments doivent raisonner dans une dynamique pédagogique, au risque d'entrainer une négligence des principes les plus essentiels.

657. Rationalisation ≠ performance. Pour autant, il serait illusoire de limiter le propos à sa seule dimension pédagogique. En outre, si cette politique a pu être mal amenée, elle n'en reste pas moins défaillante à bien des égards. Ainsi, la rationalisation se comprend et se justifie aisément. En revanche, rationaliser n'est pas rationner. Tout l'enjeu du propos se place dans cette nuance. Car lorsque la construction économique ne consiste parfois plus qu'en une simple limitation des moyens, il n'est pas nécessaire de rechercher une pertinence évidemment absente[1505]. Cette logique, par ailleurs, est inadaptée à plus d'un titre et reste fortement contraire aux objectifs de santé publique. Elle peut également, par effet de levier, être largement opposée aux principes éthiques liés aux soins. De manière synthétique, Pierre-André JUVEN se demande « *à quoi tenons-nous au point d'en payer le prix ?* », avant de

---

1504 **A.-S. GINON**, « *La pertinence des soins, nouvelle valeur du système de santé ?* », Dalloz, RDSS, 2018, p. 428.

1505 En ce sens, Jacques RAIMONDEAU retient qu'en « *définitive, il faut avoir à l'esprit que la démarche éthique et la logique économique dans le champ de la santé doivent se rapprocher. En effet, la logique économique n'est pas un rationnement des soins mais plutôt une rationalisation nécessaire (allocation optimale des ressources financières) ; la démarche éthique n'est pas une spéculation d'ordre moral mais affirme plutôt que tout usager est nécessairement une personne humaine et un citoyen. Concrètement, la prise en compte dans l'exercice d'un professionnel de santé du seul motif économique et non clinique va à l'encontre de l'éthique médicale et humaine. À l'inverse, l'obligation éthique est d'interdire tout gaspillage de moyens utilisés par un professionnel de santé car cela revient à une forme d'injustice à l'égard d'autres patients. C'est en résumé une question de responsabilité (individuelle et collective). L'équité est longtemps restée le parent pauvre de l'analyse économique appliquée à la santé. Il existe aujourd'hui un consensus quant à la nécessité de recourir à des critères de jugement issus des théories de la justice sociale pour identifier les inégalités, lesquelles appellent une action de la part des pouvoirs publics* ». **J. RAIMONDEAU**, « *Chapitre 4. Économie de la santé et système de santé* », in : **J. RAIMONDEAU**, L'épreuve de santé publique, Presses de l'EHESP, 2018, pp. 73-97.

retenir que « *la question du coût et de la valeur que l'on confère aux choses est majeure* »[1506]. Plus encore, alors même qu'elle est censée représenter voire symboliser la notion, la rationalisation, lorsqu'elle est poussée à l'extrême, limite clairement la performance des établissements. Bien sûr, tout dépend du curseur « sociétal », pour ne pas dire politique, choisi et mis en valeur. En outre, cette hypothèse ferait potentiellement état d'une performance économique renforcée[1507] et privilégiée. Pour autant, elle mettrait également en lumière une performance sanitaire particulièrement défaillante. Les exemples en la matière sont nombreux, et la pandémie de Covid-19 en est une parfaite illustration.

658. Illustration récente : Covid-19. S'il n'est pas très original de considérer que la pandémie de Covid-19 va indéniablement marquer la vie de chacun[1508] au niveau mondial[1509], elle reste un formidable révélateur des forces, mais aussi des imperfections du système hospitalier français[1510]. Surtout, elle constitue un révélateur efficace des difficultés rencontrées à exercer l'activité médicale, ou à piloter un établissement de santé[1511]. En

---

[1506] **P.-A. JUVEN**, Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public, Presses Universitaires de France, 2016, pp. 205-206.

[1507] Encore que cela reste largement à démontrer au regard des coûts difficilement mesurables que ce cadre extrêmement contraignant viendrait générer.

[1508] Sur l'impact général de la pandémie de Covid-19 : **P. GAUDRAY**, « *Covid-19, une crise plus que sanitaire* », ADSP, n°117, mars 2022, pp. 26-28 ; **G. SLIMAN**, « *Impact d'un an de Covid* », Les Tribunes de la santé, vol. 68, no. 2, 2021, pp. 37-50.

[1509] Sur ces questions, voir l'Axe 5 « *Épidémies et approche internationale* » **F. VIALLA, P. VIELFAURE (Dir.)**, Les pouvoirs publics face aux épidémies. De l'Antiquité au XXIè siècle, LEH Éditions, A la croisée des regards, Bordeaux, 2021, et notamment : **K. CHAYATA**, « *Stratégie tunisienne de lutte contre la propagation du covid-19* », p. 503 ; **J. BACHRI**, « *La covid-19, à l'épreuve de l'harmonisation centralisée de la gouvernance sanitaire en Chine* », p. 579 ; **A. BARKANY, C. RÉGIS**, « *Le Québec confronté à la covid-19* », p. 587 ; **K. BLAY-GRABARCZYK**, « *La Pologne confrontée à la covid-19* », p. 603 ; **C. M. ROMEO CASABONA**, « *L'Espagne confrontée au Covid* », p. 615 ; **S. BERLIN**, « *La gestion des épidémies en Italie : les Doges et le Gouvernement Conte* », p. 629 ; **B. KRESSE**, « *L'Allemagne confrontée à la Covid* », p. 641 ; **T. ISOBE, H. KAWASHIMA**, « *Le Japon confronté à la COVID-19* », p. 659.

[1510] Et sans doute plus largement du système de santé français. En ce sens, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie estime que « *la crise sanitaire (…) a mis en lumière certaines faiblesses déjà identifiées de longue date. L'horizon court-termiste qui réduit les capacités d'anticipation est particulièrement préjudiciable en cas de crise* ». HCAAM, Rapport du HCAAM sur la régulation du système de santé, rapport adopté le 27 mai 2021, p. 2.

[1511] A ce sujet, Frédéric BOIRON, directeur général du CHRU de Lille, précise que « *la crise Covid, c'est une épidémie, certes. C'est aussi, c'est peut-être surtout la disparition de nos certitudes. Piloter un grand CHRU dans ces*

outre, avec le léger recul observable désormais, il semble que la gestion met un lumière un système pour le moins efficace[1512]. Incontestablement, malgré la tension rencontrée, il en résulte une capacité de réponse évidente[1513]. Plus encore, il apparait que cette construction a su s'adapter, parfois se réinventer[1514], face à une situation qu'elle n'avait plus vécu depuis des décennies[1515]. En cela, les innovations et les comportements adoptés témoignent d'un réel succès qu'il convient de souligner. Pour autant, elle a également exposé combien les critiques apportées à certains choix économiques, notamment en matière de ressources humaines, pouvaient être justifiées. Ainsi, le système hospitalier, certes, a répondu. Mais certains diront à quel prix[1516]. Plusieurs années après le commencement de l'épidémie, la mobilisation chez les équipes n'est jamais véritablement redescendue, et ces dernières,

---

turbulences, c'est un peu comme tenir les commandes d'un avion en visibilité réduite, sans connaître la destination, mais en choisissant une trajectoire, sans disposer de procédures validées, mais en prenant des décisions dont les effets utiles ne sont pas connus. Dans l'incertitude consubstantielle à l'action de crise, piloter c'est d'abord convaincre, réentraîner une communauté à improviser ensemble, en inventant de nouvelles règles communes et en libérant plus que jamais les initiatives ». **F. BOIRON**, « *Face à l'incertitude, piloter un CHU au – long – cours de la crise Covid* », in : **F. VIALLA, P. VIELFAURE (Dir.)**, Les pouvoirs publics face aux épidémies. De l'Antiquité au XXIè siècle, LEH Éditions, A la croisée des regards, Bordeaux, 202, p. 211.

1512 Pour un exemple d'étude : **A. LAMI, V. VIOUJAS**, « *Les établissements de santé face au Covid-19 : le droit hospitalier d'exception* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 963.

1513 « *Étienne Minvielle a salué l'agilité hospitalière pendant ces deux années, notamment celle des CHU où se concentraient beaucoup d'expertises. Cela a rappelé que l'hôpital est une organisation hautement fiable, comme les centrales nucléaires ou les avions, et a démontré d'une manière surprenante que dans ces situations de crise, l'hôpital sait réagir* ». **F. BAGUET, J. DELAITRE**, « *L'expérience du Covid-19* », Gestions hospitalières, n° 614, mars 2022, p. 190

1514 En outre, certains auteurs, dont Laurent RAVEZ, se demandent même si « *la pandémie de Covid-19, en dépit des innombrables malheurs qu'elle a provoqués partout dans le monde, pourrait avoir néanmoins suscité une saine remise en question de l'éthique des soins de santé ?* » **L. RAVEZ**, « *Comment la COVID-19 a sauvé l'éthique des soins de santé* », Droit, Santé et Société, vol. 2, no. 2, 2020, pp. 6-12.

1515 Pour ne pas dire jamais vécu.

1516 En ce sens, Bernard JOMIER et Catherine DEROCHE rappelle que « *depuis deux ans, « l'hôpital a tenu ». Il s'est adapté à une situation sanitaire sans précédent, grâce à la compétence de ses personnels, à leur mobilisation exceptionnelle et aux efforts considérables qu'ils ont consentis. Cela doit être à nouveau souligné et salué. Mais au cours des auditions, les mots « lassitude », « épuisement », « fatigue collective », « malaise », « souffrance » sont constamment revenus, que ce soit de la part de praticiens, de soignants, de cadres de direction ou d'autres acteurs de la communauté hospitalière. Si la motivation demeure néanmoins, tous ont alerté sur son érosion certaine et les risques qui en résultent pour le devenir de notre système hospitalier* ». **B. JOMIER (Prés.), C. DEROCHE (Rapp.)**, Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, Tome I, Rapport remis à M. le Président du Sénat le 29 mars 2022, pp. 28-29.

vraisemblablement à bout, ne parviennent plus à tenir. En ce sens, il apparait une pénurie de personnel[1517] laissant finalement les structures dans une situation où quand bien même il y aurait un souhait exprimé de maximiser son nombre de soignant, celles-ci feraient face à une impossibilité matérielle d'y parvenir[1518].

659. Ceci doit poser la question de ce qu'est un système efficient. L'efficience se matérialise-t-elle dans un climat de stricte attribution des moyens[1519], *a fortiori* durant les hypothèses d'urgence, ou au contraire dans la prise en compte raisonnée de cette dernière ?[1520] Ce questionnement pousse aussi à s'interroger sur la définition des choix collectifs. En effet, la maîtrise des coûts se justifie parfaitement, cependant elle ne doit pas

---

[1517] **L. BRONNER**, « *De la pénurie de généralistes jusqu'aux urgences, le système de soins à l'hôpital est au bord de la noyade* », Le Monde, publié le 13 juillet 2022, consulté le 31 juillet 2022.

[1518] Ceci se traduit notamment par l'adoption de mesures d'urgence, certaines pouvant paraître symbolique mais témoignant pourtant d'une réelle difficulté à recruter. Ainsi, l'arrêté du 10 juin 2022 prescrivant des mesures nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire prévoit en outre que « *le préfet peut accorder, à leur demande, une autorisation provisoire d'exercice, dans les cinq jours ouvrés suivant la fin de leur formation, aux étudiants en soins infirmiers et élèves aides-soignants* », et sans attendre donc la remise de diplôme effective. Cette mesure serait justifiée par le fait que *« la sortie de crise sanitaire nécessite aujourd'hui des besoins importants d'infirmiers et d'aides-soignants pour faire face aux fortes sollicitations du système de soins, que la pénurie actuelle de ces personnels dans les établissements de santé et médico-sociaux entraîne des difficultés d'organisation des soins et ce, particulièrement dans les services d'urgence, que de fortes tensions en ressources humaines dans ces établissements sont anticipées pour la période des congés d'été* ». Voir à ce sujet : **L. GALANOPOULO**, « *Crise à l'hôpital : les étudiants infirmiers et aides-soignants pourront être recrutés dès cet été avant d'être officiellement diplômés* », Le Quotidien du Médecin, publié le 14 juin 2022, consulté le 21 juillet 2022.

[1519] En ce sens, Philippe CUNÉO retient que « *l'irruption du principe d'efficience (…) a été vécue par beaucoup comme un renversement de priorité réalisé au détriment de la qualité des soins, de l'accessibilité et de la capacité d'innovation. Les débats sur la réduction du nombre de lits, la réduction de la durée moyenne de séjour ou la juste reconnaissance des activités de recherche et d'enseignement ou d'innovation technique en constituent autant d'illustrations* ». **P. CUNEO**, « *Le système de soins confronté au principe d'efficience* », ADSP, n°33, Décembre 2000, p. 31.

[1520] Ainsi, la réponse apportée à la pandémie peut faire sourire … voire rire jaune : « *Durant la crise, sans qu'il faille idéaliser, on l'a vu, des situations présentant une grande diversité, on peut dire que la contrainte financière a quasiment disparu, les établissements fonctionnant en « open-bar » ; que la contrainte administrative s'est fortement assouplie, les décisions prises dans l'urgence étant validées ensuite par les ARS ; que les cloisons entre les services ont en grande partie disparu ; que les directions se sont placées en support des médecins ; que tous les acteurs, enfin, ont travaillé avec un but imposé par l'urgence. Soudainement, ce qui était hier impossible, ou très lent à réaliser, s'est révélé possible et l'hôpital agile, une expression qui relevait de l'utopie voire de l'oxymore, est devenu réalité* ». **H. DUMEZ, É. MINVIELLE**, Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. Une contribution des sciences de gestion, CNRS-I3-IP Paris, Juillet 2020, p. 73.

générer des situations de surtensions[1521]. Par suite, elle constitue une nouvelle hypothèse d'encadrement de l'exercice médical, les professionnels semblant être incontestablement les principales victimes de la recherche constante de performance.

B. Rôle de la régulation en la matière

660. Rôle potentiel de la régulation. La régulation[1522], ici, joue un rôle primordial autant que critiquable dans cet encadrement économique. Il est aussi assez étonnant de relever à quel point la façon de réguler en matière économique diffère des autres disciplines. Ceci peut, certes, se justifier, mais pose néanmoins question. Tout d'abord au regard de l'évolution des objectifs attendus. Alors qu'en matière d'exercice, on régule pour rechercher la pertinence, la cohérence et l'efficacité technique, avec une quête de maximisation du champ des possibles, en matière économique, le sentiment existe d'une simple recherche de maitrise et de limitation des dépenses. Cette construction juridique génère de réelles difficultés de gestion quotidienne des structures, et pousse à discuter de la pertinence de la

[1521] Plus largement, s'agissant de la gestion de crise dans son ensemble, Hervé DUMEZ et Étienne MINVIELLE établissent un parallèle avec la gestion de crise du virus H1N1 : « *Les enseignements qui ont été tirés de l'épidémie H1N1 ont été que la ministre de la santé de l'époque avait sur-réagi et dilapidé les fonds publics en achetant des milliards de masques pour une épidémie qui n'en était pas une. Pour la crise Covid-19, on peut se dire que la situation sur les masques a fait suite aux « enseignements » de l'épidémie H1N1. Malheureusement, les enseignements de l'épidémie H1N1 auraient dû être tout autres : certes, l'épidémie annoncée ne s'étant pas déclenchée et on s'était dit que la ministre de l'époque s'était trompée sur la crise passée. Mais la question qu'il aurait fallu se poser était en réalité : en se trompant sur le virus H1N1, n'avait-elle pas raison sur la crise future, celle d'un virus encore inconnu qui se révélerait être celui de la Covid-19 ? Le mécanisme de la commission parlementaire a fait que l'on s'est focalisé à l'époque sur ce que l'on appelait les « erreurs du gouvernement ». Il est probable que la même chose va se reproduire. Nous entrons dans le futur à reculons, disait Valéry et l'ange de l'histoire de Paul Klee s'avance vers le futur le visage tourné vers le passé. Lors de la prochaine crise sanitaire, nous serons sûrs d'avoir des milliards de masques et des centaines de respirateurs de réanimation. Le malheur est que ce n'est sans doute pas de quoi le système hospitalier aura le plus besoin* ». **H. DUMEZ, É. MINVIELLE**, Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. Une contribution des sciences de gestion, *op. cit.*, p. 61.

[1522] En guise de préambule, Maxence CORMIER retient que « *la régulation des établissements publics de santé est identique à celle des établissements de santé privés, commerciaux ou sans but lucratif, lorsqu'elle touche à leur qualité d'établissement de santé mais qu'elle est néanmoins plus directe que celle des établissements de santé privés en raison de leur qualité d'établissement public de l'État* ». **M. CORMIER**, « *Régulation(s) de l'hôpital public* », Dalloz, RDSS, 2015, p. 31.

définition des choix collectifs, et l'inclusion des usagers dans cette construction[1523]. Inévitablement, il sera nécessaire d'envisager une mécanique poussant davantage à la participation et à l'intéressement plutôt qu'à la contrainte et la tension permanente.

661. Double-jeu de régulation, double impact pour les équipes. Il est assez intéressant d'envisager la régulation économique après les volets sanitaires et techniques de la notion. En effet, la recherche de sécurité et de maitrise technique pousse à limiter l'activité, en encadrant strictement les actes réalisables et en proposant un mécanisme de gestion des risques particulièrement élaboré, bien que technocratique. En matière économique, les modalités d'exercice se trouvent, là-encore, pour le moins contraintes. A ce titre, la possibilité pour un établissement d'exercer telle ou telle activité est fortement encadrée. Bien sûr, il ne s'agira pas ici de contester ces mécanismes. En effet, il semble qu'un système d'autorisation en matière d'offre de soins soit parfaitement adapté au régime juridique actuel. Ainsi, la pertinence de cette construction a déjà été discutée précédemment et ne saurait être remise en cause de manière sérieuse[1524].

662. Cela étant, au-delà de ces considérations, il apparaît aussi que l'exigence de performance économique pousse non-seulement à maitriser l'accès à l'exercice, mais aussi et surtout à encadrer l'investissement, et donc les dépenses. Et ici commence vraisemblablement le danger. En outre, face aux besoins des usagers, et aux exigences de santé publique, il semble que les ressources humaines représentent souvent la seule variable d'ajustement exploitable[1525] alors même que ces dernières constituent le « *bien le plus*

[1523] De manière introductive, Claude LE PEN précise en outre que « *la grande majorité des soins sont consommés aujourd'hui par des personnes suffisamment conscientes et « bien portantes » pour pouvoir exprimer des jugements rationnels, pas moins rationnels en tout cas que ceux de personnes considérées comme « normales » (…). Cette émancipation du patient, son avènement comme sujet doté de raison, de réflexion, d'expérience, d'autonomie amène à réévaluer la conception traditionnelle* ». **C. LE PEN**, « *« Patient » ou « personne malade » ? Les nouvelles figures du consommateur de soins* », Revue économique, vol. 60, no. 2, 2009, pp. 257-271.

[1524] Et envisager une réforme de ce système s'éloignerait à l'évidence du sujet étudié.

[1525] Comme le retient Yann DUBOIS, « *ce sont les prévisions de recettes qui vont déterminer le niveau d'emploi « rémunérable » au sein de l'établissement. La notion « d'emploi permanent » n'existe plus à l'hôpital puisque le volume de salariés est devenu l'une des variables d'ajustement de l'équilibre financier global* ». **Y. DUBOIS**, « *Chapitre 1. Le*

précieux » d'un établissement de santé car « *elles seules permettent de conjuguer les valeurs d'humanité, de continuité et d'adaptabilité dont se réclame le service public de santé* »[1526]. Dès lors, la logique est quelque peu différente, la recherche de pertinence tourne parfois en un enchainement de restrictions[1527].

663. En conséquence, la conjonction de ces deux réalités place les équipes en réelle difficulté. En effet, un cadre contraint d'exercice associé à des moyens limités génèrent une situation où l'activité professionnelle devient parfois potentiellement irréalisable[1528]. Comment conjuguer l'impossibilité de réaliser certains actes à un quotidien où l'on est confronté à un manque de personnel ? Comment se positionner face à un patient qui a besoin d'une prise en charge que l'on sait être matériellement dans l'incapacité de lui offrir ? Ceci génère de graves conflits éthiques. En outre, dès lors que l'on vise une construction mécanique ou chaque rouage travaille dans l'optique d'une parfaite maitrise technique, il devient profondément insatisfaisant de ne pas offrir les moyens suffisants pour y parvenir.

---

management des ressources humaines », in : **M. LOUAZEL (éd.)**, Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé. Presses de l'EHESP, 2018, pp. 291-314.

1526 **Y. DUBOIS**, « *Chapitre 1. Le management des ressources humaines* », in : *op. cit.*

1527 Pour une approche historique, et ainsi tenir compte du vécu soignant, les travaux de Yvonne KNIBIEHLER peuvent être étudié. En effet, celle-ci retient que « *les agents qui ont suffisamment d'ancienneté pour se retourner sur les quinze ou vingt dernières années de l'hôpital partagent le même constat. Ils estiment que le rythme des changements s'est accéléré, en produisant, parallèlement, une augmentation de la charge de travail et de la pression temporelle. De l'ASH au directeur, tout un chacun est sans cesse sollicité pour mettre en place des projets, modifier ses pratiques, utiliser de nouveaux outils et produits, ou encore se former aux derniers moyens de communication. L'introduction de ces nouveautés est la plupart du temps justifiée par la nécessité de rationaliser les méthodes de travail et l'utilisation des ressources. Il s'agit concrètement de « faire plus en moins de temps, avec moins de monde », toujours dans l'objectif affiché d'« une amélioration continue de la qualité des soins* ». Il devient dès lors assez aisément identifiable qu'il ne s'agit pas d'un simple ressenti, mais bien d'un authentique constat, vécu à l'échelle de la structure toute entière. **Y. KNIBIEHLER**, Soignantes dans un hôpital local. Des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation, Presses de l'EHESP, 2013, p. 104.

1528 Cette idée a d'ailleurs été particulièrement mise en valeur par la pandémie de Covid-19. En ce sens, le CCNE a pu s'interroger sur la question et tenir les propos suivants : « *les valeurs soignantes sont mises à l'épreuve : est-il possible de donner à chacun les meilleurs soins adaptés à ses besoins ? L'intérêt individuel est-il toujours compatible avec l'intérêt de la collectivité ? Les personnels de santé sont chaque jour confrontés à des conflits de loyauté et des conflits de valeurs au chevet du patient. Cette situation est difficilement supportable pour les soignants contraints d'opérer ces choix* ». CCNE, Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19, 16 novembre 2020, p. 3.

Ainsi, au regard des critiques formulées, il convient de s'interroger quant à la pertinence de la définition des choix collectifs. Par suite, Éric MARTINEZ retient que « *la politique de santé est appelée à concilier gestion des moyens dans un contexte de rareté. Toutefois, les objectifs de la politique de santé sont la santé des individus et des populations et non les seules modalités d'allocation des ressources. Quels que puissent être les apports méthodologiques de la science économique en dépit du contexte de rareté, une politique de santé ne saurait se réduire à un processus de gestion* »[1529].

664. LFSS, ONDAM, etc… : questionnement quant à la définition des choix collectifs en matière de dépenses de santé. En effet, en matière de dépenses de santé, les modalités de définition des choix collectifs posent également question. Généralement, un postulat est régulièrement exprimé. Celui-ci consiste à dire que les usagers ne sont pas suffisamment inclus dans la construction et dans la définition des domaines suscitant des dépenses, ou encore dans ceux devant être limités[1530]. En outre, s'il ne s'agit pas de l'approche la plus fondamentale pour envisager une refonte du système, cette question n'en reste pas moins importante. Ainsi, le CCNE retient que « *la société tout entière doit être associée à un processus dont l'efficacité dépendra de sa mobilisation. En effet, tant pour améliorer la prévention des maladies que pour permettre leur prise en charge optimale, il s'agira d'aboutir à un engagement de l'ensemble de la société. Il faudrait que l'aller-retour soit permanent et se prolonge d'un apport ascendant : recueillir les perceptions de la santé publique exprimées par la population, tenir compte des savoir « profanes » et des « experts du vécu », notamment ceux des associations de patients, afin que la santé publique ne soit pas, in fine, uniquement le fait des « sachants »* »[1531]. Ce propos, bien que généraliste, englobe pourtant

---

[1529] **E. MARTINEZ**, « *4.3 Éthique déontologique et utilitarisme* », in : **E. MARTINEZ, F. VIALLA (Dir.)**, Les grands avis du Comité Consultatif National d'Éthique, Lextenso éditions, LGDJ, 2013, pp. 213-214.

[1530] Ainsi « *la façon de concevoir les priorités de santé et de les traduire en dispositifs institutionnels relève du choix de société. L'importance du choix imbrique très étroitement la question des priorités et celle de la démocratie. La légitimité d'une priorité de santé tient à son assentiment par la population. Or, en la matière, la démocratie en santé n'est pas bien portante. La concentration des remboursements publics sur l'hôpital et les maladies graves alors que les soins courants sont progressivement laissés à l'assurance privée n'a pas fait l'objet d'un quelconque débat. Les populations se heurtent à l'aggravation des déserts médicaux et/ou à des honoraires très élevés sans l'avoir voulu. La santé est absente des débats électoraux alors qu'elle constitue une préoccupation majeure. Le leitmotiv de la baisse « nécessaire » de la dépense de santé n'est pas discuté alors qu'elle permet de vivre mieux et plus longtemps, de participer à la vie sociale et… d'exercer des droits démocratiques* ». **P. BATIFOULIER, M. GADREAU, C. MAGNIN-FEYSOT, P.-H. BRÉCHAT**, « *Introduction* », Les Tribunes de la santé, vol. hs3, no. 5, 2014, pp. 9-19.

[1531] CCNE, Avis n°137 : Éthique et santé publique, 20 mai 2021, p. 14.

largement les considérations économiques, au sein desquelles l'usager doit avoir son mot à dire. Plus encore, il n'est pas faux de retenir que le moyen le plus indiqué d'expression des besoins collectifs résulte souvent dans le processus démocratique, où les représentants du peuple votent. Cependant, les hypothèses d'expression des usagers quant à l'allocation des ressources, ou la définition de l'ONDAM par exemple, sont pour le moins limitées, ce qui génère un sentiment d'exclusion de la population.

665. *A fortiori* au regard des difficultés associées à l'ONDAM, comme le relève Olivier DEBARGE, « *l'ONDAM est élaboré par une construction tendancielle des dépenses de santé relevant dudit objectif, dont le calcul demeure imparfait. Cependant, les dépenses de santé associent de nombreux domaines et réaliser un calcul précis n'est pas aisé, car il faut intégrer l'hôpital, les soins de ville et le médicament. La Cour des comptes a déploré, de manière réitérée, que l'évolution tendancielle des dépenses des soins de ville et des établissements de santé ne soit pas suffisamment précise. La question n'est donc pas tant de savoir si l'ONDAM est respecté mais s'il est réaliste et basé sur des estimations pertinentes* »[1532]. Ceci explique d'ailleurs en partie pourquoi un consensus se met en place autour d'une déconstruction de l'ONDAM, ou plus justement de l'adoption d'une vision pluriannuelle de celui-ci. En effet, les critiques pleuvent de manière croissante face à cette absence de vision à long terme, mais également au regard de sa déconnexion avec les logiques de qualité

[1532] **O. DEBARGE**, « *La maîtrise des dépenses de santé : un enjeu financier conditionnant la politique de santé* », *op. cit.*

et de pertinence des soins. Cette idée semble se matérialiser dans l'ensemble des secteurs d'activités hospitaliers[1533], mais également au niveau opérationnel[1534].

666. Plus encore, le recours à la démocratie sanitaire dans cette construction permettrait de remédier à l'opacité attachée à la définition des moyens économiques en santé[1535]. En

---

[1533] A ce titre, la mesure 13 des conclusions du Ségur de la santé propose de « *rénover l'ONDAM pour l'adapter à une politique de santé de long terme* ». Pour y parvenir, la première étape consistait en le lancement d'une « *mission de refonte de l'ONDAM pour créer les conditions d'un débat démocratique et en évaluer et renouveler les moyens de régulation* ». Ceci répond notamment à un constat partagé par l'ensemble des fédérations hospitalières quant à l'inadaptation de l'ONDAM. En effet, la FHF a pu considérer que « *la crise sanitaire actuelle est l'occasion de réfléchir à un nouveau système dont l'objectif sera l'amélioration de la santé des citoyens, fondé sur la responsabilité populationnelle au sein des territoires et des régions, la prévention et la réduction des actes et soins inutiles ou redondants, l'accès aux soins de tous et notamment des plus vulnérables et des plus démunis* ». La FEHAP, quant à elle, retient que « *la régulation prix-volume prévue dans l'ONDAM conduit à une gestion automatique à la baisse des prix et tarifs hospitaliers (niveaux très bas et gel prolongé en libéral, baisse des tarifs hospitaliers en sanitaire), cela permet la maitrise des dépenses mais reste déconnecté de la réalité des producteurs de soins* ». Enfin, la FHP « *prône une rupture dans la conception de l'ONDAM en l'utilisant comme un outil au service de la structuration du système de santé* », à travers, notamment, une « *médicalisation de l'ONDAM* », mais également « *une fixation pluriannuelle de l'ONDAM afin de donner de la visibilité aux acteurs, en particulier aux établissements de santé qui ont besoin de pouvoir inscrire leur action dans le temps en toute connaissance de cause* ». Le HCAAM ne dit d'ailleurs pas autre chose, en proposant la mise en d'une « *trajectoire à cinq ans* », impliquant d'adopter une démarche pluriannuelle. Mesure 13, Conclusion du Ségur de la santé, dossier de presse, Juillet 2020, pp. 24-25 ; FHF, « *Un New Deal pour la santé* », Juin 2020, p. 14 ; FEHAP, « Ségur de la santé. Contribution de la FEHAP », 25 mai 2020, p. 10 ; FHP, « Acteurs de santé et Français. Une volonté commune, un horizon partagé ! Après la crise, les propositions de l'hospitalisation privée pour l'avenir de la santé », Juin 2020, p. 8 ; HCAAM, Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé, *op. cit.* Sur ces questions : **M. DEL SOL, A.-S. GINON**, « *L'avenir de la prise en charge de la dépense de soin* », Dalloz, Droit social, 2022, p. 612.

[1534] Le témoignage de Pascal ROCHÉ, Directeur général de Ramsay Santé, est à ce titre pour le moins édifiant et confirme cette idée, avec une approche résolument économique : « *L'autre sujet qui nous inquiète beaucoup, c'est la gouvernance et le financement. Nous manquons de visibilité. Un Ondam sur un an, dans une logique comptable, face à une inflation à 5,2 %, alors qu'on ne maîtrise pas les prix, cela devient critique ! Pour l'ensemble de la profession, le dernier chiffrage du surcoût lié à l'inflation est de 3,5 milliards d'euros, tandis que l'État a augmenté les tarifs des cliniques de 0,7 % en 2022… Nous avons vraiment besoin de cette visibilité à cinq ans et d'un contrat pluriannuel avec le gouvernement où nous, hospitaliers, nous engageons sur des indicateurs qualitatifs de santé publique, de pertinence, d'accessibilité et de continuité. Nous y sommes prêts* ». **M. FOULT**, « *Pascal Roché, : « Sortons de ces querelles entre public et privé, n'oublions pas les enseignements de la crise Covid »* », Le Quotidien du médecin, publié le 10 juin 2022, consulté le 12 août 2022.

[1535] Pour une étude actualisation de la représentation des usagers : **G. ROUSSET**, « *La représentation des usagers depuis la loi du 4 mars 2002. Un dispositif en construction permanente* », LEH Édition, RGDM, Mars 2022, n°82.

effet, la participation citoyenne, y compris à travers la représentation nationale, serait nettement de nature à accorder une certaine légitimité au système de santé. En ce sens, la reconstruction de la loi de financement de la sécurité sociale semble s'inscrire dans cette logique[1536]. Ainsi, depuis 1er septembre 2022[1537], la LFSS se trouve désormais découpée en trois lois distinctes[1538], celle-ci se voyant désormais complétée par une loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (LACSS)[1539] et d'une loi de financement rectificative[1540], mécanisme finalement assez proche de la loi de finance[1541]. Si l'apport de la loi de financement rectificative n'est pas le plus intéressant d'un point de vue théorique, la question de la loi d'approbation des comptes, quant à elle, se trouve être plus exigeante à aborder[1542]. En outre, le dispositif encourage assez nettement au questionnement et au débat démocratique[1543], ce qui est, semble-t-il, de nature à légitimer la définition des choix collectifs, dès lors que l'on recherche davantage de pertinence[1544].

[1536] **B. APOLLIS**, « *Les habits neufs des lois de financement de la sécurité sociale* », Finances Hospitalières, n°167, Avril 2022.

[1537] Loi organique n°2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

[1538] Art. LO111-3 du code de la sécurité sociale

[1539] Art. LO111-3-13 du code de la sécurité sociale. Pour le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale : Art. LO111-4-4 du Code de la sécurité sociale.

[1540] Voir Art. LO111-3-9 à LO111-3-12 du code de la sécurité sociale. Pour le projet de loi de financement rectificative : Art. LO111-4-2 à LO111-4-3 du code de la sécurité sociale.

[1541] Comme le retient Benoît APOLLIS, « *le parallélisme avec la loi de finance, la loi de règlement et la loi de finance rectificative est frappant ; surtout que le calendrier a été aligné en conséquence (dépôt du PLFSS en même temps que le PLF, le premier mardi d'octobre, et dépôt du PLACSS avant le 1er juin de l'année N+1)* ». **B. APOLLIS**, « *Les habits neufs des lois de financement de la sécurité sociale* », *op. cit.*

[1542] Pour un mouvement équivalent en matière de finances publiques : **J.-C. ZARKA**, « *Vers une modernisation de la gestion des finances publiques ?* », LEXTENSO, Actu-Juridique, publié le 22 avril 2022, consulté le 5 août 2022.

[1543] Comme le note le Conseil d'état, « *la PPLO poursuit deux objectifs principaux : d'une part, le renforcement du contrôle parlementaire sur le pilotage des finances sociales, d'autre part, la modernisation de la procédure de présentation et d'adoption des LFSS* », elle « *cherche ainsi à améliorer l'information du Parlement en créant une nouvelle catégorie de LFSS dénommée loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (LACSS) et en révisant le contenu des annexes jointes aux différentes LFSS. Elle porte également une ambition de simplification et de clarification des domaines exclusifs et partagés des LFSS* ». Conseil d'état, Avis sur les propositions de loi organiques et ordinaires relative aux lois de financement de la sécurité sociale, 30 juin 2021, Point 2.

[1544] Bien que l'idée puisse être discutée. En effet, le dispositif est vraisemblablement comparable aux lois de règlement, bien connues des finances publiques, et le risque d'une dérive technocratique est pointé du doigt.

667. Transition. En réponse à ces éléments, un desserrement du cadre économique doit être envisagé. En effet, la régulation doit être à la fois participative et collaborative.

§2. Cadre économique à desserrer

668. Il semble nécessaire que la cadre économique puisse faire preuve de davantage de souplesse. A ce titre, la régulation doit devenir participative (A) et collaborative (B).

A. Régulation participative

669. Rappel : la performance économique n'est pas contraire à l'éthique. Avant tout développement, il convient de rappeler à quel point la recherche de performance économique n'est pas contraire à l'éthique. Et ceci à plus d'un titre. Tout d'abord, car elle est aujourd'hui indispensable afin de maintenir la pérennité du système de santé. Il est toujours aisé d'expliquer que la santé n'a pas de prix, qu'elle est un droit et que l'on doit en faciliter l'accès. Ces propos politiciens et démagogiques n'aident finalement en rien à la construction d'une mécanique efficace[1545]. La vérité est que ce système a un coût et qu'il

---

En outre, le Haut Conseil pour le Financement de la Protection Sociale (HCFiPS) retenait qu'il s'agissait, certes « *de mobiliser un temps, au printemps, pour évaluer les politiques de sécurité sociale avant que ne s'engagent les discussions sur le projet de loi de financement lui-même, dans la logique des printemps de l'évaluation. Les deux propositions de loi organique reprennent l'idée, avec la mise en place d'une « évaluation de l'exécution » au printemps. Cette évaluation passe par la création d'une loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (LACSS), désormais dissociée de la loi de financement elle-même* ». Avant toutefois d'ajouter une réserve importante : « *le HCFiPS avait émis des réserves sur la mise en place d'une telle loi de règlement, craignant qu'elle ne renforce les débats techniques aux dépens des débats stratégiques, allant ainsi à l'opposé de l'objectif recherché* ». HCFiPS, Note sur les propositions de loi organique de l'Assemblée Nationale et du Sénat relatives aux lois de financement de la sécurité sociale, 10 juin 2021, p. 2.

[1545] Certains auteurs vont plus loin et expliquent en outre que « *l'hôpital n'a pas tiré toutes les conséquences d'un progrès médical qui remet en cause son organisation et qui conduit au regroupement des petits services, comme des petits centres hospitaliers ou des petites activités de recherche dans certains CHU. Les malades ne sont pas trompés qui, votant avec leurs pieds, préfèrent toujours la qualité au détriment de la proximité. Les acteurs hospitaliers, sous le prétexte d'une égalité formelle plus que réelle, n'ont pas tiré les incidences du progrès médical en gardant le même nombre de lits et s'épuisent financièrement à maintenir des structures que le progrès et les évolutions des métiers ont rendu obsolètes mais que le droit maintient* ». **J.-P. SEGADE**, « *L'hôpital, le service public, le droit hospitalier, l'administration face au progrès médical : la place du juriste* »,

serait particulièrement imprudent de ne pas viser l'efficience économique, notamment afin de préserver les générations futures[1546].

670. A ce titre, « *en réalité, l'opposition ne se situe pas entre agilité et performance, mais entre deux conceptions de la performance hospitalière. À la conception classique d'un hôpital tourné vers son activité, s'associe une autre conception, celle d'un hôpital tourné vers son territoire et s'inscrivant dans l'organisation des parcours des patients. La capitalisation des pratiques managériales de coopération, d'innovation, et de coordination des professionnels au bénéfice de parcours de patients plus coordonnés constitue alors l'enjeu central. Mais, le défi consiste à définir un scénario qui rende viable le fonctionnement traditionnel de l'hôpital et cette évolution. Dans cette quête d'équilibre, des notions comme la coopétition ou l'ambidextrie sont des tentatives de réponses* »[1547].

671. Mais plus encore, car cette recherche est aujourd'hui mal comprise, en grande partie au regard des différents mécanismes juridiques existants et qui génèrent cette incompréhension. En outre, la performance est souvent assimilée à la restriction ou à la limitation des moyens. Alors qu'elle devrait pourtant être associée à la pertinence dans les dépenses et dans l'attribution des investissements. Elle constitue également un véritable défi organisationnel visant à la mise en place d'une logique d'objectif dans laquelle chacun pourrait se retrouver[1548]. Avec, toujours en ligne de mire, les principes éthiques

---

in : **A. LECA, H. GAUMONT-PRAT, C. CASTAING (Coord.)**, Mélanges en l'honneur de Jean-Marie CLÉMENT, Enseignement, Hôpital, Médecine, *op. cit.*, p. 420

[1546] A titre de rappel, le CCNE a déjà pu tenir des propos en ce sens. Ainsi, « *le CCNE ne cherche évidemment pas à promouvoir une vision angélique du problème de la contrainte budgétaire, mais tient à rappeler au contraire, qu'éthique et économie ne sont pas incompatibles. Il est urgent, mais il est aussi parfaitement possible de parler d'économie de façon éthique* ». CCNE, Avis n°101 : Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier, *op. cit.*, p. 5.

[1547] **H. DUMEZ, É. MINVIELLE**, Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. Une contribution des sciences de gestion, *op. cit.*, p. 84.

[1548] Pour un exemple historique, Jacques BATTIN traite l'exemple de la transition congrégationnelle vers l'apparition de professionnelles formées et permet ainsi de mettre en lumière à quel point progrès, pertinence et économie peuvent très simplement se rejoindre : « *Une étape importante fut franchie en 1967, alors que j'étais déjà chef de service. Les sœurs de la congrégation des Filles de la Charité de saint Vincent de Paul se retirèrent de l'hôpital des enfants où elles s'étaient dévouées depuis deux siècles. Les puéricultrices formées dans nos écoles leur succédèrent, et, si la compassion reste indépendante de toute religion, à la mentalité trop hiérarchisée héritée du passé, succéda un esprit laïc et de*

élémentaires, mais que le CCNE a tout de même dû rappeler dans un contexte de pandémie et qui servent le propos de manière générale : « *aucune situation de pénurie ne justifierait de renoncer aux principes de l'éthique médicale qui mettent en avant le respect de la dignité de chaque personne, excluent toute discrimination liée à l'âge, au statut social, au handicap chronique, ou à tout autre critère, et exigent solidarité et attention aux plus vulnérables et équité, pouvant s'appuyer sur des principes de justice distributive* »[1549].

672. Pour autant, force est de constater que le régime juridique, pris dans sa globalité, génère immanquablement des tensions et des restrictions. Surtout, il peut paraitre difficile d'être véritablement efficient[1550], sans tenir compte de l'insuffisance des moyens. Enfin, les équipes sont bien trop nettement perçues comme un outil exploitable, mais dont la réalité et le vécu professionnel ne sont pas vraiment considérés[1551]. Plus encore, face à cette

---

meilleur partage des rôles. Nous pûmes alors transformer nos infirmières et puéricultrices en véritables collaboratrices, en les initiant à des actes tels que la pose de perfusions par les aiguilles épicrâniennes et les protocoles thérapeutiques adaptés aux diverses situations cliniques d'urgence, épargnant ainsi les improvisations et d'inutiles pertes de temps. Les bénéfices ne se firent pas attendre en termes de réduction de la mortalité, de la durée de séjour, qui de plus de 20 jours chuta progressivement à 3 jours ». **J. BATTIN**, « *Grandeur et servitudes de la médecine* », in : **A. LECA, H. GAUMONT-PRAT, C. CASTAING (Coord.)**, Mélanges en l'honneur de Jean-Marie CLÉMENT, Enseignement, Hôpital, Médecine, *op. cit.*, 2014, p. 479.

[1549] CCNE, Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19, *op. cit.*, p. 8.

[1550] En ce sens, Didier JAFFRE retient qu'un « *hôpital sans médecins ne peut pas fonctionner ; les établissements sont aujourd'hui confrontés à un manque de personnels médicaux ; pour le combler, ils font appel à l'intérim médical, qui leur coûte plus cher que l'emploi de personnels titulaires, pour un niveau de qualité qui n'est pas garanti. Un médecin n'est pas un coût mais une richesse et un investissement ; tout comme l'infirmier ou l'aide-soignant. Les soignants des hôpitaux doivent être considérés comme des capitaux dans lesquels il faut investir. Et il faut donc repenser les plans de retour à l'équilibre dans une perspective de valorisation du capital humain. Le vrai capital à l'hôpital n'est-il pas l'humain et non le financier* ». **D. JAFFRE**, « *Plan de retour à l'équilibre et investissement dans le capital humain* », Objectif soins & management. La revue des cadres de santé, n°266, décembre 2018, pp. 23-25.

[1551] En témoigne notamment les difficultés attribuées à l'évaluation économique des tenants et aboutissants de la relation de soins. A titre d'exemple, André HELMAN se demande « *comment mesurer l'effet d'un sourire* ». Il ajoute que « *la démarche qualité et la tarification à l'activité, (…), auront opéré comme un cheval de Troie dans le train inlassable des réformes « bien intentionnées » du système de santé, menées depuis quinze ans dans un esprit fondamentalement néolibéral (…). Ainsi, c'est la culture de l'évaluation quantitative partout et pour tout qui s'est rapidement installée dans le monde sanitaire et médico-social, en lieu et place d'une véritable recherche qualitative – comme dans nombre de champs de la société et de l'État, tel que l'enseignement et la recherche, sous la poussée irrépressible de l'idéologie néolibérale, dans une logique de servitude volontaire. Car comment mesurer la qualité de la relation entre les professionnels de l'hôpital ou de l'EHPAD et les personnes qui y sont accueillies ? Comment mesurer l'effet d'un sourire, d'une parole empathique, d'une écoute, d'une main*

situation, et aux difficultés territoriales, voire sociales attachées à la santé[1552], les usagers peinent à comprendre les vertus d'une recherche d'efficience économique, alors même que l'ensemble de la population n'est pas correctement desservi[1553]. En conséquence, si la pédagogie quant au bienfondé de la performance économique est à renforcer, il n'en reste pas moins que des efforts sont à faire afin d'améliorer le climat actuel, tant s'agissant des personnels que des patients eux-mêmes.

673. Pédagogie à renforcer. Il semble que la pédagogie en matière économique soit à renforcer, ou du moins à renouveler. La situation, là-encore, est paradoxale. Alors que le champ des possibles n'a jamais été aussi grand, et que l'offre de soins, en dépit des critiques, s'améliorent de décennies en décennies[1554], il ne subsiste dans l'opinion collective que le ressenti d'un système de santé qui se dégrade, où l'on n'a plus accès aux soins et où les soignants seraient mal considérés. L'ensemble de ces insuffisances prétendues[1555] sont souvent cristallisées autour des attendues économiques, qui paraissent et sont perçus comme prépondérantes. Elles s'insèrent pourtant dans un fonctionnement global et compris au sein d'un mécanisme juridique orientant la totalité de son système vers la recherche de performance. Cette dernière se matérialise par des objectifs de pertinence, d'efficience et de juste répartition. Il convient donc de présenter davantage ces objectifs, afin d'en justifier la cohérence et en favoriser l'acceptation.

---

qui se pose doucement sur une main immobilisée par l'aiguille de la perfusion ? Et après tout, qu'est-ce que cela rapporte ?... ». **A. HELMAN**, « *L'hôpital compétitif. Et l'humain, dans tout ça ?* », *op. cit.*

[1552] Notamment s'agissant de l'accès au soin. Sur ces questions : **A.-L. TILLY**, *L'accès aux soins à l'épreuve de la pauvreté : les tensions entre la fondamentalité du droit et l'universalisme*, Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. F. VIALLA, soutenue le 16 novembre 2018 au sein de l'Université de Montpellier ; Pour une approche davantage centrée autour des questions territoriales ou géographiques : **J. RAYNAUD**, *L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs. Concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable*, Thèse de doctorat préparée sous la direction des Pr. L. CHAPELON et H. BAKIS, et soutenue au sein de l'Université Paul Valéry – Montpellier 3 le 31 octobre 2013.

[1553] **E. VIGNERON**, « *Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français* », Les Tribunes de la santé, vol. 38, no. 1, 2013, pp. 41-53.

[1554] Bien que cela soit discutable sur le plan territorial, cela ne souffre en revanche d'aucune contestation d'un point de vue technique.

[1555] Et parfois constatées, entrainant de réelles difficultés au sein des structures.

674. Vers une démocratie sanitaire des choix collectifs en matière économique ? Alors que la notion de démocratie sanitaire se développe à grande vitesse, principalement depuis le début du XXIème siècle, elle trouve certaines difficultés à s'étendre sur l'ensemble des thématiques, du fait notamment de la complexité technique de certains sujets. Cet état de fait se mesure donc également en matière économique. En outre, il serait pourtant intéressant de s'interroger quant au déploiement de cette construction à cette discipline. Ainsi, la question de la participation des usagers à la définition des choix collectifs doit être envisagée, tant elle semble aujourd'hui plutôt limitée, ou tout du moins insuffisamment développée. Le mode principal d'expression réside dans l'expression démocratique, à travers le vote[1556]. Par la suite la représentation nationale fait son office. Mais est-ce satisfaisant ? Il conviendrait d'envisager un déploiement, au moins à titre consultatif, de cette participation, afin de légitimer ensuite les différentes politiques adoptées[1557].

675. Intéressement des usagers à la définition des choix. Plus encore, cette évolution aurait pour effet non seulement de sensibiliser les usagers à la définition de ces choix, mais également de les intéresser[1558]. En outre, cela passe, sans doute, par davantage de pédagogie,

---

1556 Bien que, comme le fait remarquer Didier TABUTEAU, la notion de démocratie sanitaire « *renvoie en effet également à l'action collective en matière de santé : l'intervention essentielle des associations de malades et d'usagers, dans l'élaboration, la définition et la mise en œuvre des politiques et programmes de santé. LE législateur, en fixant un cadre pour la représentation des usagers et en établissant une amorce de statut légal des mouvements associatifs sur le champ de la santé, a entendu poser les bases d'une organisation sanitaire faisant sa place à un nouvel acteur. Après les professionnels de santé et les représentants des assurés sociaux, les représentants des malades et des usagers* ». **D. TABUTEAU**, « *Démocratie et santé* », Les Tribunes de la santé, vol. HS3, n°5, 2014, pp. 3-5.

1557 Finalement, Jean-Paul DOMIN résume assez bien le propos : « *la démocratisation du colloque singulier doit d'abord être appréhendée au travers du prisme du libéralisme politique : le malade acquiert de nouveaux droits dans le colloque singulier. Mais la démocratisation doit être également envisagée au sens du libéralisme économique : le patient, désormais agent rationnel, est capable de prendre des décisions sur son capital santé et d'évoluer dans un monde uniquement marchand. Tant que l'ambiguïté ne sera pas levée, la démocratie sanitaire ne pourra pas se développer* ». **J.-P. DOMIN**, « *De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ?* », Les Tribunes de la santé, vol. HS3, n°5, 2014, pp. 21-29.

1558 Et ceci de manière effective, et non seulement via des apparats. A ce titre : « *alors que le marché ambitionne de donner le dernier mot au patient, celui-ci reste soumis à des contraintes financières et au renouveau du poids hiérarchique du médecin par l'intermédiaire de son pouvoir sur les prix. Cette évolution rend illusoire l'émancipation du patient. Elle questionne aussi la justesse des dispositifs de promotion du marché en santé. Le prix à payer pour la reconstruction d'un prix est lourd en inégalités sociales. Il est d'autant moins acceptable que l'activation du nouveau patient n'est pas source de gain en bien-être*

mais aussi par plus de transparence[1559]. Précisément, une construction à l'image du « *printemps social de l'évaluation* »[1560] s'inscrit parfaitement dans cette démarche. Surtout, cela constituerait un réel gain de performance. En effet, au sein d'un cadre contraint prétendant à davantage de pertinence et d'efficience, solliciter la participation des usagers s'apparente à un réel atout. Cela permettrait de donner plus de cohérence aux choix effectués, et ainsi tendrait à les légitimer. Ce qui favoriserait donc leur acceptation.

676. Par suite, leur implication, y compris au sein des instances internes des établissements privés de santé, est rappelée et exigée depuis longtemps désormais. En effet, le rapport COMPAGNON-GHADI[1561] sur la démocratie sanitaire dès 2014 présentait déjà les risques pour la participation du fait des contraintes économiques[1562]. Celui-ci expliquait que « *si les instances hospitalières et de santé publique ont été tenues par les dispositions réglementaires et par l'engagement d'un certain nombre de leurs responsables à faire une place à la représentation des usagers, il en va autrement dans les structures hospitalières privées : il est opposé le fait que la constitution de leurs conseils d'administration en raison du capital ou des personnes réunies s'oppose à ce que des représentants*

---

social ». **P. BATIFOULIER**, « *Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin* », Revue Française de Socio-Économie, vol. 10, no. 2, 2012, pp. 155-174.

[1559] A ce titre, l'évolution des lois de financement de la sécurité sociale et les modalités d'évaluation vont en ce sens.

[1560] « *La commission des affaires sociales a inauguré en 2019 un nouveau « rendez-vous dédié à la mise en œuvre des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), le « Printemps social de l'évaluation ». Son principe est simple : organiser annuellement une discussion à la fois dense et approfondie sur les dispositions les plus emblématiques votées par le Parlement dans le cadre des LFSS, en présence des directeurs d'administrations centrales et des branches de la sécurité sociale chargées de l'application de ces dispositions* ». **M. DELATTE, C. ISAAC-SIBILLE, M. LIMON, T. MESNIER, A. VIDAL, S. VIRY**, Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux du Printemps social de l'évaluation, enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 11 juin 2021, pp. 5.

[1561] Pour une approche critique du texte cité : **F. VIALLA**, « *Une démocratie de combat ?* », LEH Édition, RDS, Bordeaux, Mai 2014, n°59, pp. 1191-1192 ; **P. VÉRON**, « *Rapport Compagnon : neuf propositions pour refonder la démocratie sanitaire* », LEH Édition, RDS, Bordeaux, Septembre 2014, n°61, pp. 1575-1580

[1562] « *Les contraintes économiques fortes que connaissent aujourd'hui un grand nombre d'établissements de santé peuvent faire craindre à une polarisation des structures de gouvernance sur les questions économiques au détriment de la réflexion sur le rôle des établissements de santé dans le système de santé, l'accessibilité à l'offre en santé qu'elle soit géographique ou financière, les questions de qualité et de sécurité des soins* ». **C. COMPAGNON, V. GHADI (Dir.)**, Pour l'An II de la Démocratie sanitaire, Rapport à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, 14 février 2014, p. 29.

des usagers y siègent. Il nous semble pourtant que ni la forme juridique ni composition capitalistique de l'établissement ne devrait s'opposer à une participation plus importante des représentants des usagers dans les lieux de gouvernance »[1563]. Il envisageait en outre des modalités intéressantes pour y parvenir, notamment à propos du positionnement réel des usagers et de leur statut, à savoir qu'il s'agit d'inclure ces derniers dans le processus de décision, et donc de les intéresser, sans en faire des « *quasi-professionnels* »[1564].

B. Régulation collaborative

677. Traiter des inégalités potentielles[1565]. Mais il serait absurde de croire qu'il suffit de chercher à légitimer les éléments associés à la performance économique pour résoudre la majorité des problèmes. En dépit du fait que le système est d'une notable efficacité, il n'en reste pas moins que de nombreuses limites se font jour. Du point de vue des usagers, les inégalités sont fréquentes et se renforcent, parfois lourdement. Bien que ces éléments soient souvent impactés à la dimension géographique, à très juste titre, d'autres cas de figure peuvent aisément être identifiés, notamment selon les pathologies rencontrées, selon le niveau de ressources, selon la hauteur de protection sociale, etc… Mais surtout, la rationalisation économique influe très largement sur le cadre économique. En effet, l'efficience souhaitée s'oriente surtout vers un cadre restrictif ou chaque établissement, a dû apprendre à fonctionner avec des moyens rigoureusement définis, et ne laissant souvent qu'une très légère variable d'ajustement. Si cela peut parfois suffire pour la gestion

[1563] **C. COMPAGNON, V. GHADI (Dir.)**, Pour l'An II de la Démocratie sanitaire*, op. cit.*, p. 29.

[1564] « *Nous mesurons bien que cette recommandation s'inscrit dans une vision très institutionnelle avec des risques certains : - cela risque de ne servir à rien, les décisions qui parviennent au directoire sont déjà discutées en amont et le représentant des usagers n'aura aucune marge de manœuvre pour faire valoir un autre point de vue ; - mis en situation de cogestion, le représentant des usagers sera tenu responsable des décisions du directoire et cela risque de le faire perdre en crédibilité ; - le risque de manipulation est important. Il ne s'agit pas de faire des usagers des « quasi-professionnels » mais de répondre à l'asymétrie entre les professionnels et les usagers, asymétrie qui ne sert aucun des groupes d'acteurs en présence. Il s'agit surtout de répondre à la nécessité d'une coconstruction et de l'inscrire réellement dans les pratiques. Cela ne peut donc se concevoir que dans un cadre où le statut et la compétence du représentant des usagers sont forts et lui permettent d'accéder à la compréhension de tous les enjeux* ». *Ibid.* p. 31.

[1565] **P.-H. BRECHAT, J. LEBAS**, Innover contre les inégalités de santé. Presses de l'EHESP, 2012

quotidienne, cela ne permet que trop peu, en revanche, d'anticiper l'urgence, ou des situations de crises, qu'elles soient légères ou non.

678. Adapter les règles associées au cadre géographique. Une adaptation des règles associées au cadre géographique parait à la fois nécessaire et pertinente[1566]. Ainsi, le régime juridique défini peine immanquablement à régler les inégalités de territoire, en dépit des nombreuses tentatives effectuées en ce sens[1567]. En outre, sans s'étendre sur les difficultés de recrutement des praticiens dans les déserts médicaux[1568], le mode de rémunération des établissements de santé se montre plutôt insatisfaisant en la matière, et se trouve être source de difficultés techniques évidentes. A ce titre, comme le retient Aurélien VAUTARD, « *alors que l'ensemble des financements autres que la tarification à l'activité (T2A), notamment les missions d'intérêt général et la permanence des soins, sont fatalement en diminution, le choix est souvent fait d'appliquer équitablement la baisse aux territoires et aux institutions alors que le niveau des soins dans la prise en charge des patients et les besoins de santé sont très hétérogènes à l'origine. Au fond, il semble (…) que la ligne de conduite soit assez simple. Il s'agit en fait depuis des années de réduire la voilure de façon massive en tout point du territoire, sans tenir compte des situations sanitaires spécifiques, en gageant que la*

1566 Sur les ARS : **P.-L. BRAS**, « *La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné ?* », Dalloz, Droit social, 2009, p. 1126 ; **C. CHAUVET**, « *La nature juridique de l'Agence régionale de santé* », Dalloz, RDSS, 2016, p. 405 ; **D. TABUTEAU**, « *Les agences régionales de santé (ARS) : cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire* », Dalloz, RDSS, 2017, p. 1056 ; **M.-C. DE MONTECLER**, « *L'agence régionale de santé n'est pas juge de la pertinence des soins* », Dalloz, Dalloz actualité, 15 mars 2018.

1567 Sur ces questions : **J.-M. PASTOR**, « *Une nouvelle vision territoriale de la santé* », Dalloz, AJDA, 2008, p. 1985. **J. MOREAU**, « *Esquisse d'une théorie juridique de territorialisation* », Dalloz, RDSS, 2009, p. 16. **J.-B. AUBY**, « *Santé publique - Territorialisation : le cas de la santé* », Lexis Nexis, Droit Administratif n°1, Janvier 2012, repère 1. **P. VILLENEUVE**, « *Santé / Affaires sociales – Territorialisation de la santé : quelques avancées !* », Lexis Nexis, La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales n° 4, 29 janvier 2018, act. 97.

1568 **J.-M. PONTIER**, « *Déserts médicaux : que faire ?* », Dalloz, AJDA, 2022, p. 121 ; **J.-M. PASTOR**, « *Déserts médicaux : une situation dramatique en milieu rural* », Dalloz, AJDA, 2021, p. 1891 ; **G. ROUSSET**, « *La lutte contre les « déserts médicaux » depuis la loi HPST : entre désillusions et espoirs nouveaux* », Dalloz, RDSS, 2012, p. 1061 ; **A. LECA, G. NICOLAS, O. NGAMPIO, C. BERLAND-BENHAÏM, J.-P. AGRESTI, Y. BERLAND**, Les déserts médicaux (n° 19), LEH Éditions, CDSA, n°19, 2015, **I. POIROT-MAZERES**, « *Nouveaux métiers et pratiques renouvelées en santé, autre réponse aux déserts médicaux* », LEH Éditions, RGDM, n°58, 2016, p.77-100 ; **G. CHEVILLARD**, « *Déserts médicaux, zones défavorisées et zones fragiles en offre de soins : les maisons de santé sont-elles une solution ?* », LEH Édition, RGDM, n°58, 2016, p.157-176

contrainte financière, sans cesse renforcée, obligera les acteurs de terrain (hôpitaux, cliniques, médecins de ville) à s'adapter pour survivre »[1569].

679. Tout d'abord, le mode de financement, essentiellement orienté vers la productivité, peut générer des difficultés ou des inégalités. En effet, chaque structure, en fonction de son bassin de population et du nombre d'actes réalisés verra son potentiel de rémunération et de développement se limiter. Cela engendre également un effet pervers, en particulier dans les déserts médicaux où il se satisfera davantage d'un cadre concurrentiel, afin de maximiser ses revenus, plutôt que d'un cadre coordonné[1570]. Plus encore, les limites de son expansion, faute de ressources suffisantes, constitueront un handicap évident à l'objectif de juste répartition de l'offre de soins. Pour y remédier, il convient d'adapter le processus de tarification. Ou plutôt de le diviser, afin de tenir compte des différentes réalités du soin. En ce sens, les pouvoirs publics s'investissent et ont mis en place une part populationnelle[1571]. Ce procédé semble aller dans le bon sens, tant sa composition est pensée afin de répondre aux inégalités de territoire et à la typologie de la population le composant. Cependant, cette évolution, à elle-seule, n'est pas suffisante[1572], et au-delà de la dimension géographique, les éléments associés aux inégalités selon les pathologies devraient aussi être anticipés.

680. **Éviter le flux tendu.** En réponse aux difficultés que la pandémie de Covid-19 a pu mettre en lumière, il semble nécessaire de chercher à éviter, autant que faire se peut, le flux

---

[1569] **A. VAUTARD**, « *L'avenir du système de santé français ou la résolution d'une équation à deux inconnues : enjeux démographiques et territoriaux* », in : **A. LECA, H. GAUMONT-PRAT, C. CASTAING (Coord.)**, Mélanges en l'honneur de Jean-Marie CLÉMENT, Enseignement, Hôpital, Médecine, *op. cit.*, 2014, p. 709

[1570] Encore faudrait-il qu'il soit en mesure de répondre à la demande, ce qui bien souvent relève davantage de l'utopie que de la réalité…

[1571] **D. JAFFRE**, « *La réforme du mode de financement des établissements de santé : une approche populationnelle ?* », Objectif soins & management. La revue des cadres de santé, n°279, février 2021, pp. 28-31.

[1572] Au regard notamment des thématiques limitées qu'elle concerne. De plus, il reste possible de s'interroger : « *Mais cette approche populationnelle en est-elle vraiment une ? Jusqu'à présent les différentes politiques menées au cours de ces 40 dernières années ont été des politiques de l'offre : maîtrise des dépenses par les tarifs (quel que soit leur mode de calcul), contingentement des autorités d'activités de soins et numerus clausus, selon la fameuse hypothèse considérant que l'offre crée la demande. Et pourtant à chaque fois il a été proclamé et écrit qu'il s'agissait de répondre aux besoins de la population, sans pour autant les prendre en compte. Car il est beaucoup plus facile de travailler sur l'offre que de partir des besoins* ». *Ibid.*

tendu. Bien sûr, il serait tentant de retenir que les arguments sont résolument et strictement économiques, il convient malgré tout d'expliquer que le Droit, ici également, a un rôle à jouer. En effet, nombreuses sont les obligations de présence de personnel par service, directes ou non[1573]. Rien n'empêche donc, en principe, de fixer ce minimum et le revoir à la hausse[1574]. Alors même que la gestion quotidienne présente déjà tous les traits d'une organisation sous tension, il semble pour le moins utopique d'envisager accorder une place supérieure au temps, et donc au prendre soin. Bien sûr, l'apprentissage et la refonte des pratiques seront des éléments de réponse. Toutefois, ces derniers ne pourront être mis en application sans une révision des moyens. A ce titre, il ne s'agira pas de déréguler le marché, mais bien d'adapter la façon de réguler, et surtout de revoir le curseur. A ce propos, le CCNE recommande « *de réintégrer la dimension éthique et humaine dans les dépenses de santé, afin de permettre à l'hôpital de remplir de manière équilibrée l'ensemble de ses missions, et pas uniquement les plus techniques ou les plus spectaculaires. Sur le plan médical, il convient d'avancer ici l'idée d'une médecine sobre, par opposition à une médecine de la redondance* »[1575]. Plus encore, il demande « *de ne pas négliger le « care » (prendre soin, prêter attention) anglo-saxon au profit exclusif du « cure » (soigner)* »[1576].

681. Anticiper l'urgence ? Viens ensuite la thématique très particulière des urgences. En effet, la question doit être envisagée sur les plans économiques et juridiques tant elle présente des difficultés dans ces deux domaines. En outre, la problématique principale réside, par définition, dans la quasi-impossibilité matérielle d'anticiper le flux attendu. Il

---

1573 Bien qu'il n'existe pas véritablement de texte imposant la présence de personnels paramédicaux par services. En revanche, les article D. 6124-1 à D. 6124-481 du code de la santé publique encadre nettement les effectifs des établissements de santé en fonction de certaines spécialités.

1574 Cette évolution semble tout bonnement indispensable à deux niveaux. Tout d'abord, pour répondre aux problématiques existantes. La fuite des personnels est une réalité à laquelle il faut faire face et surtout s'adapter. Le climat actuel génère des situations particulièrement gênantes et amenant à tolérer des manquements juridiques en gestion des ressources humaines mais aussi au niveau juridique qu'il convient de régler. Ceci dans l'intérêt direct du malade.

1575 En lien avec cette idée, l'avis recommande aussi « *de s'assurer du maintien du lien social pour éviter que la personne ne sombre dans l'exclusion une fois le diagnostic fait et le traitement entreprise. Quelle logique est à l'œuvre, si le succès médical est suivi d'une mort sociale ?* ». CCNE, Avis n°101 : Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier, *op. cit.* pp. 28-29.

1576 *Ibid.*, p. 29.

devient dès lors particulièrement compliqué non seulement de définir un cadre d'exercice efficace, mais aussi d'en anticiper le coût[1577]. Des tentatives ont donc été effectuées afin de rationaliser l'usage qui peut être fait de cette unité[1578]. Face à cette difficulté, les autorités ont notamment souhaité développer les soins de proximité[1579], avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)[1580], l'idée étant de les intéresser financièrement[1581] au désengorgement des urgences[1582]. Sur le plan économique, l'urgence

[1577] Alors même que face à cet état de fait, il semble que le choix a, historiquement, été de ne pas véritablement prévoir de limite, tellement que le service des urgences joue bien souvent aujourd'hui le rôle de porte d'entrée de la structure.

[1578] Certaines d'ailleurs venant des acteurs eux-mêmes. A titre d'exemple, les CH de Montauban et de Moissac régulent désormais l'accès à leur urgence de la façon suivante : en premier lieu, l'accès est conditionné à l'orientation par le médecin traitant, à défaut, la personne devra appeler le 15 ou le 3966. Si celle-ci décide de venir spontanément, elle devra sonner à un interphone relié au 15. Sur ces questions : **P.-J. PYRDA**, « *Tarn-et-Garonne : un accès régulé aux urgences de Montauban et de Moissac à partir du 1er juillet* », La Dépêche, publié le 30 juin 2022, consulté le 31 juillet 2022.

[1579] « *La solution de plus en plus évoquée depuis la fin des années quatre-vingt-dix est le développement de réseaux ville-hôpital associant des généralistes à la prise en charge des « fausses urgences »* ». **M. LORIOL**, L'impossible politique de santé publique en France, Érès, 2002, p. 98.

[1580] Art. L. 1434-12 du code de la santé publique.

[1581] Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019.

[1582] Comme l'explique Brigitte DE LARD-HUCHET, « *la contractualisation des centres hospitaliers et de leurs services d'urgence avec les CPTS sur les soins non programmés ne saurait se contenter de vœux pieux. Elle doit porter sur des engagements concrets qui permettent : (…) aux établissements de santé de fluidifier et désengorger leurs services d'urgence (…). De nombreux établissements l'ignorent, mais parmi les missions obligatoires des CPTS (dites « missions socles ») figure celle de l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés en ville. Cette mission conditionne une partie des financements de la CPTS, pour un montant pouvant aller de 35 000 à 70 000 € par an selon la taille de la CPTS ! Des indicateurs devront valoriser l'intensité des moyens mis en œuvre par la communauté professionnelle pour atteindre les objectifs déclinés dans le contrat conclu avec l'assurance maladie, et mesurer l'impact des actions de la CPTS sur le territoire, sur cette mission notamment. Or, parmi les indicateurs retenus figurent les suivants : taux de passages aux urgences générales, pédiatriques et de gynécologie-obstétrique non suivis d'hospitalisation (indicateur décroissant) ; part des admissions directes en hospitalisation adressées par un professionnel de santé de ville (indicateur croissant) ; augmentation du nombre de consultations enregistrées dans le cadre de l'organisation de traitement et d'orientation territoriale mise en place pour prendre en charge les soins non programmés. C'est dire si les CPTS sont (financièrement) intéressées au désengorgement des services d'urgence !* » **B. DE LARD-HUCHET**, « *Crise des urgences. Le cadre juridique de la coopération avec la médecine de ville est-il suffisant ?* », Gestions Hospitalières, n°617, juin 2022, p. 390.

fait l'objet d'une procédure de tarification tentant de tenir compte de son particularisme[1583]. Sur le plan juridique, l'enjeu actuel, largement lié néanmoins au domaine précédent, vise la rationalisation de l'accès aux urgences. En outre, l'usage de ce service est parfois mal perçu, et celui-ci est fréquemment envisagé comme un accès de premier recours, sans lien réel avec la notion d'urgence[1584]. C'est sans doute ce point qu'il conviendrait de régler[1585].

682. Relation Ville-Établissement de santé. A travers l'exemple des urgences, c'est bien la question de l'exercice coordonné qui peut être soulevée. De manière générale, il semble que la régulation doive désormais s'orienter vers une logique collaborative. En effet,

---

[1583] En ce sens, l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale prévoit que « *l'activité de soins de médecine d'urgence (…) est financée par : 1° Une dotation populationnelle (…) 2° Des recettes liées à l'activité et tenant compte de l'intensité de la prise en charge (…) 3° Une dotation complémentaire allouée aux établissements qui satisfont des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge de cette activité (…) 4° Des recettes liées à la participation de l'assuré aux frais liés aux actes et prestations réalisés dans une structure de médecine d'urgence* ». Plus précisément s'agissant de la dotation populationnelle, son « *montant par région est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en tenant compte des besoins de la population des territoires et des caractéristiques de l'offre de soins au sein de chaque région. Cet arrêté est pris après avis des organisations nationales représentatives des établissements de santé. Le directeur général de l'agence régionale de santé fixe annuellement le montant alloué à chaque établissement, issu de la dotation populationnelle et déterminé en fonction de critères définis au niveau régional, après avis des représentants en région des établissements de santé et des professionnels exerçant cette activité. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement au niveau national ; La répartition de la dotation populationnelle entre les régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources régionales. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités* ».

[1584] A ce titre, la mission flash sur les urgences et soins non programmés propose notamment de « *réguler les admissions soit à l'entrée du service soit par la régulation médicale préalable par le SAMU/SAS* ». En outre, elle précise que « *si l'accueil de tout patient en urgence reste un principe inébranlable de la mission de service public, le service des urgences n'est pas toujours la filière de soins la plus pertinente. Selon la DREES, 20-30% de l'activité d'un SU est liée à une pathologie non urgente qui requiert une consultation simple en cabinet de ville ou une consultation de médecine générale requérant un plateau technique léger (…). Un triage avant ou à l'entrée du SU (…) permet de mieux filiariser ces patients sur des horaires définis, en les orientant vers des solutions plus adaptées et référencées de soins non programmés (ville ou hôpital). A l'entrée des urgences, cette organisation repose sur la facturation du forfait de réorientation des urgences qui doit être simplifiée dans sa mise en œuvre. Une telle organisation a été mise en place dans plusieurs services d'urgence et donne satisfaction tant aux patients qu'aux soignants* ». **F. BRAUN (coord.)**, Mission flash sur les urgences et soins non programmés, Juin 2022, p. 35.

[1585] Tel est le sens notamment de la mise en place du « *forfait patient urgences* » (FPU), déployé depuis le 1er janvier 2022 et qui impose au patient dont l'admission ne sera pas suivie d'une hospitalisation de régler la somme de 19,61 euros. Celui-ci remplace l'ancien « *forfait accueil et traitement des urgences* » (ATU). Voir notamment : Art. L. 160-13 du code de la sécurité sociale ; Art. 51 de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

pour envisager un système de santé de façon globale, il convient de faire en sorte que les différentes parties prenantes soient en mesure de travailler ensemble, et y trouvent un intérêt. A ce titre, la relation ville-établissement de santé doit être traitée. Celle-ci a d'ailleurs fait l'objet de multiples études, à la fois économique[1586], en matière d'organisation des soins[1587], parfois d'un simple point de vue historique[1588], ou encore plus récemment à travers les CPTS[1589], et de la réponse potentielle aux déserts-médicaux, mais également du lien généré entre les professionnels[1590].

683. Ainsi, le renvoi à la relation ville-hôpital consiste surtout à retenir qu'il convient de favoriser désormais l'exercice coordonné, afin de gagner en pertinence à plusieurs niveaux : médicale, économique, territoriale. Cela peut notamment passer par une adaptation du mode de financement[1591]. En effet, l'idée d'une tarification à la qualité paraît particulièrement indiquée en la matière. Pour autant les difficultés précédemment évoquées

---

[1586] Pour un exemple en matière de tarification : **G. LEGUELINEL-BLACHE, J.-F. BUSSIÈRES, C. LE GAL-FONTÈS**, « *Le financement à l'épisode de soins : un modèle efficient pour renforcer le lien ville-hôpital en France et au Québec ?* », LEH Éditions, RGDM, Panorama de droit pharmaceutique 2018, janvier 2019, pp. 211-226.

[1587] **F. LECLERC**, « *Les formes expérimentales d'organisation des soins* », Dalloz, Droit social, 1996, p. 823. ; M.-C. **DE MONTECLER**, « *Système de santé : le gouvernement veut décloisonner* », Dalloz, AJDA, 2018, p. 1748.

[1588] Didier TABUTEAU parlant notamment d'un « clivage ville-hôpital ». **D. TABUTEAU**, « *La santé publique en France, une histoire singulière* », In : **P. SUESSER, M.-C. COLOMBO (éd.)**, Conjuguer la santé de l'enfant et de la famille au singulier et au pluriel. Du soin individuel à la santé publique. Érès, 2015, pp. 17-44.

[1589] Voir notamment : **M. CORMIER**, « *Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premier recours de demain ?* », Dalloz, RDSS, 2019, p. 64 ; **O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS**, « *2. Les réponses de l'État permettent-elles de repeupler les déserts médicaux géographiques ?* », in : **O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS (Dir.)**, Les déserts médicaux en question(s), Presses de l'EHESP, 2021, pp. 25-41.

[1590] « *La prise en charge hospitalière, marquée par le virage ambulatoire, se doit ainsi pour assurer la qualité et la sécurité des soins de tisser des liens avec les autres acteurs de santé du territoire, que ce soit par la présence des établissements de santé au sein des instances de la démocratie sanitaire ou par les partenariats qu'ils sont susceptibles de développer au sein ou avec les CPTS, en coopération également avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire, les établissements et les services médico-sociaux* ». **J. SAISON**, « *Démocratie sanitaire et fonctionnement de l'hôpital* », Dalloz, RDSS, 2022, p. 197.

[1591] Cette nécessaire évolution semble être prise en compte, il s'agit davantage de discuter des moyens pour y parvenir.

quant à la cohérence des données indiquées[1592] semblent dès lors parasiter également la dimension économique. En conséquence, sa mise en place[1593], comme pour une dotation populationnelle adéquate, passe inévitablement par un approfondissement des indicateurs audités, notamment à travers la question de l'évaluation des réadmissions, qui pourrait faire partie d'un paiement à la performance compatible avec un financement au parcours[1594].

684. Une impossible fixation tarifaire ? Ces insuffisances poussent à se questionner quant à la pertinence d'une fixation tarifaire. Si le propos par lui-même surprend[1595], il parait nécessaire, tant il remonte fréquemment aux oreilles. Par suite, le CCNE retient une position intéressante et qui impose finalement, et sans doute que le mouvement est déjà en marche, de tout remettre à plat, tant il est difficile de procéder à une évaluation économique en santé[1596] et plus particulièrement à l'hôpital : « *aucune méthode d'évaluation actuelle n'est à elle*

[1592] En ce sens : « *Nous avons développé en France des indicateurs de processus mais accusons un important retard par rapport aux pays comparables pour ce qui concerne les indicateurs de résultats (…). Il ne s'agit pas de sous-estimer les difficultés scientifiques et techniques rencontrées pour mettre en place de tels indicateurs mais il convient d'engager dès à présent l'investissement nécessaire pour disposer de ces données* ». **O. VÉRAN (Dir.)**, L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur, rapport remis au Ministre des Affaires sociales et de la Santé le 4 avril 2017, p. 5.

[1593] **A. GIRAULT, B. LALLOUÉ, C. GERVÈS-PINQUIÉ, J.-C. MOISDON**, « *7. Réformer la tarification à l'activité : les nouveaux modes de paiement et leurs usages dans les établissements de santé* », in : **É. MINVIELLE (éd.)**, Manager une organisation de santé. L'apport des sciences de gestion. Presses de l'EHESP, 2018, pp. 139-155 ; **M. FERRUA, A. FOURCADE, B. LALLOUE, A. GIRAULT, S. JIANG, P. LOIRAT, É. MINVIELLE**, « *Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) pour les établissements de santé français : Résultats de l'expérimentation (2012-2014)* », Journal de gestion et d'économie médicales, vol. 33, no. 4-5, 2015, pp. 277-290.

[1594] « *Il semble donc que si des dispositifs de paiement à la performance devaient être introduits en France, ils pourraient concerner en premier lieu les taux de réadmission. Nous rejoignons ainsi les propositions formulées par le HCAAM qui devant les difficultés à envisager une tarification au parcours, suggère de moduler la tarification en fonction des réadmissions ; pénaliser les réadmissions engage en effet les établissements à se situer dans une logique « parcours » car celles-ci dépendent aussi des professionnels de santé qui assurent le suivi post-hospitalisation des patients. Prendre en compte les réadmissions dans la tarification peut aussi être considéré comme un moyen de contrecarrer les effets pervers éventuels de l'incitation forte à fractionner les séjours où à réduire la DMS induite par la T2A* ». **P.-L. BRAS**, « *Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins* », Journal de gestion et d'économie médicales, 2017/6, Vol. 35, pp. 245-263.

[1595] En effet, pourquoi ne pourrait-on pas fixer un prix sur une prestation qui, objectivement, a nécessairement un impact économique ?

[1596] Par suite, Philippe CUNÉO expliquait dès le début des années 2000 que « *l'évaluation, même grossière, de quelque chose qui pourrait s'identifier aux besoins de santé de la population est certainement chose délicate, de même que sa*

seule totalement adaptée à toutes les missions du système de santé hospitalier. La T2A est conséquente d'une évaluation d'actes techniques effectués au cours de diagnostics ou de soins médicaux ou chirurgicaux. En dehors de ces circonstances, elle s'adapte probablement mal à la prise en charge des maladies chroniques, des soins de suite, des soins palliatifs, des personnes âgées ou des enfants malades ou encore à la reconnaissance des actions de prévention, car elle ne prend pas en compte le temps passé auprès du malade pour l'écoute et l'examen clinique approfondi. D'autres critères prenant en considération les aspects qualitatifs en santé, comme par exemple le temps passé à l'écoute et à l'information doivent donc être définis pour évaluer les services non techniques rendus au patient. Ce n'est pas tellement la T2A qui est en cause que la notion d'acte »[1597]. En réalité, cet exemple illustre bien à quel point la tarification hospitalière implique une composition éclatée[1598], ce qui par ailleurs prend forme[1599], au regard des insuffisances portées par chacun des modèles. Il n'existe pas de construction unique englobant en son sein l'ensemble des hypothèses du soin. Toutefois, et bien qu'il ne revienne vraisemblablement pas au juriste de discuter de la répartition économique des

---

traduction en objectifs et certainement plus encre leur priorisation, ce qui rend ardue la tâche du Parlement au moment de la fixation de l'Ondam. Mais peu importe pour ce qui nous intéresse ici. Il nous suffit de constater que, quel que soit le niveau auquel peut être fixé le montant des dépenses de santé, des besoins insatisfaits subsistent certainement qui rendent nécessaires de dépenser mieux quand on ne peut plus dépenses plus ». **P. CUNEO**, « *Le système de soins confronté au principe d'efficience* », *op. cit.*, p. 30.

[1597] CCNE, Avis n°101 : Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier, *op. cit.*, pp. 27-28.

[1598] Comme le rapporte la Task Force « Réforme du Financement du système de santé », la tarification hospitalière est bien plus complexe qu'une simple tarification à la qualité. En effet, alors que l'objectif pour 2022 est de réduire la part de la T2A à 50%, elle ne représentait en 2018 environ 63% de l'ensemble. La tarification se décomposait comme suit : Activité (63%), DAF (19%), MIGAC (9%), Liste en sus (7%) et au forfait (2%). Leur proposition pour 2022 visait donc : Activité (50%), Forfait/socle/suivi (15%), Dotation populationnelle (12%), MIGAC (10%), Liste en sus (7%), Séquence de soins (4%), Qualité (2%). Task Force « Réforme du Financement du système de santé », Réformes des modes de financement et de régulation. Vers un modèle de paiement combiné. Rapport remis dans le cadre de « Ma Santé 2022 », p. 29.

[1599] Conformément à la mise en place de « *Ma Santé 2022* » : « *pour favoriser la qualité, Ma Santé 2022 propose d'aller davantage vers une logique de parcours de soins visant à limiter, tout au long de la prise en charge, les actes redondants ou les pratiques non pertinentes. Grâce aux travaux de la Haute Autorité de Santé et de l'assurance maladie, les travaux d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins seront de plus en plus partagés avec la communauté médicale et soignante. Des modèles de tarifications mixtes incluant la prévention, la qualité et la pertinence seront également mis en œuvre progressivement d'ici 2022, avec des premières mesures inscrites dès le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2019* ». Ma Santé 2022, Un engagement collectif, Dossier de presse, 18 septembre 2018, p. 16. Voir également : **V. VIOUJAS**, « *La réforme du financement des établissements de santé : la transformation en (longue) marche* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 524.

différentes hypothèses de tarification, l'importance accordée aux différentes enveloppes peut laisser la perplexe.

685. **Transition**. Ces éléments mènent à s'interroger quant aux limites de l'efficience économique. En outre, l'acteur sanitaire se trouve étouffé par le mode de tarification, ce qui implique de connecter la production économique aux attendus sanitaires.

Section 2 : Limites de l'efficience économique attendue des établissements de santé

686. La notion d'efficience est, elle-aussi, très largement perçue de manière péjorative, en dépit des bienfaits perceptibles au sein des établissements de santé. Pour autant, il semble que ces derniers soient aujourd'hui étouffés par le modèle de financement retenu. En effet, la tarification à l'activité présente de nombreuses limites, à savoir des caractères inflationniste et sélective. Surtout, il apparait que cette construction oriente et met en lumière les défauts associés à la pratique médicale précédemment évoquée (§1).

687. En conséquence, il convient de connecter la production économique aux attendus sanitaires. Ceci passera forcément par la transcription de la continuité au sein de la tarification, mais également par l'intéressement des acteurs à la recherche de performance économique, ce qui implique ainsi un réel changement de paradigme (§2).

§1. Acteur sanitaire étouffé par la tarification

688. Alors que la question de la tarification hospitalière est centrale en matière de performance, il semble qu'elle étouffe plus qu'elle n'accompagne les structures. En effet, la tarification à l'activité présente de nombreuses limites (A), ce qui paraît pour le moins problématique au regard du lien qui peut être fait avec la pratique professionnelle (B).

A. Limites connues de la tarification à l'activité (T2A)

689. Préambule : Vertus réelles d'un mécanisme de tarification à l'activité. Il convient de préciser que la question de la tarification doit être étudiée, tant elle génère des difficultés et des tensions dans l'appréhension du fonctionnement des établissements de santé. En effet, « *en termes de financement, l'hôpital a fait l'objet de plusieurs expériences dont aucune ne donne, semble-t-il, satisfaction : d'abord la logique du prix de journée qualifiée d'inflationniste, puis le budget global sans lien avec la réalité économique de l'hôpital, enfin la fameuse tarification à l'activité (T2A), porteuse de tous les maux de la création, coûteuse et imposant la compression des coûts de production synonyme de rationnement des moyens* »[1600]. Pour autant, il reste utile de rappeler à quel point la mise en place d'un tel mécanisme présente de réelles vertus[1601]. En effet, elle incite à la performance et limite l'inertie. L'invitation à la performance se matérialise dans la maximisation des actes réalisés[1602]. En outre, face aux besoins croissants de la population en matière de santé, une construction visant à la réalisation d'un plus grand nombre prise en charge[1603] répond parfaitement à cette impérieuse nécessité. En ce sens, le postulat selon

---

[1600] **N. TANTI-HARDOUIN**, « *Éduquer les soignants dans le sens d'une bonne économicité du système de santé* », Gestions hospitalières, n°583, février 2019, p. 117.

[1601] A ce titre, Vincent VIOUJAS précise qu'en « *définitive, après une législature de réformes, la tarification à l'activité continue à jouer un rôle essentiel dans l'allocation de ressources aux établissements de santé. Le lien entre activité produite et recettes constatées a essentiellement fait l'objet d'aménagements importants pour les seuls hôpitaux de proximité, soit principalement les ex-hôpitaux locaux pour lesquels l'application de la T2A n'avait jamais été clairement arbitrée. Bien plus, le mécanisme gagne du terrain puisque le basculement progressif des activités de SSR vers un système de financement où la dotation modulée à l'activité a vocation à être majoritaire est engagé. Certes, des adaptations ont été introduites afin de tenir compte de la spécificité de certaines prises en charge et des contraintes de l'isolement géographique ou encore afin d'intégrer une approche de la performance en termes de qualité. Elles ne semblent toutefois pas remettre en cause les fondamentaux sur lesquels repose le dispositif depuis l'origine* ». **V. VIOUJAS**, « *La tarification à l'activité des établissements de santé, une législature plus tard* », Dalloz, RDSS, 2017, p. 498.

[1602] Encore que l'efficacité de cette recherche soit parfois contestée. Par exemple, Rémi Pellet retient que les hôpitaux sont « *abusivement favorisés* », et explique qu'en « *mettant en œuvre la T2A, les pouvoirs publics français entendaient réduire les dépenses publiques hospitalières en organisant une concurrence vertueuse entre les établissements publics et privés, ce qui aurait permis de diminuer les charges indues de l'assurance maladie. Mais, parce que le statut de leurs agents n'a pas été reformé, les hôpitaux n'ont pu améliorer leur productivité, à la différence des cliniques* ». **R. PELLET**, « *Établissements de santé et restes à charge* », Dalloz, RDSS, 2017, p. 45.

[1603] En ce sens, Christophe SEGOUIN retient que « *toutes les études montrent que l'activité s'est accrue (la baisse de la durée moyenne de séjour atteste à elle seule de l'intensification de l'activité) avec un retentissement sur le travail des équipes*

lequel la tarification à l'activité serait contraire à l'éthique ne peut absolument pas être retenue sans de plus amples développements.

690. Plus encore, elle limite l'inertie entrainée par un régime de prise en charge. Il existe aujourd'hui encore de nombreux partisans à la mise en place d'une logique budgétaire[1604], ce qui peut être compris. En effet, ce mécanisme laisse à penser que l'on fait confiance à l'établissement pour mesurer les justes besoins et les nécessaires allocations de moyens. Pour autant, un fonctionnement budgétaire pousse incontestablement la structure à limiter ses dépenses afin de se conformer à ce prévisionnel[1605]. De plus, la peur de la sanction en cas de dépassement peut justifier un comportement minimaliste[1606]. A ce titre, la tarification à l'activité semble répondre à cette difficulté. Ainsi, « *dans le cadre de la T2A, les établissements n'ont pas d'incitation à modérer leur production de soins (au contraire) puisque le niveau des ressources dont ils disposent en dépend directement, mais sont incités à agir quasi exclusivement sur la productivité. Ainsi la T2A est de nature à éviter que la contrainte sur les dépenses hospitalières ne se traduise par un « rationnement » des soins par les offreurs (…). Les incitations à produire et à accroitre la productivité portées par la T2A constituent la facette positive de ce mode de tarification* »[1607]. Pour autant, elle

médicales et paramédicales, sans oublier les équipes administratives et techniques ». **C. SEGOUIN**, « *Santé des personnels en milieu hospitalier, qualité des soins et contraintes budgétaires* », ADSP, n°99, juin 2017, p. 26.

[1604] Certains considèrent de manière plus subtile que la logique budgétaire n'a absolument pas disparu bien au contraire, en témoigne la cohabitation de la T2A et de l'ONDAM : « *La réforme de la tarification à l'activité à partir de 2004 n'a cependant pas signé la fin de ce mécanisme budgétaire, elle s'est au contraire greffée dessus. La contradiction entre les deux instruments, la tarification et le plafond budgétaire résiderait dans une injonction paradoxale vis-à-vis des hôpitaux : pour rester à flot financièrement, ils devraient augmenter leur activité et donc leurs recettes mais simultanément, les moyens alloués à la santé n'augmenteraient pas pour autant. Une très forte augmentation de l'activité ne se traduirait alors pas par une augmentation de l'Ondam mais par une diminution des tarifs d'une année à l'autre* ». **P.-A. JUVEN**, Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public, *op. cit.*, p. 125.

[1605] Les études sont particulièrement nombreuses. Pour une approche détaillée : **D. PELJAK**, Traité de finances publiques hospitalières, LEH Éditions, Ouvrages généraux, Bordeaux, 2011, pp. 70-83.

[1606] Benoît APOLLIS retient que « *la dotation globale a été fortement critiquée, surtout en raison de son découplage avec l'activité réelle de l'établissement* », **B. APOLLIS**, « *Le financement du service public hospitalier* », Dalloz, RDSS, 2017, p. 657.

[1607] Le rapport précise en outre qu'avec « *le budget global, les contraintes accrues sur les dépenses hospitalières depuis la crise auraient pu aboutir à un déni de soins* ». **O. VÉRAN (Dir.)**, L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur, *op. cit.*, p. 32.

représente de nombreux défauts bien connus qu'il convient de rappeler[1608], tant ils sont symptomatiques des limites du système hospitalier français.

691. Démarche inflationniste de la T2A. En effet, la T2A souffre d'un grand nombre de critiques, venant finalement de tout bord, à savoir économique[1609], juridique[1610], au niveau des professions[1611] et même dans la presse généraliste[1612]. Il semble que la tarification pousse l'établissement de santé dans une démarche inflationniste. Celui-ci pourrait multiplier les actes réalisés afin de maximiser ses sources de revenus. Si la volonté d'accroitre ses moyens se comprend aisément, une multiplication déraisonnée des actions réalisées présente de sérieuses difficultés. En outre, la principale d'entre elles réside dans l'absence de pertinence qu'elle génère. Une suractivité se montre adaptée d'un point de vue économique, mais assez peu conforme des principes de santé publique. Plus encore, chaque acte technique réalisé peut potentiellement s'avérer couteux. En ce sens, François DANET retient notamment que « *le modèle de l'hôpital-entreprise s'appuie sur l'idée qu'en accroissant l'efficacité de l'hôpital, celui-ci dépensera moins. Pourtant, dès lors que cette logique promeut la compétition entre les établissements hospitaliers sur la base de la productivité hospitalière, tout porte à croire que la tarification à l'activité, sous-tendue par le PMSI, sera inflationniste* »[1613]. A ce titre, il n'est absolument pas

---

[1608] Mathieu CARDON précise que certaines difficultés pouvaient d'ailleurs être envisagées dès la mise en place de la T2A à travers les expériences étrangères : « *A titre principal en termes de sélection des patients et de qualité des soins, certaines des difficultés liées à la mise en place d'une régulation de type concurrence par comparaison ont été reconnues très tôt, à une époque où l'approche de la tarification à la pathologie était encore envisagée* ». **M. CARDON**, « *La tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de soins privés : la transition amorcée* », Dalloz, RDSS, 2005, p. 963.

[1609] **O. BATIFOULIER, D. CASTIEL, P.-H. BRÉCHAT**, « *La tarification à l'activité : une complexité contre-productive pour la santé des populations* », Les Tribunes de la santé, 2017, Vol. 54, pp. 61-78.

[1610] En témoigne notamment la volonté politique clairement affichée de sortir du « *tout T2A* ».

[1611] **V. HUNSINGER**, « *T2A, rentabilité, recrutements : « l'hôpital entreprise » concentre les critiques* », Le Quotidien du Médecin, publié le 18 février 2022, consulté le 20 juillet 2022 ; **J. MOSCHETTI**, « *Hôpitaux : réduire la T2A, accroître la pertinence des soins* », Le Quotidien du Médecin, publié le 25 mars 2022, consulté le 20 juillet 2022.

[1612] Pour un exemple : **E. POMMIERS**, « *Qu'est-ce que la T2A, qui cristallise les tensions à l'hôpital ?* », Le Monde, Publié le 13 février 2018, consulté le 20 juillet 2022.

[1613] **F. DANET**, « *La greffe de la médecine d'urgence sur l'hôpital* » in : La médecine d'urgence. Vers de nouvelles formes de travail médical. Érès, 2008, pp. 13-39. L'auteur ajoute en outre que « *cette logique a également tendance à renforcer la spécialisation croissante et à écarter des services hospitaliers toutes les situations cliniques qui ne rentrent pas dans*

acceptable de faire supporter à la solidarité nationale la réalisation d'actes parasites, inutiles et seules vocations comptables.

692. Démarche sélective de la T2A. Par suite, au-delà de l'aspect inflationniste, la démarche générée par la tarification à l'activité se veut également sélective, ce qui n'est, là-encore, pas adapté aux différents principes associés à la politique de santé publique. En effet, à partir du moment où l'on fixe un prix sur la réalisation d'un acte, il n'est pas interdit d'adopter un raisonnement quasi-absurde, ou plus justement sévère qui consisterait pour les établissements à se positionner uniquement sur les secteurs les plus lucratifs. Ces derniers pourraient d'ailleurs parfaitement respecter les règles juridiques et adopter un tel comportement[1614]. En outre, rien n'empêche de monter un dossier d'autorisation sanitaire, d'obtenir cette autorisation et ainsi maximiser ses sources de revenus. Dès lors, il existe un risque[1615] où l'offre présentée par la politique de santé publique se limiterait aux prestations les plus rémunératrices, mais où certaines prises en charge seraient purement et simplement laissées de côté. Ce qui d'un point de vue sanitaire, mais également éthique n'a rien d'admissible. Pour autant, il reste raisonnable de ne pas considérer ce risque comme le plus important, dans la mesure où les acteurs n'ont pas véritablement la possibilité de se comporter ainsi, la régulation faisant son office et veillant à une juste répartition des

le strict cadre de la spécialité, comme la polypathologie, le grand âge, la dépendance, la détresse psychosociale dont les ivresses à répétition ».

[1614] Dans certains cas uniquement, bien entendu, en fonction de leur nature juridique.

[1615] Il ne s'agit pas de dire que cette hypothèse est déjà une réalité. Pour autant, comme le retiennent Michel MOUGEOT et Florence NAEGELEN, « *la maîtrise des coûts étant un objectif prioritaire, on a retenu une procédure de financement permettant d'en espérer un meilleur contrôle. Pour ce qui est des autres objectifs, on a agi comme si l'on supposait les offreurs de soins parfaitement altruistes au sens où ils ne se préoccuperaient que de l'intérêt des patients (…). Cependant, les fournisseurs de soins sont des agents comme les autres et même si leur objectif ne peut se ramener à une simple maximisation du profit, ils se préoccupent de leur intérêt financier, de la désutilité de leur effort et de l'utilité des patients dans des proportions variables et non observables. Dès lors, les questions non traitées de la crédibilité, des arbitrages qualité-coût dissuasion de la sélection et de la manipulabilité de la T2A en présence d'hétérogénéité des patients se posaient. Au lieu de les traiter, on a mis en place une politique qui les néglige. En outre, on a, petit à petit, dénaturé cette politique par des mesures technocratiques aux fondements économiques aléatoires* ». **M. MOUGEOT, F. NAEGELEN**, « *La tarification à l'activité : une réforme dénaturée du financement des hôpitaux* », Revue française d'économie, vol. xxix, no. 3, 2014, pp. 111-141.

soins[1616]. En dépit des efforts à effectuer, les limites ne sont vraisemblablement pas du fait de la tarification. Néanmoins, la potentialité peut suffire à générer des tensions, et les actions visant à contrebalancer cette dernière doivent être prévues et définies.

693. Risques associés à la T2A. Finalement, les risques associés à la tarification à l'activité sont partiellement réalisés[1617]. Pourtant, ce modèle de tarification est paradoxalement le plus adapté au fonctionnement hospitalier et aux définitions d'exercice des professionnels de santé[1618]. Ces structures sont alimentées par des professionnels de santé dont certains ont une indépendance dans le choix de la thérapeutique, c'est notamment le cas des médecins, quand d'autres sont réglementés par des décrets d'actes. Ceci a donc pour effet de fortement encadrer leur quotidien et leurs décisions. Enfin, ces agissements sont ensuite sanctionnés d'une fixation tarifaire, les établissements étant finalement rémunérés en fonction du nombre d'actions réalisées. Dès lors, il en résulte une logique industrielle, avec des thérapeutiques reproduites sous réserve d'une conformité qualiticienne. Le système se montre donc performant d'un point de vue technique, tout comme il parait pour le moins mécanisé. Cet état de fait génère des situations de sécheresse

---

1616 Comme le retenaient, dès 2006, Jean-Pierre CLAVERANNE et Christophe PASCAL, « *choisir ses activités, nécessite de disposer des ressources nécessaires à ce choix, c'est-à-dire avoir les moyens d'embaucher de nouveaux praticiens ou de se séparer d'autres, tant d'un point de vue réglementaire que financier. On comprend dès lors que cette stratégie soit difficilement envisageable à l'heure actuelle, compte tenu de la rigidité des statuts hospitaliers* ». **J.-P. CLAVERANNE, C. PASCAL**, « *Tarification à l'activité et management hospitalier, vers de nouveaux défis* », Elsevier Masson SAS, Oxymag, Vol. 19, n°86, janvier 2006, pp. 19-22.

1617 En ce sens, Michel PEPIN et Jean-Claude MOISDON proposaient deux pronostics, un « *optimiste* » mettant en lumière « *une accélération de la dynamique de transformation des organisations* », et un second, « *pessimiste* », malheureusement plus proche du vécu actuel, à savoir un scénario qui met en lumière « *la difficulté à surmonter la complexité et à obtenir des résultats visibles mobilisateurs, associée au maintien d'une instabilité des règles* » qui « *décourage les acteurs pionniers* », en son sein, « *seules subsisteraient alors les innovations d'ordre gestionnaire* ». **M. PEPIN, J-C. MOISDON**, « *Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Étude qualitative d'un échantillon de huit établissements* », Solidarité santé, n°16, 2010, p. 23.

1618 Par ailleurs, comme le retient Pierre-Louis BRAS, même lors d'une critique de la politique hospitalière, il semble que la T2A reste l'outil le plus adapté en matière de tarification. Ainsi, « *la politique hospitalière ne doit plus être indexée sur la seule appréciation de la performance économique des établissements et la T2A doit redevenir ce qu'elle aurait toujours dû rester : un simple outil technique (imparfait mais le meilleur en l'état actuel de nos connaissances) de répartition d'une enveloppe hospitalière dont le calibrage est confié aux représentants élus de la nation* ». **P.-L. BRAS**, « *Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins* », *op. cit.*

relationnelle et humaine qui pénalisent en définitive toutes les parties prenantes des établissements de santé[1619]. Les patients d'une part, qui ont le sentiment de n'être traité qu'aux travers de leurs pathologies, sans nécessairement être pris en compte d'un point de vue personnel. Mais surtout des équipes médicales qui, condamnées à reproduire encore et encore les mêmes actions, avec non pas une mais plusieurs épées de Damoclès[1620] au-dessus de leur tête, peinent souvent à comprendre le sens de leurs agissements. Face à ces difficultés, nombreux sont les professionnels à ne plus se sentir légitimes et épanouis[1621], pire, à continuer leur fonction. Par suite, Olivier VERAN ajoute que « *l'attachement des personnels soignants à délivrer des soins de qualité peut venir tempérer cette inquiétude. Toutefois, on ne peut se contenter de s'en remettre à l'engagement des personnels* »[1622]. Propos tout à fait pertinent, il n'est pas concevable, dans un système aussi développé et important que la santé, de se reposer

---

[1619] A ce titre, Olivier VERAN précise que « *l'incitation à produire peut conduire à des pratiques non pertinentes d'induction de la demande. L'incitation à accroître la productivité peut se matérialiser par une moindre attention portée aux patients, par une segmentation des séjours, par une réduction de l'effort consenti dans le cadre d'un séjour, par une dégradation des conditions de travail des personnels qui elle-même se traduira par une diminution de la qualité des soins* ». Il ajoute que « *la T2A a donc le mérite d'éviter que les contraintes des finances publiques ne conduisent à un rationnement des soins. Toutefois, on ne peut exclure que l'exigence de productivité qu'elle induit n'aboutisse à une dégradation de leur qualité* ». **O. VÉRAN (Dir.)**, L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur, *op. cit.*, pp. 32-33.

[1620] Au regard notamment des risques disciplinaires, juridiques ou même tout simplement professionnels auxquels ils se trouvent exposés.

[1621] Faut-il rappeler que les auxiliaires médicaux font partie des professions les plus sujettes à la dépression, année après année, et ceci bien avant la pandémie de Covid-19. L'IGAS souligne notamment que « *la prise de conscience de la vulnérabilité des médecins par la communauté médicale et par les pouvoirs publics a été lente en France, alors que les études internationales et les initiatives dans d'autres pays datant de plus d'une décennie, notamment le Canada et l'Espagne, sont à souligner. Derrière la souffrance des médecins, il y a aussi la souffrance des équipes, dont les étudiants en formation qui sont les témoins de la fragilité des seniors, au-delà même du stress connu lié à leur exercice et à la confrontation quotidienne avec la souffrance des patients. Les médecins font partie de ces professionnels dont la mission suppose un très fort engagement. Leur charge de travail va en s'accroissant, de même qu'augmentent les contraintes vécues comme imposées. Dans le même temps, les relations avec les patients se modifient, parfois se dégradent, et la position du médecin est réinterrogée. La question est complexe et comporte des enjeux particulièrement stratégiques puisqu'il touche à la qualité de la ressource humaine médicale et donc au soin. La qualité des soins est liée au bien-être des soignants, versant qui n'a été que très rarement investi* ». **M.-A. DESAILLY-CHANSON, H. SIAHMED**, Établissements de santé risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques, rapport IGAS, Tome I, Décembre 2016, p. 13.

[1622] **O. VÉRAN (Dir.)**, L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur, *op. cit.*, p. 33.

sur la seule pratique professionnelle pour valoriser la qualité de la prise en charge. En conclusion, il en résulte une construction décousue, éclatée, et qui ne permet pas d'avoir le liant nécessaire en la matière[1623]. Surtout, elle questionne sur la façon dont les prix sont fixés, ou plutôt sur ce que l'on peut, ou non, tarifier.

B. Liens évidents entre tarification et pratique professionnelle

694. Apports certains d'une logique de productivité. Comme expliqué précédemment, les liens entre tarification et pratique professionnelle sont évidents. La connexion est volontairement orientée par les pouvoirs publics vers une logique de productivité. Les apports en la matière sont tout à fait significatifs et méritent l'attention. Pour autant, cette proximité implique également un partage des vices, et à ce titre, les impacts négatifs sont forcément légions[1624]. Cela étant dit, la logique de productivité est indispensable et s'est avérée bénéfique à bien des égards qu'il convient de souligner, tant ils correspondent aux attendus des pouvoirs publics, mais également de la population. Ainsi,

---

[1623] Rien ne vaut le retour d'expérience pour illustrer cette difficulté : « *une des conséquences du rationnement des moyens en personnel est en effet que, comme le résume un collègue, « les gens ne sont plus disponibles ». Au nom de l'« efficience », chacun doit faire la preuve de sa rentabilité et privilégier les tâches quantifiées par des indicateurs. Le temps consacré aux demandes d'avis des collègues est ainsi réduit, voire supprimé. Jusqu'ici, ce temps permettait de discuter utilement du diagnostic et du traitement le plus adapté à chaque patient, il évitait des examens inutiles et raccourcissait les durées d'hospitalisation. Sans compter que la communication entre collègues assure une régulation interne et autogérée par les professionnels de l'institution, qui tend à disparaître. Certains médecins se sont même habitués à donner des avis téléphoniques plutôt que de se rendre au lit du patient : le temps manque pour se déplacer physiquement. Mais cela accroît évidemment d'autant plus le risque de « passer à côté » d'une complication ou d'un diagnostic* ». **Collectif « *Docteurs Blouses* »**, « *L'hôpital malade de l'« efficience »* », Revue du MAUSS, vol. 41, no. 1, 2013, pp. 53-75.

[1624] Pour un exemple : « *La généralisation de la tarification à l'activité a effectivement permis de déterminer le prix de chacun des actes réalisés, quel qu'en soit le cadre d'exercice, pour offrir une comparaison. L'idée n'est pourtant déjà plus pertinente. À ce titre, il n'est nul doute que la prochaine loi d'organisation sanitaire inclura la possibilité de procéder à des paiements par capitation pour certaines maladies chroniques. Dans cet exercice de comparaison, cependant, les établissements n'étant plus compétitifs ou sous-employés sont invités à fermer les services réputés financièrement défectueux* ». **B. PITCHO**, « *Les valeurs du soin. Le crépuscule du colloque singulier ?* », in : **A. LECA, H. GAUMONT-PRAT, C. CASTAING (Coord.)**, Mélanges en l'honneur de Jean-Marie CLÉMENT, Enseignement, Hôpital, Médecine, *op. cit.*, 2014, p. 700. Plus généralement, il précise qu'il « *est possible de constater, en effet, la différence entre les valeurs attachées aux soins et les valeurs attachées au soin. Ces valeurs apparaissent, cependant, convergentes en ce qu'elles semblent avoir pour ambition de permettre la réalisation des soins les meilleurs au coût le moindre, dans la satisfaction des impératifs sanitaires individuels et publics* » (p. 698).

cette construction est positive au regard des exigences de santé publique. En effet, cette performance productiviste pousse incontestablement à maximiser l'offre de soins, ce qui profite largement au patient[1625]. Par ailleurs, cette mécanique de fonctionnement amène les établissements de santé à adopter une attitude efficace et accroit ainsi leur activité. Cependant, l'ensemble manque parfois de clarté, du fait d'un défaut de pédagogie[1626]. Surtout, le système génère potentiellement des arbitrages pour le moins douteux, et ne met pas suffisamment en valeur la pluralité d'acteur à même de se positionner au sein de l'offre. Il amène parfois à des choix en dehors des priorités, ce qui, inévitablement, cause un certain nombre d'inégalités.

695. Production et santé publique. Cette logique de production est positive d'un strict point de vue de santé publique. En effet, la maximisation de l'offre de soins répond à un besoin clairement défini sur le territoire. En conséquence, rien ne permet d'affirmer que ce raisonnement n'est pas conforme à l'éthique ou encore à l'intérêt des patients. A condition bien sûr d'exprimer clairement les choix collectifs effectués. Cette construction a permis de générer une plus-value évidente sur le contenu des prestations réalisables, mais surtout au niveau des actes effectués. Dans un système organisé autour de la potentialité non pas d'un droit de la santé, mais d'un droit à la santé, la perspective d'une impossibilité curative parait particulièrement mal vécue. Par suite, Jean-Marie CLÉMENT précise que « *l'acte médical intègre l'amortissement de ces investissements justifiant un productivisme toujours plus poussé par les effets d'une tarification idoine dite « tarification à l'activité ». L'usager devient inévitablement un consommateur de soins que rien n'arrête, puisqu'il ne supporte pas directement le montant des actes dont il bénéficie et, par*

[1625] Comme l'explique Pierre-Louis BRAS, « *la T2A est de nature à éviter que la contrainte sur les dépenses hospitalières ne se traduise par un « rationnement » des soins par les offreurs* ». **P.-L. BRAS**, « *Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins* », *op. cit.*

[1626] Finalement, comme ne pas reprendre ici les propos de Didier JAFFRE qui résument assez bien le constat à dresser en matière de définition des besoins. En effet, il constate une attitude qui consiste à « *s'enferrer à vouloir rechercher et définir de la manière la plus précise possible les besoins, en construisant des modèles sophistiqués mais tellement compliqués à utiliser que finalement on y renonce et on revient sur une bonne vieille politique de l'offre avec ses indicateurs solides. Il ne sert à rien de vouloir définir le besoin comme le Saint Graal. L'important n'est pas tant que les indicateurs soient justes ou précis ; il faut au contraire se lancer, même avec des imperfections, qui seront corrigées au cours du temps* ». **D. JAFFRE**, « *La réforme du mode de financement des établissements de santé : une approche populationnelle ?* », *op. cit.*

ailleurs, cela profite à la production médicale »[1627]. En conséquence, l'idée d'encourager à la croissance dans l'action est tout à fait indiquée en la matière. Par suite, la productivité se veut être le reflet de l'efficience. En outre, être productif ne se déduit pas seulement par l'importance de la production, mais par la qualité de cette dernière. Ainsi, agir beaucoup dans un cadre contraint permet plus ou moins directement de s'orienter dans une logique de performance. A titre de synthèse, il est possible de reprendre les propos de Jean-Paul DOMIN : « *lors de l'admission, l'équipe soignante est en mesure de savoir si le patient va coûter cher ou non* »[1628].

696. **Performance productiviste**. Plus encore, déploiement de ce mécanisme de tarification génère une logique productiviste. Ainsi, « *la nécessité d'une réduction des coûts, avec la diminution corolaire des durées moyennes de séjour, a conduit les établissements, pour dégager des économies d'échelle, à accroître l'activité pour un même nombre de lits, parfois même avec des capacités d'accueil en diminution. La rotation des lits augmente et avec elle s'impose une gestion de l'activité « en flux tendus ». Aussitôt qu'un patient sort, il est remplacé par un autre souvent déjà arrivé, qu'il faut accueillir et pour lequel toute la planification des soins doit être rapidement mise en place* »[1629]. Il faut retenir que cette logique d'accroissement de la productivité concerne non seulement la dimension soignante mais bien l'ensemble des composantes des établissements de santé[1630].

697. Il est intéressant de relever à quel point le Droit a pu faciliter cette construction. En effet, la définition des professions s'inscrit totalement dans cette recherche constante de maximisation alors que les performances techniques et économiques ont été voulues

---

[1627] **J.-M. CLÉMENT**, « *Le consumérisme médical : de l'usager au consommateur de soins* », in : **B. PY, F. VIALLA, J. LEONHARD**, Mélanges en l'honneur de Gérard MÉMETEAU. Droit médical et éthique médicale : regards contemporains, *op. cit.*, p. 344.

[1628] **J.-P. DOMIN**, « *La recherche d'un mode de financement unique des établissements de soins : le mythe de la convergence tarifaire* », RFAP, vol. 174, n°2, 2020, pp. 475-486.

[1629] **A. GREVIN**, « *Quand la performance pilote le management… Les effets du tournant gestionnaire sur le management de proximité dans une clinique* », Journal de gestion et d'économie médicales », vol. 30, n°7-8, 2012, pp. 469-490.

[1630] « *Entre temps, il aura fallu faire le ménage des chambres ou désinfecter intégralement les salles opératoires selon des normes d'hygiène de plus en plus strictes (…). L'intensification du travail est également augmentée par le développement du travail administratif* ». *Ibid.*

comme convergentes. L'ensemble s'oriente vers une performance productiviste. Pour autant, cette affirmation questionne tant elle crée un décalage entre les équipes de soins et les objectifs véhiculés par le système d'hospitalisation. Cette construction décousue ne parvient pas à satisfaire les attentes des différents métiers, notamment, quant à la dimension éthique de leur activité. En outre, alors que le cœur de l'action réside principalement dans le temps accordé au patient, dans l'écoute que l'on souhaite lui apporter, les soignants sont encouragés à adopter une attitude recherchant la célérité, l'enchainement, et donc la multiplication des prises en charge. Par suite, ce postulat n'est pas sans conséquence[1631]. Alors que la proposition effectuée vise en principe à valoriser les pratiques, elle créée une situation de tension au sein des équipes. Finalement, la performance est davantage subie que participative. Elle est imposée, alors qu'il serait sans doute pertinent d'y intéresser toutes les parties prenantes.

698. Apports à clarifier d'une contractualisation économique. Face à ces considérations, il serait inadapté de retenir que les autorités n'en tiennent pas compte et ne cherchent pas à y remédier. Pour autant, le secteur de la santé a un rapport à la performance pour le moins problématique, que la tarification notamment cristallise assez bien. Jean-Claude MOISDON précise à propos de la T2A que l'on « *voit combien porter un jugement sur un outil de gestion est aventureux et qu'au-delà des procès en matière d'effets pervers (pour qui ?) et des positions idéologiques (contre ou pour le tout marché ou l'imperium bureaucratique), il y a lieu d'adopter une posture plus modeste et prudente, de comprendre autant qu'il est possible ce que produit un outil sur les comportements, les institutions, les organisations, pour continuer à progresser par des boucles de rétroaction, et non de répéter à l'envi ce que l'on pense a priori des dégâts qu'il va opérer ou des bienfaits qu'il est susceptible d'apporter. Car les outils de gestion, issus ou non de la science économique, acquièrent une vie*

[1631] Et peut amener parfois à des raisonnements négatifs, comme l'estime notamment Noëlle CARLIN, « *l'imposition de la tarification à l'activité (T2A) dans le secteur public a bouleversé la gouvernance des établissements de soins en les forçant à adopter les règles de rentabilité du privé, au risque d'une disqualification de la notion et des missions de service public. Le raccourcissement drastique des durées moyennes de séjour et les sorties trop rapides n'incitent guère patient et famille à la sérénité quand la situation est particulièrement complexe sur le plan médico-social* ». **N. CARLIN**, *Relation de soins, la confiance à l'épreuve du droit*, Thèse de doctorat de Philosophie pratique, préparée sous la direction du Professeur Dominique FOLSCHEID et soutenue publiquement le 26 mars 2014 au sein de l'Université Paris-Est Marne-la-Vallée, p. 186.

propre : ils nous structurent souvent sans que nous le sachions et les maîtriser passe avant tout par l'intelligence collective »[1632]. La simple idée de rechercher à multiplier les actes parait comme allant à l'encontre de l'éthique, pour des raisons pour le moins surprenantes et parfois peu justifiables. Par suite, les hypothèses de développements encadrées et orientées par les pouvoirs publics subissent les mêmes critiques, alors qu'elles peuvent pourtant être jugées comme encourageantes.

699. Le choix a été fait d'opter par moment pour l'utilisation du modèle contractuel et/ou incitatif afin de déployer les objectifs de santé publique au sein des structures. Ainsi, les outils mis en place se veulent pluridisciplinaires. Se développent donc de manière croissante des contrats concernant la qualité des soins ou de manière plus précise certaines typologies de prise en charge, mais également les actions de formation et d'enseignement[1633]. Les exemples des MIGAC paraissent particulièrement adaptés, tout comme le FIR[1634] qui semble être un modèle d'interventionnisme poussant à la performance[1635]. En somme le

---

[1632] **J.-C. MOISDON**, « *De la T2A est-elle le nom ?* », Gestions hospitalières, n°557, juillet 2016, p. 339.

[1633] Bien que la pertinence attachée à ces dispositifs reste parfois fortement critiquée : « *Le financement de l'enseignement et de la recherche en France fait, en définitive, l'objet de nombreuses critiques au regard de sa complexité, de son instabilité temporelle et surtout de ses déconnexions partielles aux dépenses des établissements de santé* ». **D. PELJAK**, « *Enseignement, recherche et hôpital : une équation financière impossible ?* », in : **A. LECA, H. GAUMONT-PRAT, C. CASTAING (Coord.)**, Mélanges en l'honneur de Jean-Marie CLÉMENT, Enseignement, Hôpital, Médecine, *op. cit.*, 2014, p. 696.

[1634] Il est intéressant ici d'en rappeler les « *enjeux et objectifs* » à savoir « *territorialisation, souplesse de gestion et transversalité* » : « *le législateur a souhaité, au travers de la création du FIR, doter les ARS d'un outil financier moderne afin de contribuer à répondre à trois principaux enjeux. Le premier vise à renforcer la capacité d'intervention et la responsabilisation des ARS. Le deuxième consiste à appuyer leurs capacités de décloisonner les politiques publiques de santé dans un objectif de parcours et de prise en charge globale. Enfin, le troisième correspond à la capacité de recréer des marges d'action régionales* ». Rapport d'activité 2020 du FIR, Ministère des solidarités et de la santé, ARS, p. 15.

[1635] Toujours en lien avec l'accroissement de la contractualisation, l'article R. 1435-30 du code de la santé publique prévoit notamment que « *l'octroi des financements* » peut être subordonné dans certaines hypothèses (en réalité toute mise à part les faibles financements et les « *rémunérations forfaitaires (…) aux médecins qui participent à la permanence des soins* », conformément à l'article R. 1435-16 III 1°) « *à la conclusion entre l'agence régionale de santé et l'organisme ou le bénéficiaire concerné : 1° Soit de l'un des contrats prévus aux articles L. 1435-3, L. 1435-4 et L. 6147-12 ; 2° Soit d'un contrat spécifique* ». A noter que « *ce contrat mentionne l'objet des actions, des expérimentations ou des structures financées, les conditions de leur prise en charge financière et de leur évaluation ainsi que les engagements pris par le bénéficiaire. Il comporte les autres mentions prévues à l'article 10 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations* ».

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, propose de « *développer le FIR et donner aux ARS les moyens de gérer efficacement cette extension de leurs marges de manœuvre sur l'organisation des territoires et la coopération des acteurs sur chaque territoire, en leur fournissant les outils et les compétences nécessaires pour objectiver, concerter et accompagner ces politiques, dans une logique de pilotage par les objectifs et de dialogue de gestion sur les résultats, étayé par un suivi et une évaluation renforcés, et des publications annuelles, avec des méthodologies stables* »[1636]. En revanche, l'outil pour être adopté et considéré à sa juste valeur, doit être mieux présenté[1637]. Mais aussi et surtout mieux attribué[1638], avec davantage d'équité[1639], et en tenant également compte de la variété des

---

[1636] Il ajoute que « *de manière concomitante, des marges significatives existent pour donner aux collectivités territoriales un rôle accru et plus cohérent* ». HCAAM, Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé, avis adopté le 22 avril 2021, p. 20.

[1637] En ce sens, les travaux du Printemps social de l'évaluation doivent être étudiés. Ainsi, ceux-ci retenaient, à propos des « *expérimentations article 51* » de la LFSS 2018 que le dispositif faisait état d'une « *procédure particulièrement complexe à raccourcir et alléger* ». Pour justifier cette complexité, ils expliquent qu'une « *partie des lourdeurs de la procédure s'explique par une dimension parfois oubliée de l'article 51 : le projet doit déroger au financement de droit commun de l'assurance maladie mais également être généralisable. Cela implique inéluctablement, en amont, une certaine complexité dans la conception du projet* ». Par suite, à propos du FIR cette fois-ci, ils ajoutent que *« parallèlement à ce financement nécessairement dérogatoire, le FIR dont dispose les ARS peut contribuer à la mise en œuvre de ces mêmes projets en finançant du temps de coordination, du matériel, de l'adaptation de systèmes d'information et la formation des professionnels : il convient cependant de mieux communiquer auprès des acteurs du terrain sur la différence entre les projets – non nécessairement innovants ou dérogatoires au financement de droit commun – éligibles à financement par le FISS et ceux qui pourraient être simplement financés par le FIR* ». **M. DELATTE, C. ISAAC-SIBILLE, M. LIMON, T. MESNIER, A. VIDAL, S. VIRY**, Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux du Printemps social de l'évaluation, enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 11 juin 2021, pp. 43-44.

[1638] Comme l'explique Maxence CORMIER, « *l'influence de l'alignement des modes de financement public et privé est beaucoup moins important lorsque l'on examine les financements publics ne portant pas sur la production de soins des établissements de santé privés mais sur l'investissement (reprise de la dette et Ségur immobilier), les MIGAC et les FIR dans la mesure où, comme l'ont régulièrement relevé la Cour des comptes, l'IGAS et les rapports parlementaires, le secteur public hospitalier bénéficie d'environ 90% des dotations* ». **M. CORMIER**, « *Les établissements de santé privés : origine et évolutions d'une notion juridique* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 981.

[1639] En gardant bien sûr à l'esprit les différences de contrainte des différents établissements et surtout des différents secteurs juridiques. A ce sujet : **J.-P. DOMIN**, « *Hôpitaux publics versus cliniques privées : comparaison n'est pas raison* », Les Tribunes de la santé, vol. 69, n°3, 2021, pp. 49-57 ; **J.-P. DOMIN**, « *La recherche d'un mode de financement unique des établissements de soins : le mythe de la convergence tarifaire* », *op. cit.*, pp. 475-486. Par suite, certaines remarques sont particulièrement appuyées : « *Il n'en reste pas moins que la lourde tâche d'organiser un SPH de proximité respectant les grands principes de service public incombe pour l'essentiel aux établissements publics auxquels on l'impose et qui sont soumis en parallèle à une pression budgétaire constante ainsi qu'à une concurrence sans limite des structures privées en termes d'attractivité médicale. Alors qu'un hôpital public ne peut, contrairement aux structures privées, choisir ni la patientèle qu'il reçoit, ni les prestations qu'il souhaite dispenser, ni le dimensionnement de ses équipes, pourquoi le*

structures présentes[1640]. Le tout nécessitant de dépasser certains préjugés[1641] et d'admettre que chacun des secteurs d'hospitalisation présente des spécificités les rendant indispensables[1642]. Cela étant, en dépit de ces défauts, il semble être une proposition juridique pertinente à l'encouragement à la recherche de performance constante au sein des structures. Bien sûr, sous réserve de menues adaptations. Cependant, comme l'explique Christophe SEGOUIN, « *le constat, encore une fois, est qu'on se trouve à la fin d'un cycle. La T2A n'est que l'estocade portée à un système au bord de l'épuisement. Ce n'en est pas la cause. L'organisation des soins comme la formation des professionnels et le mode de rémunération des acteurs ne sont plus en phase avec les évolutions sociétales, les évolutions techniques (le progrès médical mais aussi les nouvelles technologies de l'information et de la communication) et l'évolution des attentes des professionnels eux-mêmes (dont elle reflète l'évolution des générations)* »[1643].

700. **Transition.** Ainsi, face aux limites identifiées de la tarification hospitalière, il devient indispensable de procéder à une connexion de cette dernière avec les attendus de santé publique. Pour cela, une transcription de la continuité en son sein est une piste, l'intéressement des acteurs à la performance en est une autre, qui induirait un changement de logique.

---

soumettre à la même logique financière ? ». **L. CLUZEL-MÉTAYER, A.-C. GRITTON**, « *Prolégomènes à une réflexion sur le service public hospitalier* », Dalloz, RDSS, 2017, p. 595.

[1640] Afin notamment de mettre fin au raisonnement visant à favoriser, indirectement, le secteur public.

[1641] « *« Mais alors, tu travailles où maintenant ?... Ah, tu travailles en clinique privée ! » et l'échange s'arrête assez rapidement. Dédain, malaise, préjugés sont souvent associés à l'idée du travail en clinique privée. Tout comme les variations de pratiques et les représentations existent entre secteur public et cabinet de ville. Les préjugés associés aux cliniques privées semblent parfois encore plus vifs* ». **C. GRAVIER, S. CHARTIER, E. MAZEAUD**, « *La clinique privée : quelles représentations pour quelles pratiques ? L'unité Adolescent de la clinique du Pays de Seine* », L'information psychiatrique, vol. 95, n°1, 2019, pp. 27-32.

[1642] A ce titre, Philippe HOUCKE rappelle le rôle de l'hospitalisation s'agissant de l'activité chirurgicale et ambulatoire et estime que « *l'importance de l'activité de ces établissements privés français qui constituent une particularité en Europe puisque sans eux, le service public ne parviendrait pas à absorber cette activité…* ». **P. HOUCKE**, « *Quel avenir pour l'hospitalisation privée ?* », Acta Endoscopica, vol. 38, pp. S11-S12.

[1643] **C. SEGOUIN**, « *Santé des personnels en milieu hospitalier, qualité des soins et contraintes budgétaires* », ADSP, n°99, juin 2017, p. 27.

§2. Production économique à connecter aux attendus sanitaires

701. Au regard de l'importance que la tarification a pu prendre dans le fonctionnement quotidien des structures, il paraît indispensable de la recentrer autour des attendus sanitaires, et y transcrire ainsi l'idée de continuité (A). Plus largement, alors qu'elle est considérée comme un poids éloignant l'établissement de sa visée originelle, il peut être intéressant d'envisager un intéressement des acteurs à la performance économique (B).

A. Transcrire la continuité dans la tarification

702. **Nécessité d'une transition vers une tarification au parcours**. Afin de remédier aux difficultés associées à la tarification, et notamment le caractère limité d'un fonctionnement à l'acte, une transition peut être opéré vers le financement au parcours de soins. Avant d'envisager tarification à proprement parler, il est indispensable d'étudier l'émergence d'une logique de parcours[1644]. A ce titre, l'émergence de cette logique peut être mise en lumière rien qu'en énonçant les nombreux termes ou renvois à des notions voisines[1645]. La relation de soins, autrefois centrale, constitue désormais une étape du système global. En ce sens, la notion fait désormais partie intégrante de la politique de santé

[1644] Sur ces questions : **M.-L. MOQUET-ANGER**, « *Parcours et droits du patient* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 435 ; **J. SAISON**, « *Le parcours du patient au cœur de l'évolution du système de santé* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 395 ; **M. BORGETTO**, « *Le parcours du patient* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 393

[1645] Les exemples sont très nombreux et n'ont pas forcément de lien entre eux, cela étant, ils témoignent de la volonté politique de faire du parcours une notion centrale en matière sanitaire. Ainsi, il est possible de trouver les termes suivants : parcours de santé, trajectoire de santé, parcours de soins, épisodes de soins, parcours de soins coordonné, filières de soins, parcours patients, circuit patient, chemins cliniques, parcours de vie, flux. Voir en ce sens, **M. BORGETTO**, « *Le parcours du patient* », *op. cit.* : « *Si elle est d'apparition relativement récente car elle ne remonte au plus qu'à 20 ou 30 ans, la notion de parcours tend aujourd'hui à envahir non seulement le champ du droit de la santé mais aussi d'autres champs ; si l'on en doutait, il suffirait d'ouvrir le code de l'action sociale et des familles, lequel évoque - recension non exhaustive - le « parcours de soins des personnes âgées », le « parcours de santé des résidents » des EHPAD, le « parcours des personnes ou familles » bénéficiant d'un hébergement social, etc. ; ou encore le code du travail, lequel mentionne par exemple le « parcours contractualisé d'accompagnement vers l'emploi et l'autonomie » en direction de certains jeunes en difficultés ou le « parcours emploi compétences » en direction des personnes éloignées du marché du travail. En dépit de leur diversité, tous ces parcours ont en commun une même idée : pour répondre aux besoins de chacun, il convient de mettre en œuvre à la fois un accompagnement autant que possible personnalisé ou individualisé et un suivi régulier de la situation de la personne concernée aussi longtemps que cette situation l'exige ».*

telle qu'envisagée par le code de la santé publique. En effet, il précise que celle-ci doit définir les parcours de soins, et que ceux-ci « *visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale* »[1646].

703. Pour revenir à la question de la tarification, il faut retenir que « *dans le cadre du paiement au parcours, c'est la prise en charge d'un patient pendant une période donnée (x mois à partir d'une hospitalisation pour telle ou telle intervention, x mois de soins pour un patient atteint de telle ou telle maladie chronique) qui fait l'objet d'un paiement global, lequel permet de rémunérer les divers intervenants ayant participé à la prise en charge (hôpital, médecins…)* »[1647]. Les bienfaits ne concerneraient pas seulement l'aspect économique, à ce titre, « *les objectifs finaux de l'approche « parcours » peuvent être résumés dans la phrase suivante : faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment et contribue par la prévention au maintien ou à l'amélioration de son capital santé. Le tout au meilleur coût* »[1648]. Pour y parvenir, il semble nécessaire d'observer les différents mécanismes existants, car la tâche n'est pas si aisée qu'il n'y parait. L'idée n'est pas récente et a pu très fréquemment être évoquée ou attendue, *a fortiori* en matière économique. Par suite, il apparaît que l'adoption d'un modèle de tarification unique n'est pas particulièrement adaptée à la situation. Ainsi, « *les besoins de nos citoyens sont divers. Certains sont aigus, comme une consultation pour une pathologie hivernale ou une intervention chirurgicale ponctuelle liée à un accident peu grave. D'autres s'inscrivent dans la durée ou sont chroniques. Le financement doit s'adapter à la multiplicité de ces besoins* »[1649].

[1646] Art. L. 1411-1 du code de la santé publique.

[1647] **P.-L. BRAS**, « *Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée* », Les Tribunes de la santé, vol. 57, n°4, 2017, pp. 71-89

[1648] **M. AISSOU, J.-P. DANOS, A. JOLIVET,** Structurer les parcours de soins et de santé. Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé, 2 éd., LEH Édition, Décideur Santé, Bordeaux, 2020, p. 56.

[1649] **C. MARTY-CHASTAN, N. LEMAIRE**, « *Comment financer les soins de premier recours ?* », ADSP, n°107, Juin 2019, p. 21. Les auteurs ajoutent que « *la réforme des modes de financement du système de santé prévoit d'introduire*

704. Le financement à la séquence de soins a déjà pu être évoqué[1650], souvent plébiscité en ce qu'il permet d'envisager une fixation tarifaire tenant compte de l'intégralité de la prise en charge, de l'admission à la sortie, et donc au-delà de la seule réalisation d'un acte[1651]. En basculant sur la pathologie dans son ensemble, et en ne la décomposant plus véritablement selon les intervenants, on obtiendrait une certaine pertinence thérapeutique[1652], permettant aux soignants de s'exprimer. Finalement, « *l'attention portée à la qualité d'un « parcours » suppose de passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants à une médecine qu'on peut appeler de « parcours ». C'est-à-dire une médecine – entendue plus largement que les actes des seuls médecins – dont l'objectif est d'atteindre, par une pratique plus coopérative entre professionnels et une participation plus active des personnes soignées, à une qualité d'ensemble, et dans la durée, de la prise en charge soignante (…). La médecine de « parcours » demande un travail soignant plus collectif. Elle appelle la combinaison de soins de premiers recours « populationnels », c'est à dire tournés vers la prise en charge globale des besoins en santé d'une population sur un territoire donné, et d'une médecine de spécialité et de*

des modes de tarifications diversifiés pour l'ensemble des producteurs de soins, professionnels et établissements, à l'image de ce qui existe dans de nombreux pays ».

[1650] A propos du financement à l'épisode de soins : **G. LEGUELINEL-BLACHE, J.-F. BUSSIÈRES, C. LE GAL-FONTÈS**, « *Le financement à l'épisode de soins : un modèle efficient pour renforcer le lien ville-hôpital en France et au Québec ?* », *op. cit.*

[1651] Les propos relatifs à la maitrise des dépenses de santé renvoient fréquemment à la question des prises en charge, à l'idée de veiller à l'assurance de la pertinence des soins. En ce sens, les développements récents liés à la tarification au parcours, portée notamment par « Ma santé 2022 » s'inscrivent parfaitement dans cette logique. Justement dans ce cadre, « *pour favoriser la qualité, Ma Santé 2022 propose d'aller davantage vers une logique de parcours de soins visant à limiter, tout au long de la prise en charge, les actes redondants ou les pratiques non pertinentes. Grâce aux travaux de la Haute Autorité de Santé et de l'assurance maladie, les travaux d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins seront de plus en plus partagés avec la communauté médicale et soignante. Des modèles de tarifications mixtes incluant la prévention, la qualité et la pertinence seront également mis en œuvre progressivement d'ici 2022* ». Ministère des solidarités et de la santé, « *Ma Santé 2022, Un engagement collectif* », Dossier de presse, 18/09/2018, p. 16.

[1652] Le régime prétend donc aujourd'hui à davantage d'efficacité, et ceci pour plusieurs raisons. Une première serait vraisemblablement l'exigence d'assurer un accès aux soins pertinent pour le malade. La HAS va notamment préciser que « *cette notion de parcours de soins permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués* ». **Haute Autorité de Santé**, « Parcours de soins – Questions / Réponses », Mai 2012.

plateau technique, plus « interventionnelle » aux moments qui l'exigent »[1653]. Pourtant, il présente malgré tout certaines limites. Notamment au regard du fait qu'à défaut de la pousser à l'extrême, il ne change pas véritablement de logique[1654]. La transition de l'acte à la séquence de soins ne modifie pas la nécessité de fixer un tarif, et n'empêche pas forcément un potentiel comportement sélectif des établissements de santé qui serait donc contraire aux principes associés à la politique de santé publique[1655]. En conséquence, pour répondre à ces difficultés, il conviendra évidemment d'adapter la régulation à la gestion de ces risques.

705. Pour autant, les pouvoirs publics ont entendu ces attentes, et ont déployé certains mécanismes. Dans l'immédiat, l'approche reste majoritairement expérimentale, mais la volonté politique est néanmoins bien présente[1656]. Bien sûr, il convient d'encourager vivement cet effort, tant il permet une construction juridique faisant évoluer non pas la seule tarification, mais bien également le fonctionnement des professions. Il s'agit, sans aucun doute, d'une étape nécessaire dans une évolution de la définition du système de

---

[1653] Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM », Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012, p. 20.

[1654] « *Le PEDS a deux faces : un paiement groupé qui transforme l'hôpital en financeur de tous les acteurs du soin et un paiement à la performance. La première face renforce l'hospitalo-centrisme tout en affaiblissant l'hôpital par la charge administrative supplémentaire qu'elle impose. La deuxième face est la fausse bonne idée souvent évoquée en santé, le paiement à la performance. L'approche financière de la carotte et du bâton n'améliore ni la pertinence ni la qualité des soins. La quête de qualité est constitutive de la vie professionnelle médicale et de son éthique. Elle ne s'achète pas par des primes, mais se construit à partir d'une pluralité d'actions, d'une approche multidimensionnelle impliquant de l'investissement dans la formation, le management, les technologies et les structures* ». **F. BIZARD**, « *Paiement à l'épisode de soins : une utopie à haut risque !* », LesEchos.fr, publié le 21 mai 2018, consulté le 8 août 2022, url : https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/paiement-a-lepisode-de-soins-une-utopie-a-haut-risque-132662

[1655] Comme le retient Frédéric BIZARD, en repartant des difficultés générées par ces mécanismes aux USA, « *à ce fiasco sur la qualité et les coûts s'ajoute une dérive terrible pour tout système de santé qui se veut solidaire, l'exclusion des patients fragiles. Aux USA, les hôpitaux ont dû mettre en place un système de sélection des patients qui a généré de nombreuses situations dramatiques. En effet, pour éviter les sanctions financières, les établissements pratiquent le refus de soins de patients trop fragiles et des reports de soins liés aux complications au-delà de la période post-opératoire retenu dans le forfait. Les médecins américains qui ont souhaité soigner ces patients ont été pénalisés financièrement* ». **F. BIZARD**, « *Paiement à l'épisode de soins : une utopie à haut risque !* », *op. cit.*

[1656] Voir notamment l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale. Sur ces questions : **M. BEIJA, A. GEORGES-PICOT**, « *Quelles leçons tirer du financement au parcours de santé à l'étranger ?* », Finances Hospitalières, Avril 2018, pp. 15-20.

l'hospitalisation basée sur l'approche patient[1657], et non plus sur la seule réalisation technique. Ainsi, cette dimension basculerait vers un prérequis, alors que le fait de prendre en charge deviendrait l'échelon d'évaluation pertinent. Par suite, « *la réelle valeur ajoutée du paiement à l'épisode de soins repose sur la capacité de définir l'intervention la plus appropriée, les étapes de la prise en charge et le chemin clinique du patient, pour ensuite en déterminer le coût. Le paiement à l'épisode de soins aurait par ailleurs l'avantage d'être incitatif pour l'amélioration de la qualité, puisqu'il transfère le risque financier associé aux mauvaises pratiques vers les professionnels de santé et les établissements* »[1658].

706. Poursuite d'une tarification à la qualité. Cela étant, pour que l'ensemble devienne réellement performant, la tarification doit être réorientée vers une prise en compte accrue de la pertinence de l'action. Et ceci, non seulement dans les choix, mais bien aussi dans la réalisation. A ce titre, intégrer la démarche qualité au financement semble être un impératif[1659]. Ceci présenterait de nombreux bienfaits. Là-aussi, les pouvoirs publics ont fait un pas en ce sens, à travers différents dispositifs[1660], notamment contractuels[1661]. Plus

---

[1657] « *En proposant un prix global pour une prise en charge prédéterminée, ce système a vocation à remplacer le paiement à l'acte ou à l'activité pour les établissements hospitaliers. Il présente l'avantage de rémunérer les offreurs pour la pratique recommandée par les professionnels et favorise une « approche patient » tenant compte de l'intégralité de sa prise en charge, que ce soit dans le temps ou entre les offreurs* ». **I. HIRTZLIN**, « *Le paiement à l'épisode de soins en chirurgie* », Gestions hospitalières, n°558, septembre 2016, p. 416.

[1658] **I. HIRTZLIN**, « *Le paiement à l'épisode de soins en chirurgie* », *op. cit.*

[1659] Bien que cela puisse entrainer des réticences chez certains, comme le retient Pierre-Louis BRAS : « *cet appel à gérer la qualité rencontrera certainement un grand scepticisme auprès de ceux qui considèrent que c'est la notion même de gestion ou plutôt les formes modernes de management (mesures, indicateurs, incitation, sanction, exigence de rendre des comptes, etc.) qui sont à l'origine des difficultés des hôpitaux. Ils y verront un signe de plus de l'impérialisme du new public management qui, non content d'imposer ses rigueurs en matière économique, serait ainsi conduit à régenter la qualité ; un domaine où la déontologie et le professionnalisme des médecins, dès lors que l'on ne les soumet pas à des contraintes indues, nous offrent à elle seules, les meilleures garanties* ». **P.-L. BRAS**, « *Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ?* », Les Tribunes de la santé, vol. 35, n°2, 2012, pp. 29-41.

[1660] Pour rappel : Article L. 162-23-15 I. du code de la sécurité sociale : « *Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement. Ces indicateurs prennent en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients* ».

[1661] Voir en outre, pour rappel également, la question du CAQES, outil « *permettant de fusionner en un support unique l'ensemble des dispositifs contractuels existants entre les établissements de santé, les agences régionales de santé (ARS) et l'assurance maladie* » qui vise à « *harmoniser* » et « *simplifier les procédures existantes* » mais également de « *permettre une mobilisation plus efficiente des outils contractuels d'amélioration de la qualité des soins et de régulation des dépenses* ».

encore, la volonté de ces derniers d'orienter le financement vers la qualité est apparente et tend, d'après les différents discours à devenir la norme. Ainsi, les apports seraient considérables. Cette évolution permettrait de revaloriser la démarche qualité, et en outre la resituer au sein du fonctionnement hospitalier. Elle deviendrait dès lors incontournable et indépassable. S'il est regrettable de devoir brandir l'argument financier pour mettre en lumière l'importance de cette reconstruction, il n'en reste pas moins que la réussite de l'objectif serait envisageable. Et cet élément, associé au changement de la construction précédemment évoqué, constituerait un indéniable bienfait à retenir.

707. Surtout, cette transition est inévitable si l'on exprime le souhait de procéder à une modification de l'activité professionnelle. En effet, dès lors que la démarche qualité se trouve orientée vers la valorisation des pratiques, il devient nécessaire de connecter ces différentes réalités. Par suite, l'un des éléments faisant la réussite de ce modèle de performance au sein de l'hospitalisation française réside dans son lien entre les disciplines, qu'elles soient juridiques, techniques ou économiques[1662]. En intégrant une quatrième dimension, à savoir l'aspect sanitaire, à travers l'accompagnement, l'intérêt de la connexion entre elles se renforceraient incontestablement. Pour y parvenir, différents outils peuvent être envisagés.

Instruction Interministérielle n°DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, p.3. Voir également : Article L.162-30-2 al. 1er du code de la sécurité sociale.

1662 En outre, il est évident qu'assurer une coopération entre les acteurs de santé peut permettre à la fois de veiller à la juste allocation des ressources tout en conservant un certain niveau d'efficacité, mais également à répondre à des difficultés territoriales. Johanne Saison parle très judicieusement de « *coopétition* » entre les structures « *afin d'assurer une gradation des soins tout en systématisant l'exercice coordonnée de l'action sanitaire* » en citant l'exposé des motifs du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé : « *le présent projet de loi a comme première pierre de touche la structuration des soins de proximité et la constitution d'un collectif de soins. Des ponts et des outils de coopération doivent être créés entre hôpital, ville et secteur médico-social. L'exercice coordonné a vocation à se développer, la gradation des soins à être clarifiée et assumée, pour fluidifier le parcours des patients, et améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins dispensés* ». En effet, la coopération, bien qu'insuffisante, reste un formidable outil permettant de combler les carences de l'offre de soins. **J. SAISON**, « *Ma santé 2022 : une nouvelle étape vers la consécration d'un service public de santé ?* » ; Dalloz, RDSS 2019, p. 25 ; Projet de loi n° 1681 relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, Exposé des motifs, p. 1.

708. Contractualisation[1663] : outil adapté à la politique de santé publique. Finalement, il semble que le choix récent d'inciter à la performance en matière économique, mais pas seulement, se porte principalement sur la contractualisation. En effet, il présente plusieurs vertus, même s'il implique des ajustements. Sur le principe, il incite fortement à la participation, puisque l'approche est négociée et invite les établissements à se positionner. Cela étant, ce postulat parait romancé, tant le recours au contrat en la matière est particulier. Ainsi, la contractualisation dans le champ de la santé[1664], et principalement s'agissant de l'hospitalisation[1665], est lourdement teintée des mécanismes de régulation. En conséquence, il semble que la relation contractuelle en matière de santé n'a que peu de chose à voir avec le cadre classique. Les structures se voient plus ou moins imposées cette construction[1666], ce qui, forcément, fait perdre en intérêt et réduit largement la possibilité de mobiliser les équipes, puisque l'on rebascule sur une dimension contraignante[1667]. Dimension qu'il faut

---

[1663] Pour une approche élargie de la question de la contractualisation au sein de la société : **A. SUPIOT**, « *La contractualisation de la société* », in : **Y. MICHAUD (Dir.)**, Qu'est-ce que l'humain ?, 1ère éd., Odile Jacob, 2006, pp. 157-167.

[1664] **V. DUCHESNE**, « *L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé* », Journal de gestion et d'économie médicales, vol. 36, no. 4, 2018, pp. 159-180.

[1665] **B. NAUTRE**, « *L'hôpital et le contrat* », Revue Projet, vol. 304, no. 3, 2008, pp. 50-56. Pour une approche quasi-historique : **G. DE POUVOURVILLE, J. TEDESCO**, « *La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics* », Revue française de gestion, vol. no 146, no. 5, 2003, pp. 205-218. Voir également sur les contrats de pôle : **P. MARIN**, « *Hôpital public et « nouvelle gouvernance »* », Dalloz, RDSS, 2015, p. 41.

[1666] Pour autant, il arrive également qu'il ne soit pas possible de discuter ou de réellement négocier ces outils de contractualisation. Pour un exemple, à propos du CAQES : « *Le calendrier imposé s'est en effet avéré particulièrement contraignant. Alors que l'instruction officielle a été diffusée dans le courant de l'été 2017, suite à la parution des textes réglementaires au printemps, le socle obligatoire devait entrer en vigueur au 1er janvier 2018. Tous les établissements de santé étant concernés par ce dernier, certaines ARS ont donc dû valider plusieurs centaines de CAQES, ce qui rendait impossible un réel échange individualisé. Même au niveau des établissements, le délai très bref laissé pour établir le plan d'actions n'a sans doute pas permis une réflexion suffisamment approfondie sur les mesures à mettre en œuvre* ». L'auteur cite notamment un rapport de la commission des affaires sociales du Sénat sur le projet de LFSS pour 2018 qui parle d'une « *campagne de contractualisation « à marche forcée »* ». **V. VIOUJAS**, « *Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins : du cadre national aux réalités locales* », Dalloz, RDSS, 2018, p. 645 ; **J.-M. VANLERENBERGHE**, Rapport de la commission des affaires sociales du Sénat sur le projet de LFSS pour 2018, 2017, n°77, p. 290.

[1667] Les propos en ce sens sont particulièrement nombreux. Pour un exemple à propos des CPOM : « *Le CPOM apparait donc au total comme un contrat dont le contenu et la mise en œuvre sont particulièrement contraints, tant d'ailleurs pour l'administration que pour le gestionnaire, et ne laissant qu'une place fort limitée à l'autonomie de la volonté* ».

inévitablement rééquilibrer, afin de créer l'adhésion, seule opportunité réelle de mettre de nouveau en valeur les pratiques quotidiennes[1668].

B. Intéresser les acteurs à la performance économique

709. La performance par l'intéressement[1669]. Il semble que pour relancer la démarche performancielle qui a pu tant transformer, pour le mieux, les établissements de santé, il convient de maintenir, certes, une logique de régulation, mais rééquilibrée et davantage imprégnée par la recherche de l'intéressement des acteurs de toute nature[1670]. En ce sens, « *formation, évaluation, et incitation financière à l'échelon des professionnels peuvent aider à pérenniser les comportements managériaux observés durant la crise, renforcer la coordination entre professionnels, et in fine participer de cet équilibre entre agilité et performance dont l'hôpital a désormais besoin* »[1671]. En effet,

---

L. COCQUEBERT, « *Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ?* », Dalloz, RDSS, 2012, p. 34.

[1668] Cette idée est d'ailleurs très clairement érigée au rang d'objectif dans l'exposé des motifs de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : « *De façon plus novatrice, la nouvelle rédaction souligne la nécessité de garantir la cohérence des prises en charge en combattant les cloisonnements facteurs de ruptures, et met à ce titre en exergue la notion de « parcours de santé » qui fonde la démarche de la stratégie nationale de santé. Corollaire de cette ambition, la recherche de l'efficience dans l'utilisation des soins et des services de santé se voit inscrite au cœur de la politique de santé* ». Voir plus précisément : **B. APOLLIS**, « *Territorialisation des politiques de santé et structuration des parcours de santé* », RDS, n°2, 2016, pp. 65-72.

[1669] A propos de cette notion, l'Académie Française explique qu'à l'origine, au XVème siècle, le terme pouvait être rattaché à l'idée d'un dédommagement. Elle précise désormais qu'il s'agit du « *fait d'intéresser financièrement le personnel aux résultats d'une entreprise* ». Bien sûr, l'intéressement renvoi au champ lexical financier, avec l'idée d'une prime ou la constitution d'un capital en fonction des bénéfices d'une société. Pour autant, sa compréhension et son acception peuvent aisément être appliquées à cette recherche de performance. En effet, il s'agirait alors de faire profiter, ou plutôt de récompenser des acteurs qui, par leur investissement, contribue à la réalisation d'objectifs de santé publique. Dictionnaire de l'Académie française (9e édition), t. 2 (de Éocène à Mappemonde), Imprimerie nationale/Fayard, 2005, (ISBN 2-213-62143-8).

[1670] En ce sens, Clémence ZACHARIE retient que « *la revendication souvent portée par les personnels médicaux de se voir associés à la stratégie des établissements est une constance* ». Elle retient en outre qu'est « *apparu le terme de « médicalisation » de la gouvernance hospitalière ; la formule est probablement excessive mais elle est néanmoins révélatrice du besoin d'instauration d'une gouvernance plus participative* ». **C. ZACHARIE**, « *Médicalisation des décisions hospitalières ou participation des médecins à la gestion administrative de l'hôpital ?* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 892.

[1671] **H. DUMEZ, É. MINVIELLE**, Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. Une contribution des sciences de gestion, *op. cit.*, p. 87.

cette évolution parait indispensable pour répondre avec efficacité aux principes de santé publique qui n'admettent plus la moindre place à l'approximation, et nécessitent donc une approche qualitative renforcée[1672]. Pour cela, il semble qu'elle entrainera une valorisation améliorée des pratiques, et ceci à tous les niveaux. Enfin, cela permettra aussi d'apporter une réponse à une interrogation érigée au rang de chimère sur le plan sociétal.

710. Intéresser les intervenants à la santé publique. L'une des évolutions les plus attendues sur le plan économique réside dans l'intéressement des intervenants aux questions de santé publique. Pour y parvenir, plusieurs points sont à développer. Tout d'abord, en valorisant l'ensemble de ces questions[1673], et notamment ce qui fait le cœur de l'activité quotidienne des personnels[1674]. Surtout, en adoptant une démarche réciproque sur

---

[1672] Romain MARIÉ à propos des objectifs du plan « Ma santé 2022 » : « *Ce plan, (…), vise à mieux prendre en considération les besoins des patients en redéployant l'activité des établissements de santé sur trois niveaux (soins de proximité, soins spécialisés, soins ultra spécialisés) et en encourageant les coopérations entre professionnels de santé, indépendamment de leur statut et de leur lieu d'exercice* ». **R. MARIÉ**, « *A la recherche d'une plus grande transversalité des formations et des métiers de la santé* », Dalloz, RDSS, 2019, p. 74.

[1673] Au risque de basculer vers des raisonnements visant davantage à incriminer l'usager plutôt qu'à le protéger, et ceci en parfaite contradiction avec notre système juridique de protection de la santé publique préservant avant tout le malade. En allant encore plus loin, l'ensemble du raisonnement juridique vise à protéger la partie faible, et certainement pas à l'incriminer. Pour un exemple : « *Les États, mis en quasi-faillite par les gabegies boursières de 2008, peu animés d'une volonté d'une collecte juste et équitable de l'impôt et confrontés dès lors à des déficits abyssaux mais programmés des finances publiques, entendent imposer à l'homme de la rue et aux entreprises publiques ou quasi publiques – dont les institutions psychiatriques font partie – des règles de gestion strictes. Pire ! Un courant de pensée entend imposer ces règles non pas uniquement comme un cadre gestionnaire destiné à « encadrer » les pratiques de soins, mais comme un modèle en soi de pratique de soins. Des chroniqueurs comme le Dr Theodore Dalrymple, qui semble très écouté par des hommes politiques influents, en Belgique comme en Grande-Bretagne, vont même jusqu'à suggérer que nos concitoyens tombent malades parce qu'ils ont commis des « fautes de gestion » dans la gouvernance de leur corps et de leur existence et parce que les dispositifs actuels de sécurité sociale et de soins les encouragent à persister dans leurs erreurs en les déresponsabilisant* ». **S. HENDRICK**, « *Les dérives de l'idéologie gestionnaire dans le champ de la santé mentale* », Thérapie Familiale, vol. 39, no. 1, 2018, pp. 79-106.

[1674] D'autant plus qu'il peut être parfois difficile d'appliquer les principes de santé publique dans la pratique quotidienne. Cet axe de critique est évoqué de longue date, certaines études ont pu notamment mettre en lumière une « *approche restrictive de la santé publique* » des infirmiers au sein des hôpitaux. Sur ces questions : **J. POMMIER, A. LAURENT-BEQ, B. BEURRIER, S. FIDAN, L. GUILHEM, L. JEANDEL, V. LIGOURE, V. THOMAS**, « *La perception de la santé publique des infirmières à l'hôpital* », Santé Publique, vol. 16, n°2, 2004, pp. 383-392.

le plan économique et visant à partager la recherche de performance[1675]. Ainsi, il est primordial de tenir compte des propos précédents, et en conséquence d'accorder une valeur économique aux tenants et aboutissants de la prise en charge[1676]. En effet, certains éléments sont aujourd'hui négligés pour se focaliser sur les différents actes techniques à réaliser[1677]. Il en résulte un sentiment d'oubli quant au quotidien, et donc une incompréhension aboutissant à un rejet.

711. Pour répondre à ces difficultés, il a pu notamment être préconisé de non-seulement réformer la T2A[1678] mais également de la compléter, en proposant par exemple de « *soutenir des modèles alternatifs de paiement pour les professionnels de santé valorisant la mise en application des*

[1675] Pour un exemple : « *l'amélioration de la pertinence, si elle constitue une économie pour la collectivité, peut se traduire pour un professionnel ou une structure de santé par la diminution de son activité et donc de ses revenus et ainsi constituer un motif d'opposition à l'action, implicite ou explicite. L'impact financier pour les acteurs doit donc être anticipé et évalué a priori. L'action doit tenir compte de cette dimension et prévoir une forme de valorisation des acteurs professionnels, par exemple à travers un partage des gains, un redéploiement d'activité au profit d'activités plus pertinentes ou encore la mise en avant de gains sur l'organisation ou les conditions de travail* ». CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019, Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019 (loi du 13 août 2004), Juillet 2018, p. 131.

[1676] « *Les choix stratégiques actuels en valorisant les mondes civique, marchand et industriel – et dont les corollaires sont la compétition et la performance – vont de paire avec une montée en puissance de la technicité, de la multiplicité des tâches administratives et du renforcement des sollicitations de la part des malades et de leur famille. En ce sens, la nouvelle gouvernance hospitalière caractérise-t-elle une forme de régression en donnant les pleins pouvoirs aux directeurs d'établissement ? Dans cette perspective, comment assurer l'autonomie professionnelle caractéristique de la bureaucratie professionnelle ? D'autant qu'une pénurie de médecins et de personnel para-médical semble annoncée et qu'une étude prospective menée par l'Office National de l'Emploi (ONEM) prévoit des ruptures fortes sur ces métiers dits « sensibles » : aide-soignant, infirmier, cadre de santé…* ». **C. RUILLER**, « *Le caractère socio-émotionnel des relations de soutien social à l'hôpital* », Management & Avenir, vol. 52, no. 2, 2012, pp. 15-34.

[1677] Par suite, « *le postulat de l'optimisation de l'organisation reposant sur la spécialisation trouve ses limites pour les tâches et les processus complexes qui nécessitent à la fois polyvalence et coordination. Les innovations étudiées montrent la nécessité de dépasser la spécialisation des tâches et des fonctions afin de développer « le faire-ensemble » qui constitue un enjeu fondamental de l'hôpital* ». **T. NOBRE**, « *L'innovation managériale à l'hôpital. Changer les principes du management pour que rien ne change ?* », Revue française de gestion, vol. 235, no. 6, 2013, pp. 113-127.

[1678] En proposant notamment de « *réformer le modèle de paiement hospitalier (Tarification à l'activité, T2A) afin d'assurer que l'offre de soins soit alignée avec les objectifs du système de santé dans son ensemble (qualité des parcours de soins, efficience, coordination, etc.). Les prix pour les hôpitaux doivent refléter les coûts des meilleures pratiques en intégrant l'éducation thérapeutique et la coordination des soins* ». **Z. OR, C. GANDRÉ, G. WHARTON**, « *Soutenabilité et résilience du système de santé français* », IRDES, Document de travail n°88, Juin 2022, p. 20

bonnes pratiques cliniques et l'atteinte de bons résultats de soins tels que les paiements au forfait ou la capitation (dans une approche populationnelle) plutôt que les paiements basés sur le volume tels que la rémunération à l'acte »[1679]. En conséquence, il convient de s'intéresser à la valorisation du facteur temps[1680]. Et donc ne plus seulement considérer que ce n'est pas mesurable. Il s'agit d'un savoir-faire, d'une importance capitale, et qui constitue la réelle valeur ajoutée d'une prise en charge. Cette transition permettrait de reconnaitre la qualité du travail fourni par les équipes, et leur faire comprendre que celui-ci participe à la recherche de performance et n'est pas, au contraire, un frein à celle-ci qu'il faudrait réguler. Mais surtout, cette transition permettrait un changement de logique au sein de laquelle l'outil contractuel présentera un réel intérêt. En effet aujourd'hui la recherche de performance semble subie par les équipes[1681], tant ces dernières sont soumises à des injonctions contradictoires. A savoir réaliser le plus d'actes possibles en peu de temps et avec des moyens pour le moins

---

[1679] Les auteurs estimant que ces propositions rendraient le financement français « *plus soutenable et plus résilient* ». *Ibid.* p. 20.

[1680] D. JAFFRE pointe notamment du doigt un exemple de difficulté lié à la prise en compte du temps long dans la prise en charge, avec la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique : « *selon une vision économique de l'efficience, les établissements de santé ont donc intérêt à faire le plus d'activités possibles pour maximiser leurs recettes et prendre en compte les GHM les plus rémunérateurs. Dès lors, ce mode de financement n'est absolument pas incitatif pour prendre en charge les personnes en situation de handicap psychique, qui nécessitent, on l'a déjà dit, du temps, de la formation, de l'accompagnement et un environnement particulier (par exemple, un examen de scanner mobilisera au moins une heure l'équipement). Car ces spécificités ne sont absolument pas reconnues et prises en compte dans les tarifs, et il n'existe pas de MIG. Il n'est donc pas étonnant, dans un contexte contraint où les établissements de santé, publics et privés doivent être le plus performants, que les personnes en situation psychique aient beaucoup de mal à accéder à l'hôpital pour les soins somatiques de spécialité. Là encore, on retrouve le phénomène de sélection adverse des malades* ». **D. JAFFRE**, « *Mode de financement et inaccessibilité aux soins* », Objectif soins & management. La revue des cadres de santé, n°227, janvier 2014, pp. 34-37.

[1681] Par suite, s'agissant de l'incitation des « *acteurs à rechercher une optimisation rationnelle de leurs organisation et modes de fonctionnements, afin de tirer le meilleur parti du nouveau cadre qui leur est imposé* » : « *lorsque l'on se porte du côté de l'organisation des activités de production des soins (la prise en charge des patients et l'organisation de leurs séjours), le constat est plutôt celui d'une incapacité des acteurs à définir des stratégies de changement. En particulier, les nouveaux outils de gestion des pôles et services « embrayent » difficilement sur les organisations, dans le sens où ils sont rarement des facteurs déclenchant de projets de changement. La T2A a en quelque sorte enfermé les acteurs dans un paradoxe dont il leur est difficile de sortir pour plusieurs raisons. Elle apparaît comme un mécanisme simple dans son principe, aisé à comprendre, qui tend de ce fait à focaliser l'attention sur l'optimisation des recettes, dans des contextes souvent tendus sur le plan financier. Toutefois, lorsqu'il s'agit de concrétiser cette orientation, les acteurs se trouvent face à une difficulté importante de construire un lien « contrôlable » entre leur organisation et l'efficacité économique, et la recherche des leviers d'action opérationnels est extrêmement complexe* ». **M. PEPIN, J-C. MOISDON**, « *Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Étude qualitative d'un échantillon de huit établissements* », *op. cit.*, pp. 21-22.

limités[1682]. Par suite, leur cadre d'exercice se trouve fortement contenu et ce qui fait le cœur de leur métier, le prendre soin, est aujourd'hui réduit aux dimensions déontologiques et disciplinaires, et se trouve insuffisamment pris en compte au sein des principes de santé publique.

712. Avec l'accroissement du recours au contrat[1683], il deviendrait possible, non plus d'imposer une attitude performancielle, mais bien de la générer. Les établissements de santé pourraient se positionner et mettre dans la balance leur savoir-faire, pour obtenir par la suite une gratification[1684]. Celle-ci se justifierait par la seule plus-value dont le patient bénéficierait. Ce système ferait la part belle à l'initiative, et pourrait mettre en lumière une certaine synergie au sein des structures[1685]. Là-encore, la conséquence pourrait donc être un basculement vers une quête de performance partagée, et non plus infligée.

[1682] Ainsi, « *la non-pertinence recouvre à la fois des problématiques de surutilisation (des interventions pratiquées inutilement, sans valeur ajoutée pour le patient – overuse, low value care) et de sous-utilisation (des interventions qui ne sont pas réalisées alors qu'elles auraient bénéficié au patient – underuse). Cependant, en pratique, c'est la première facette qui domine largement les discours, les analyses et les politiques. On ne compte d'ailleurs plus les publications d'estimations, toujours spectaculaires, de dépenses inutiles et de gaspillages qui seraient liés à la non-pertinence et à la non-qualité (…). On ne trouve pas, symétriquement, de chiffrages globaux concernant la sous-utilisation. De fait, la notion de pertinence est assez systématiquement associée à l'idée d'excès de soins* ». **D. POLTON**, « *La pertinence : trop ou trop peu de soins ?* », Revue française des affaires sociales, n°3, 2019, pp. 139-148.

[1683] La multiplication des dispositifs contractuels est bien connue dans le domaine de la santé. Plusieurs exemples pourraient être envisagés. Ainsi, en matière de lutte contre les déserts médicaux : **D. JAFFRE**, « *CAIM, COTRAM, COSCOM, CSTM, quèsaco ?* », Objectif soins & management. La revue des cadres de santé, n°253, février 2017, pp. 30-33.

[1684] Cela peut parfaitement se matérialiser à travers une déclinaison verticale de la relation contractuelle : tutelle/établissement, établissement/personnel. Si cette matérialisation sera nécessairement plus complexe au sein de la fonction publique, avec la mise en place des pôles de manière institutionnalisée, cette organisation reste parfaitement envisageable bien que complexe. Elle pourrait en outre être exigée dans le premier niveau de contrat dans le cadre de la politique de régulation. Cela constituerait, certes, un nouveau levier de contrainte, mais cette fois-ci porteur de sens, et sans doute davantage accepté des équipes.

[1685] Synergie qu'il convient sans cesse de rechercher, et une orientation en ce sens faciliterait immanquablement les choses. Dans cet ordre d'idée, Anne ALBERT-CROMARIAS et Catherine DOS SANTOS donnent un exemple d'innovation managériale au sein d'un centre de lutte contre le cancer, et surtout d'une conciliation possible entre les réalités économiques, pratiques et sanitaires : « *Sous la contrainte économique mais également la capacité d'accueil des patients, le CLCC limite la durée d'hospitalisation d'un patient et privilégie souvent la chirurgie ambulatoire. En effet, il s'avère moins coûteux et moins pénalisant pour le CLCC de privilégier l'ambulatoire plutôt que l'hospitalisation, quitte à payer au patient qui vient de loin une nuit d'hôtel, ce qui constitue un paradoxe d'exécution. Afin de satisfaire aux besoins de prise en charge et de santé du patient, la formation des infirmiers*

713. Répondre à une chimère : l'éthique est-elle chiffrable ?[1686] Par suite, ces évolutions permettraient de dépasser un postulat compréhensible mais sources de limites contreproductives. En effet, il est souvent retenu que la relation de soins, et la prise en charge, dans leur dimension relationnelle, ne peuvent pas être chiffrées, et donc pas être évaluées en argent. Il existe un sentiment poussant à considérer que ces éléments, confinant à l'éthique, ne sont pas compatibles avec la sphère économique[1687]. A dire vrai, le propos s'entend plutôt. Il est évident que cette discipline ne se tarifie pas comme n'importe quelle relation mercantile[1688]. Par suite, « *un acte ou un parcours n'est pas pertinent de manière absolue, mais*

---

s'avère indispensable. Mais le CLCC demeure contraint par une activité importante et des effectifs limités. Répondre à ce paradoxe d'exécution passe par convaincre les gestionnaires que la formation des infirmiers peut avoir à long terme un effet sur la réduction des coûts et/ou sur l'augmentation de l'activité rémunérée. Ici, le CLCC répond par l'IM en transformant l'organisation afin d'adapter la structure. En effet, afin de faire face aux contraintes économiques tout en satisfaisant les besoins de santé des patients, l'établissement restructure ses services en fonction du parcours patient en privilégiant le développement de nouveaux processus de prise en charge (ambulatoire, etc.). Cette transformation est permise grâce, d'une part, au comportement de la direction qui s'implique dans la prise en charge du patient (notamment via des questionnaires de satisfaction) et gagne en légitimité par une présence et une immersion sur le terrain, et d'autre part, à l'appui des cadres pour concevoir et mettre en œuvre le changement après concertation avec le corps médical ». **A. ALBERT-CROMARIAS, C. DOS SANTOS**, « *Les paradoxes dans un établissement de santé : reconstruire du sens par l'innovation managériale* », Recherches en Sciences de Gestion, vol. 137, no. 2, 2020, pp. 39-62.

1686 Sur ces questions : **M. GADREAU**, « *Économie et éthique en santé du calcul au jugement de valeur* », Revue de philosophie économique, vol. 10, no. 1, 2009, pp. 3-17.

1687 « *Alors pourquoi éthique et économie semblent-elles vouées à s'opposer ? C'est qu'on a affaire à deux systèmes de valeurs trop éloignés l'un de l'autre. Avec l'éthique et le colloque médecin-malade, nous sommes dans la culture de l'homme singulier, de l'individuel et sur le registre de l'humanisme. Avec l'économie et la gestion, prévaudrait la culture de l'abstraction collective, du rationalisme froid. Voilà qui entre en résonance avec la sécheresse abstraite et globalisante du raisonnement économique, celui par exemple de l'indispensable compatibilité du niveau des tarifs des GHS avec le respect de l'Ondam hospitalier. Mais alors, le débat éthique / économie risque de virer à la caricature : le cœur et l'humain face à la raison et aux chiffres, le souhaitable face au faisable, l'absolu face au compromis, l'homme unique face à l'abstraction collective. Essayons de dépasser cette vaine impression d'inexorabilité dans le clivage éthique-économie* ». **M. HAMON**, « *« Éthique et économie : de l'incompréhension à la conciliation »* », Journal de gestion et d'économie médicales, vol. 33, no. 2, 2015, pp. 126-128.

1688 Dans le même ordre d'idée, il convient de retenir que « *les déterminants de la pertinence sont multiples et systémiques : ils touchent à la culture, aux connaissances et aux croyances, aux biais de raisonnement – ceux des cliniciens comme ceux des patients - ; à l'organisation du système et aux incitations financières qui peuvent favoriser certaines activités ; mais aussi aux relations humaines (celle entre le médecin et le patient en premier lieu) et aux rapports de pouvoir entre différentes parties prenantes (communautés professionnelles, industriels…)* ». **D. POLTON**, « *La pertinence : trop ou trop peu de soins ?* », *op. cit.* ; L'auteur cite également : **V. SAINI, S. GARCIA-ARMESTO, D. KLEMPERER, V.**

relativement à des facteurs qu'il peut être difficile d'apprécier en dehors de la relation clinique et du colloque singulier médecin-malade. La pertinence, si elle a des conséquences sanitaires ou économiques collectives, demeure une notion où la part prise individuellement par chaque professionnel de santé et chaque patient joue un rôle prépondérant »[1689]. En dépit du comportement clientéliste de l'usager, l'échange n'est en rien égalitaire, tant dans le savoir que dans les possibilités. A ce titre, la célèbre maxime « *le client est roi* »[1690] ne trouve pas véritablement d'écho en la matière puisque s'il peut choisir son praticien[1691], ou plutôt son établissement, il ne peut choisir sa prestation à proprement parler. Il n'a ainsi le pouvoir que de consentir, ou de s'y opposer. Dès lors que la relation est contrainte, d'autant plus que l'usager fait preuve de vulnérabilité, il devient évident qu'elle ne peut pas être assimilée à une situation commerciale classique[1692]. Plus encore, comme l'explique Nicolas TANTI-HARDOUIN, « *on a eu tendance très tôt à considérer le bien santé comme un simple bien marchand dans la catégorie des services échangeables sur un marché. Le*

PARIS, A. G. ELSHAUG, S. BROWNLEE ; J. P. A. IOANNIDIS, E. S. FISHER, « *Drivers of Poor Medical Care* », Lancet, 390, pp. 178-190.

[1689] CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, *op. cit.*, p. 129.

[1690] « *Une autre évolution de la relation client est capitale, même si elle est diffuse. Il s'agit de l'irruption du client dans des secteurs d'activité traitant jusque-là avec un usager (service public), un patient (hôpital), un étudiant ou un élève (système éducatif). Cette mutation amène à repenser la relation client avec des personnes « au contact », qui ne pratiquent pas d'acte de vente mais ont un fort impact sur la performance commerciale globale* ». **I. BARTH**, Le management commercial, Dunod, 2017, p. 124.

[1691] Dans les faits cela reste à démontrer en matière d'hospitalisation. Encore faut-il que cela soit possible évidemment. Rappelons tout de même que l'article L. 1110-8 du code de la santé publique prévoit que des limitations peuvent être apportées à ce principe « *en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux* ».

[1692] D'autant plus que, à propos de la « participation des usagers dans les projets de santé publique », mais dans une dimension largement analogue à la présente étude, Marie FAVRE, Marylise LAINARD et Laura LOISEAU retiennent que « *dans une approche traditionnelle, les professionnels ne rendent pas toujours compte des difficultés vécues par les malades mais restent dans une relation de « paternalisme médical » et de réponses à des besoins par des services* ». Les auteurs citent Pierre LASCOUMES qui « *note une évolution des pratiques de santé* », et affirme que « *le temps est passé où le patient (celui qui souffre) s'en remettait au savoir-faire unilatéral de celui qui pouvait le soigner* ». Finalement, ils ajoutent que « *nous passons donc à une logique où les interactions entre individus représentent des stratégies des sujets que les acteurs de santé doivent prendre en compte. On oppose ici la notion de besoin, habituellement utilisée par la santé traditionnelle, à celle de stratégie des individus, dans un positionnement interactionniste* ». En conclusion, ils considèrent que le « *savoir profane* » de l'usager « *n'est pas reconnu et en ce sens l'égalité entre les acteurs (…) n'est pas effective. On substitue alors au droit des usagers à participer, une logique de procédure administrative qui n'offre pas les moyens de leur expression* ». **M. FAVRE, M. LAINARD, L. LOISEAU**, « *Participation des usagers dans les projets de santé publique : réalités et paradoxes* », Spécificités, vol. 5, n°1, 2012, pp. 139-152.

fait est qu'une consultation médicale a un prix (conventionné mais non fixé par le marché) et que le patient décide par lui-même d'aller chez le praticien. Il y a donc une liberté d'échange dans le système de santé sauf que cette liberté est toute relative puisque lorsque la maladie s'impose à nous, le choix du soin est impératif contrairement à d'autres consommations où la liberté de consommer ou non est totale »[1693].

714. Pour autant, rester sur ce postulat génère un échec pratique certain. En effet, elle pousse à considérer ces éléments comme acquis, voire même à les assimiler à des prérequis. Ceci génère paradoxalement un cadre où ces derniers ne sont que peu développés[1694]. On affirme ces principes, et notamment leur caractère fondamental, on exige leur application, sans pour autant les définir davantage. Plus encore, leur importance primordiale conduit à une valorisation insuffisante[1695]. Finalement, il en découle une prise en charge où les composantes techniques sont plus largement traitées que les composantes fondamentales. L'ensemble faisant ainsi perdre en effectivité, et reléguant ces droits à des éléments de vitrine. En conséquence, il semble qu'il faille aller au-delà du rejet de l'analyse chiffrée[1696],

---

[1693] **N. TANTI-HARDOUIN**, « *Éduquer les soignants dans le sens d'une bonne économicité du système de santé* », *op. cit.*, p. 117.

[1694] Car finalement, si l'affirmation est importante, elle ne suffit pas sans contrepartie. En la matière, la levée de bouclier n'est plus efficace, et laisse la main à l'édiction de fonctionnement qui pourrait être contraire à l'éthique ainsi qu'aux principes de santé publique.

[1695] Ce qui peut d'ailleurs se justifier par la faible qualité de l'évaluation économique des politiques publiques. En ce sens, Didier JAFFRE retient que « *dans la plupart des cas, les politiques publiques font rarement l'objet de véritables évaluations économiques. La santé n'échappe pas à cette règle. Tout au plus dispose-t-on d'analyse de moyens et de bilan de mises en œuvre, mais jamais d'évaluation selon une méthode coût-bénéfice. Car les décisions prises ont souvent des effets à très long terme, alors que les coûts sont supportés tout de suite ; ce qui conduit souvent à des politiques de très court terme, alors même que dépenser plus aujourd'hui pourrait permettre d'économiser beaucoup à long terme. Mais, hélas, les décideurs des coûts ne sont pas ceux qui auront les bénéfices de demain. C'est toute la problématique des choix politiques* ». **D. JAFFRE**, « *L'évaluation en économie de la santé* », Objectif soins & management. La revue des cadres de santé, n°242, janvier 2016, pp. 32-33.

[1696] Ainsi, « *dans le cadre d'une enveloppe de ressources disponibles, fixée a priori, les partenaires de santé sont confrontés à l'obligation d'optimiser l'utilisation de ces ressources pour l'intérêt général des populations. Entre deux alternatives de soins acceptables et acceptées par les patients et les professionnels de santé, elle qui apporte une qualité égale ou supérieure pour un coût moindre doit être privilégiée. Cette dynamique dégage les économies réalisées sous la forme de ressources disponibles pour d'autres soins et d'autres patients* ». **M. MÉREAU, T. LEBRUN, C. BERCEZ**, « *Nouveaux enjeux pour l'évaluation médico-économique* », ADSP, n°35, juin 2001, p. 16.

mais plutôt considérer cette dernière comme une opportunité de valoriser les pratiques quotidiennes.

715. **Intéressement par la valorisation (économique) des pratiques**. En définitive, la valorisation économique peut parfaitement permettre de régler quelques difficultés associées à la recherche de performance au sein des établissements de santé. En effet, cette évolution aurait pour vertu de concilier des domaines qui, aujourd'hui, s'opposent brutalement, au point que le dialogue semble rompu. En la matière, alors que le Droit pourrait avoir un impact limité sur l'exercice quotidien, celui-ci ayant pour but de définir un cadre pour les acteurs, il se verrait ici attribuer une mission visant à lier ces différents secteurs, autour toujours d'un cadre commun, la santé publique[1697].

716. Celui-ci pourrait fonctionner autour d'une logique d'objectifs, fixés par les autorités à travers leur rôle de régulation, dans laquelle les professionnels de santé pourraient s'investir, mettre en valeur leurs savoir-faire, et être récompensés en ce sens. Le système juridique actuel, tel qu'il est défini aujourd'hui, met de côté ces éléments, et ne valorise pas suffisamment les qualités des équipes qui le composent et y exercent. En conséquence, la performance est subie, et non pas fédératrice. Pour répondre à cette difficulté, un fonctionnement posant des attentes, et générant des récompenses serait des plus positifs. Cela stimulerait l'esprit d'initiative des équipes aujourd'hui limité, pour des raisons parfaitement légitimes et qu'il convient malgré tout de conserver mais cependant d'adapter. L'idée étant de ne plus limiter le professionnel à un simple rôle d'exécutant[1698],

---

1697 Et permettant ainsi de tenir compte des difficultés associées à réunir l'ensemble des dimensions du soin. A ce titre : « *Dans le domaine de la santé, l'affrontement entre logique quantitative (approche marchande et managériale) et qualitative (bien-être public) aboutit à un monde paradoxant (…) amenant à une polysémie des discours. En effet, ce double mouvement donne lieu à des paradoxes qui mettent à mal l'articulation entre ces régulations venues d'en « haut » (niveaux national et régional) et les dynamiques de terrain : performance économique versus qualité ; cadres réglementaires et normatifs versus personnalisation de la prise en charge ; cloisonnement professionnel et institutionnel versus continuité de l'intervention auprès des patients et usagers …* ». **A. ALBERT-CROMARIAS, C. DOS SANTOS**, « *Les paradoxes dans un établissement de santé : reconstruire du sens par l'innovation managériale* », *op. cit.*

1698 Alors même que les nombreuses contributions au Ségur de la santé montrent bien la volonté des équipes de s'investir davantage, tant au sein même des structures qu'au sein de la politique de santé publique dans sa globalité. A titre d'exemple, l'ONI propose de faire des infirmiers les « *pivots entre la ville et l'hôpital* », alors que le SNMKR suggère d'intégrer « *la kinésithérapie comme soin de recours essentiel dans la politique de santé publique* ».

profondément déshumanisant et peu stimulant, afin de lui conférer une réelle chance de s'investir et de participer à la recherche de performance des établissements de santé.

717. **Transition**. En conséquence, il apparait que pour être efficace et arriver à ses fins, la recherche de performance devrait susciter l'investissement chez les acteurs, plutôt qu'être constamment imposée. En effet, cette quête se justifie à plus d'un titre. De plus, elle a généré bon nombre de bienfaits. Pour autant, elle finira par s'annuler si elle continue de raisonner en termes contraignants. La confiance du terrain doit être privilégiée.

Voir en ce sens les différentes contributions au Ségur de la santé : « *Proposition du SNMKR pour le Ségur de la santé 2020* », 2020, p. 12 ; ONI, Contribution au Ségur de la Santé de l'Ordre National Infirmier, 2020 pp. 29-30.

Conclusion du chapitre

718. Face aux développements précédents relatifs à la construction du modèle économique de l'hospitalisation, et notamment de la tarification, présenter les vices associés pouvaient sembler relever de l'évidence. En effet, une logique de productivité s'accorde assez peu par principe au monde soignant. Ainsi, une étude de la tarification à l'activité permet d'isoler rapidement des effets pervers, notamment une démarche inflationniste et potentiellement sélective. Surtout, cette logique productiviste influe sur l'ensemble du fonctionnement quotidien, et conditionne donc l'exercice professionnel lui-même.

719. S'agissant de la construction de l'offre, la régulation peine parfois à convaincre de par la méthodologie employée. Trop souvent limitée à un simple processus de rationalisation, pour ne pas dire de rationnement, elle ne parvient pas à fédérer autour de son objectif de pertinence, et donc d'efficience. En ce sens, elle doit devenir participative et collaborative, afin de mobiliser l'ensemble des acteurs en son sein. Ceci valant tant pour la définition des choix collectifs en matière de santé, qu'à la mise en valeur de la relation ville-établissement de santé, indispensable pour traiter des inégalités potentielles, ou encore de problématiques ciblées telles que la question des urgences.

720. Concernant la tarification cette fois-ci, il paraît tout aussi évident qu'un modèle de construction unique n'est pas pertinent pour valoriser le fonctionnement hospitalier dans toute sa complexité. Un message qui semble par ailleurs partiellement reçu par les pouvoirs publics. Cela étant, un dépassement des blocages entre démarche éthique et économique doit être effectué dans un souci de pédagogie. Plus encore, la prise en compte de la qualité des soins, l'intéressement des acteurs aux objectifs de santé publique et la tarification au parcours doivent devenir centraux. Pour cela, il faut bien admettre que pérenniser les entreprises en cours peut déjà constituer une avancée majeure.

Conclusion du titre

721. Après avoir démontré que la quête de performance était source d'imperfection en matière de prise en charge, il fut nécessaire de s'attarder sur les difficultés générées par la logique de productivité imposée aux établissements de santé. En effet, la rationalisation de leur fonctionnement et les modalités d'exercice professionnel définies par un cadre économique particulièrement contraint ont profondément heurté le quotidien des structures. Cela étant, nonobstant les apports incontestables d'une telle mécanique, dans un contexte exigeant une multiplication des actes réalisés, il n'en demeure pas moins que ces développements sont souvent en contradiction avec les objectifs de santé publique, paraissant placer le patient au centre de cette politique.

722. S'agissant de la démarche qualité, alors qu'elle vise l'amélioration constante des pratiques, elle se résume essentiellement à la mise en place d'une construction à la fois technocratique et sécuritaire. Celle-ci ne parvient donc pas à susciter une forte approbation des soignants, ce qui limite immanquablement son effectivité. Quant au patient, il n'est pas toujours en mesure de percevoir les tenants et les aboutissants de cette démarche, tant la pédagogie en la matière est défaillante. Plus encore, le manque d'ambition est évident, tant le choix des éléments contrôlés ne reflète pas toujours le quotidien hospitalier. En conséquence, l'impact sur les établissements est bien trop réduit, faute d'une réelle volonté. Pour résoudre cette situation, il apparaît indispensable d'opter pour une construction globale, visant à la fois l'inclusion et la continuité.

723. Quant au volet économique, alors qu'il suscite le plus grand nombre de critiques, il appelle en tout premier lieu à la mesure. La mise en place du système juridique présente d'indéniables vertus sur les plans sanitaire et éthique. Pourtant, la définition des choix collectifs souvent défaillante et l'étouffement des acteurs par un modèle de tarification ne visant que la production, parfois en dépit de la pertinence, mettent aisément en lumière tout ce qui n'est pas performant dans le fonctionnement hospitalier. Pour résumer le propos, il suffirait de dire que rationaliser n'est pas rationner, ce qui semble souvent être oublié. En conséquence, une transition vers l'intéressement et le dépassement de la seule prise en

charge ponctuelle est une piste que les pouvoirs publics sont enclins à emprunter. Un choix qu'il convient d'encourager avec force.

Conclusion de partie

724. En dépit des bienfaits précédemment évoqués en première partie, il n'en reste pas moins que la recherche de performance attendue des établissements de santé génère de très nombreuses insuffisances. Ceci pouvant expliquer, en partie, la crise hospitalière actuelle et le vécu qui y est associé. En outre, alors que cette quête visait par principe la maximisation, objectif vraisemblablement atteint, elle n'a pas nécessairement anticipé toutes les conséquences qui peuvent en découler. A ce titre, la perte de sens semble s'être généralisée, pour ne pas dire normalisée au sein des structures, et ceci que l'on parle des patients ou des professionnels eux-mêmes.

725. En effet, il était important de s'attarder sur les acteurs qui composent les établissements, car ils sont les plus impactés par ces contradictions permanentes qui contrastent avec les objectifs inhérents à la santé. Alors que l'accompagnement doit être au cœur de la prise en charge soignante, il se trouve forcément délaissé face à une logique de productivité dans laquelle un établissement performant est un établissement qui réalise de nombreux actes. Plus encore, il s'en suit une connexion entre les modalités de financement et la définition du champ d'action des professions. En tout état de cause, la performance se résume parfois à ce qui est quantifiable, mesurable, au détriment certain de ce qui fait le soin. Finalement, à force de considérer l'humanité comme un prérequis de la santé, on arrive à la mise en place d'un système qui ne traite plus cette qualité, ceci justifiant grandement le malaise, pour ne pas dire le rejet dont celui-ci fait l'objet.

726. S'agissant du rôle du Droit dans les changements à mener, ces développements appellent le juriste à faire preuve de modestie quant à la valeur réelle du travail réalisé. Car à la lecture des législations adoptées en flux tendu depuis près d'un siècle, tout laisse à penser qu'un régime juridique laissant une large place au patient tout en ménageant un exercice professionnel pertinent mais libre a été mis en place. A l'évidence, le réel conteste très largement le prescrit. Tout ceci permet d'envisager une refonte, non pas de la logique de fonctionnement d'ensemble, mais bien de la pédagogie, et surtout du liant entre chacune des réalités du quotidien des établissements.

Conclusion générale

« Nous sommes abusés par l'apparence du bien »[1699]

§1 : Clarification des apports de la recherche de performance

727. **Présentation générale**. Il est toujours de bon ton de critiquer inlassablement la performance. En effet, on lui attribue souvent tous les maux des établissements de santé[1700]. Ces derniers devraient seulement avoir pour vocation de recevoir leurs patients, reléguant les dimensions stratégiques et économiques au second plan. Ainsi, les différents principes éthiques inhérents à la relation de soins sont souvent brandis en renfort de ce postulat. Dès lors, il peut paraitre surprenant d'évoquer en première partie de ce propos les bienfaits de la performance. Pour autant, ce cheminement est cohérent. En outre, la résistance à cette recherche peut parfois être due à une certaine réticence au changement[1701], pourtant

[1699] Du latin « *Decipimur specie recti* », traduit par Renzo TOSI et Rebecca LENOIR. Cette formule issue de *l'Ars Poetica* d'HORACE, renvoie à une critique littéraire. Comme les auteurs l'expliquent dans leur analyse de cette citation, « *les poètes sont souvent trompés par l'apparence du bien : cherchant à être concis, ils deviennent obscurs, visent au sublime ou trouvent l'enflure, et la crainte d'un défaut les conduits dans un vice pernicieux* ». Là-encore, ce raisonnement est parfaitement transposable à la présente étude. En effet, les bienfaits de la recherche de performance sont incontestables. Mais à tenir la pertinence de cette recherche pour acquise, et à user de formules parfois disproportionnées, voire clairement exagérées, il en résulte un système dans lequel l'ensemble des acteurs peinent à se retrouver. **R. TOSI**, Dictionnaire des sentences latines et grecques, traduit de l'italien par Rebecca LENOIR, Jérôme MILLON, 2010, p. 1565.

[1700] On s'interroge aussi parfois, de manière plus constructive, quant à savoir s'il est possible de « *concilier éthique et performance en santé* ». Avis du Comité éthique de la FHF, « *Est-il possible de concilier éthique et performance en santé ?* », 31 octobre 2019.

[1701] Il est possible ici de rappeler les propos de René AMALBERTI qui parlait de « *l'installation rapide d'une culture positive du changement »* comme d'un *« défi ».* **R. AMALBERTI**, « *La sécurité des patients : évolution des concepts et des politiques* », *op. cit.*

indispensable pour tenir compte de l'influence du progrès[1702], mais également pour répondre aux exigences sociétales en matière de santé publique.

728. En conséquence, à travers une approche thématique des composantes du fonctionnement des établissements de santé, il peut être avancé une amélioration constante de ces dernières, avec une logique permanente de recherche de performance. A ce titre, l'accueil patient associé aux pratiques médicales ont pu bénéficier de cette quête, et le régime juridique en vigueur en est un parfait reflet. Par suite, la démarche qualité, à travers notamment son évaluation, et l'efficience économique générée ont permis de nombreuses avancées.

729. **Amélioration constante de l'accueil**. Ainsi, les conditions d'accueil au sein des établissements de santé font l'objet d'un perfectionnement constant. Notamment s'agissant de leurs modalités. En effet, l'adaptation en fonction des différentes prises en charge est un sujet toujours plus actuel, alors que le développement de professions spécialisées témoigne d'une volonté permanente de croissance du champ des possibles. Par ailleurs, dans cette construction, la place de l'usager se renforce, tant au niveau de leur participation[1703] que de la place primordiale accordée à leurs droits[1704].

730. **Amélioration constante des pratiques**. Plus encore, les pratiques elles-mêmes au sein des structures de soins se sont améliorées, au point de faire de ces dernières des hauts-lieux de performance. La mise en place de professions spécialisées a poussé les pouvoirs publics à encadrer les actions à réaliser, atteignant ainsi une standardisation particulièrement

---

[1702] Ainsi, pour un bref retour historique, « *l'histoire de l'hôpital permet ensuite de retracer nombre de conquêtes dans le domaine de la santé (…). L'histoire de l'hôpital est constitutive de l'histoire du système de soins : l'hôpital est un agent de propagation des soins, permettant une amélioration de l'état de santé des populations* ». **S. CHAUVEAU**, « *Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles ?* », Santé et Histoire, Les Tribunes de la santé, Presses de Sciences Po, 2011, n°33, pp. 81-89.

[1703] **G. ROUSSET**, « *La représentation des usagers depuis la loi du 4 mars 2002. Un dispositif en construction permanente* », *op. cit.*

[1704] **B. PY, S. CONTET (Dir.)**, 20 ans de la loi du 4 mars 2002 – Droit des patients – quid novi ?, LEH Édition, A la croisée des regards, 2022.

sécurisante pour l'ensemble des acteurs[1705]. Par suite, une régulation plus soucieuse de l'indépendance professionnelle a vu le jour à travers la matérialisation du droit souple[1706].

731. Logique de recherche permanente de performance. Par suite, il résulte de ces éléments le développement d'une recherche permanente de performance. En outre, le déploiement de la démarche qualité assortie à la prépondérance de l'efficience économique dans le modèle de gestion ont conduit les établissements de santé à un authentique questionnement quant à la pertinence de leur action à tous les niveaux. Médical bien sûr, mais aussi et surtout à travers la mise en place d'un fonctionnement reposant sur l'évaluation des différentes composantes.

732. Apport juridique : l'encadrement. Dans ce système, le Droit joue davantage un rôle d'encadrement, ce qui, semble-t-il, constitue sa vocation première. Ainsi, en plaçant le patient au centre de toutes les étapes du système, il a permis de faire en sorte que le sort de ce dernier influence l'ensemble des politiques de l'établissement[1707]. Son rôle justifie également l'organisation de ce propos, puisque le système mis en place est, d'apparence, tout à fait pertinent, et n'invite pas, en dépit des critiques formulées, à une révolution.

§2 : Limites de la recherche de performance

733. Présentation générale. Pour autant, les propos positifs et optimistes précédents doivent être relativisés. Si la performance est justifiable et profitable au plus grand nombre,

---

[1705] **J. DUMESNIL**, Art médical et normalisation du soin, *op. cit.* ; **E. AZRIA**, « *Le soignant et la standardisation des pratiques médicales* », *op. cit.*

[1706] **P. VÉRON**, *La décision médicale*. Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. F. VIALLA, soutenue le 9 décembre 2015 au sein de l'Université de Montpellier ; **R. PORCHER**, *Éthique et normativité : L'éthique biomédicale et les droits fondamentaux aux sources du Droit*. Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. F. VIALLA, soutenue le 20 décembre 2019 au sein de l'Université de Montpellier.

[1707] Ce qui, d'ailleurs, est conforme avec la volonté des politiques publiques. Il suffit de consulter le chapitre préliminaire traitant des « *droits de la personne* » au sein du code de la santé publique pour s'en convaincre. Voir Art. L. 1110-1 et suivants du code de la santé publique.

elle suscite pourtant un profond rejet qui, à certains égards, se justifie pleinement. En effet, dans des proportions comparables à celle des progrès scientifiques et techniques, cette recherche s'est déployée à grande vitesse au sein des établissements de santé. En conséquence, il apparait que ce déploiement s'est effectué de manière brutale, avec des erreurs méthodologiques manifestes. Ainsi, la contrainte reste prépondérante, et les domaines concernés parfois limités. Plus encore, elle met en exergue les limites d'effectivité du champ juridique.

734. Recherche imposée. Tout d'abord, la recherche de performance est vécue comme une contrainte[1708], alors même qu'elle est, visiblement, voulue comme étant fédératrice des équipes et des usagers. Alors que les principes affichés témoignent des objectifs d'amélioration constante de la santé des personnes et des conditions de travail au sein des structures, les modalités de définition des différents domaines de performance finit tôt ou tard par être imposées aux acteurs. En conséquence, il devient illusoire de penser créer une construction inclusive, lorsque l'ensemble des thématiques et des méthodes est pensé sans ces derniers.

735. Recherche limitée. Plus encore, la recherche est limitée. L'évaluation de la performance s'effectue en fonction de critères strictement mesurables. Cette idée a quelque chose de rassurant et facilite incontestablement la gestion quotidienne. Par ailleurs, elle autorise les pouvoirs publics à opérer un jugement définitif, parfois péremptoire sur le fonctionnement des structures. Pour autant, il n'est certes pas très original de dire que tout n'est pas mesurable dans le soin[1709], cela n'en reste pas moins évident. Plusieurs éléments absolument primordiaux sont laissés de côté, au point de générer une authentique perte de sens chez les professionnels, et un mécontentement évident des usagers.

[1708] Cette idée concernant autant l'organisation des professions, devant s'adapter à ces contraintes, que la dimension économique. **F. GRISONI, P. GAILLOURDET**, « *Organisations hospitalières et nouveaux métiers paramédicaux* », *op. cit.* ; CCNE, Avis 101, Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier, 28 juin 2007

[1709] **F. PIERRU, L. WEBER**. « *L'hôpital entreprise n'est pas une solution* », *op. cit.*

736. Limite juridique : l'effectivité. Finalement, la problématique de la recherche de performance au sein des établissements de santé doit inviter le juriste à la modestie, tant il risque d'être laissé de côté de nombreuses évolutions permettant à la fois de la faciliter et de la rendre effective. En outre, alors que le cadre est pertinent en apparence, il suscite un rejet ayant atteint son paroxysme. L'ensemble de la construction a été le plus souvent envisagé de manière pertinente, mais aussi de manière décousue. Ainsi, la communication entre les acteurs des différentes réalités, à savoir sanitaire, gestionnaire ou économique, n'a pas été suffisamment développée, au point de créer un cloisonnement qui parait désormais définitif.

§3 : Réinvention de la recherche de performance

737. Présentation générale. Finalement, l'étude de cette recherche permet de clarifier certains raisonnements propres à l'hospitalisation. En effet, il n'est désormais plus pertinent d'ériger des principes éthiques comme de simples étendards ou boucliers sans prendre le temps de penser que l'établissement de santé est avant tout une structure multifactorielle où différentes réalités peuvent et doivent s'articuler. Bien sûr, réduire ce dernier à sa dimension économique ou gestionnaire est un non-sens particulièrement dangereux pour notre système de santé. A contrario, nier leur existence n'a désormais plus le moindre intérêt, tant elle est incontestable. Pour autant, ce propos ne doit pas conduire à penser qu'il faut maintenir cette construction telle qu'elle est. Celle-ci nécessite des changements de l'ordre de l'ajustement qui sont absolument fondamentaux.

738. Recherche inclusive. Les thématiques de la quête de performance n'ont pas forcément à évoluer. En revanche, le déroulement de celle-ci et la définition de ces dernières doivent devenir inclusifs. En tenant compte du vécu des acteurs de terrain, et des besoins des patients[1710]. La prise en charge hospitalière évolue, et après avoir vu sa durée se réduire,

[1710] Et sans doute également en l'écoutant davantage. Dans une étude, France Assos Santé évoque « *une dégradation de l'accès aux soins à l'hôpital, (fermetures de lits ou de services, déprogrammations chirurgicales, reports de rendez-vous) et d'une détérioration des relations soignants / soignés (manque d'écoute et de disponibilité de la part du personnel). Ces problèmes mettent en péril la qualité, la continuité et la sécurité des soins. Les témoignages recueillis indiquent une situation particulièrement critique pour les personnes âgées, les personnes souffrant de problèmes psychiques et pour les personnes en*

la recrudescence des maladies chroniques ou encore la question du grand-âge laisse penser que le temps doit retrouver une importance primordiale dans la construction de cette politique. Pour cela, il convient d'accorder à certaines fonctions oubliées la place qui leur est due.

739. **Recherche coopérative**. Plus encore, la recherche doit devenir coopérative et ne plus se limiter à une dimension strictement prescriptive. Afin d'être réellement efficace, il devient nécessaire de permettre aux acteurs de participer véritablement à sa construction. Ceci passera par une meilleure définition des thèmes contrôlés ou audités, notamment en retenant ceux qui sont véritablement proches du quotidien des différents acteurs. Les éléments participatifs paraissent bien trop superficiels pour être satisfaisants, ce qui suscite une inévitable crispation. En conséquence, ces derniers doivent désormais être authentiques.

740. **Derniers mots**. Il semble que la réponse à apporter aux difficultés associées à la recherche de performance repose sur un principe simple : il est désormais temps de lever les cloisonnements du secteur sanitaire. En effet, le moment n'est pas à une nouvelle réforme d'ampleur. Il est aujourd'hui nécessaire de prendre soin d'écouter les difficultés et vérités de chacun, ce qui devrait être le propre de toute organisation.

situation de handicap (…). Renforcer la démocratie en santé : une urgence ! ». France Assos Santé, Crise de l'hôpital. Témoignages et retours d'expériences des patients et usagers, Synthèse de l'enquête flash France Assos Santé, 3 octobre 2022, p. 14.

Bibliographie

Ouvrages

Ouvrages généraux

I. ARNAL-CAPDEVIELLE (Dir.)

- *Le droit des établissements et services médico-sociaux*, Presses de l'EHESP, 2020.

B. ALLEMANDOU

- *Histoire du handicap, Enjeux scientifiques, Enjeux politiques*, LEH Édition, Ouvrages généraux, Bordeaux, 2011.

M. ANGELLOZ-NICOUD

- *La réforme du mode de financement des établissements de santé. La tarification à l'activité : T2A*, LEH Édition, Ouvrages généraux, Bordeaux, 2005.

P. BATIFOULIER, A. BUTTARD, J.-P. DOMIN

- *Santé et politique sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gadreau*, Paris, Éditions Eska, 2011.

C. BERGOIGNAN-ESPER, P. SARGOS

- *Les grands arrêts du droit de la santé*, Dalloz, Grands arrêts, Décembre 2020.

X. BONNET, F. PONCHON

- *L'usager et le monde hospitalier. 50 fiches pour comprendre le fonctionnement hospitalier*, Presses de l'EHESP, 2018

M. BORGETTO, R. LAFORE

- *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, Précis, 19ème édition, 2019.

F. BOURDILLON (dir.)

- *Traité de santé publique*, Cachan, Lavoisier, « Traités », 2016.

F. BRUGERE

- *L'éthique du care*, Presses Universitaires de France, 2011.

A. BURLAUD, C.J. SIMON

- Le contrôle de gestion, La Découverte, « Repères », 2013.

J-M. CLEMENT

- *1900-2000 la mutation de l'hôpital*, LEH Édition, Ouvrages généraux, Bordeaux, 2001.
- *Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours*, LEH Édition, Essentiel, Bordeaux, 2007.
- *Précis de droit hospitalier. A l'usage de ceux qui n'aiment pas le droit mais veulent comprendre le système hospitalier*, LEH Édition, Essentiel, 2ème éd., Bordeaux, 2011.

W. E. DEMING

- *Qualité, la révolution du management*, Economica, 1988.

J. DOMAT (Dir.),

- *Les Loix civiles dans leur ordre naturel, Le Droit Public, et legum delectus*, nouvelle éd. Par **HERICOURT**, **de BOUCHEVRET**, **GANEAU**, Titre XVIII Des Hôpitaux, 1745.

B. DUBOIS

- *Le Marketing management hospitalier*, Berger-Levrault, Manuels B.-L. Santé, Paris, 1987.

M. DUPUIS

- *L'éthique organisationnelle dans le secteur de la santé. Ressources et limites contextuelles des pratiques soignantes*, Seli Arslan, 2014.

M. DUPONT, C. BERGOIGNAN-ESPER

- *Droit hospitalier*, Dalloz, Cours, 11ème éd., Janvier 2022.

D. DUVAL-ARNOULD

- *Droit de la santé 2019/2020*, Dalloz Référence, Dalloz, 1ère éd., Août 2019.

O. FAURE

- *Genèse de l'hôpital moderne : Les Hospices Civils de Lyon de 1802 à 1845*. Presses universitaires de Lyon, 1982.
- *Les cliniques privées, Deux siècles de succès*, Presses Universitaires de Rennes, 2012.

D. FOLSCHEID, B. FEUILLET-LE MINTIER, J.-F. MATTEI

- *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, Thémis Philosophie, PUF, 1ère éd. 1997.

A. GARAY

- *Gestion juridique du risque médical*, Berger-Levrault, Les Indispensables, Juillet 2013.

P. GIBERT

- *Le contrôle de gestion dans les organisations publiques*, Éditions d'Organisation, Paris, 1980.

J.-M. GOGUE

- *Traité de la qualité*, Economica, 2000.

P. GUILLAUME

- *Être malade en France du XIXe au XXIe siècle. Entre exclusion et réinsertion*, LEH Édition, Ouvrages généraux, Bordeaux, 2015.

J. IMBERT

- *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse, Privat, 1983.

A. LAMI, V. VIOUJAS

- *Droit hospitalier*, Bruylant, Paradigme, 2ème éd., juin 2020.

V. LASSERRE

- *Le nouvel ordre juridique – Le droit de la gouvernance*, Lexis Nexis, Paris, 2015.

A. LECA, A. LUNEL, S. SANCHEZ

- *Histoire du droit de la santé*, LEH Édition, Intempora, Bordeaux, 2014.

D. PELJAK

- *Traité de finances publiques hospitalières*, LEH Édition, Ouvrages généraux, Bordeaux, 2011.

E. PETIT

- *L'économie du care*, Presses Universitaires de France, 2013.

A. PONSEILLE

- *Professions, professionnels et établissements de santé face au droit pénal*, LEH Édition, Ouvrages généraux, Bordeaux, 2015.

J. RAIMONDEAU (Dir.)

- *Manuel de santé publique*, Presses de l'EHESP, « Références Santé Social », Rennes, 2020.

R. SAVATIER

- *Les Métamorphoses économiques et sociales du droit privé d'aujourd'hui, 2ème série l'universalisme renouvelé des disciplines juridiques*, Dalloz, 1959, n°205.

R. SAVATIER, J. SAVATIER, J.-B. AUBY, H. PÉQUIGNOT

- *Traité de droit médical*, Librairies techniques, n°252, 1956.

J.-L. STANISLAS (Dir.)

- *Innovation & management des structures de santé en France*, LEH Édition, Ouvrages Généraux, Bordeaux, 2022.

D. STINGRE

- *Le service public hospitalier*, Presses Universitaires de France, 2021.

C. VASSY, B. DERBEZ (Dir.)

- *Introduction à la sociologie de la santé*, Armand Colin, 2019.

Ouvrages techniques

M. AISSOU, J.-P. DANOS, A. JOLIVET

- *Structurer les parcours de soins et de santé. Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé*, LEH Édition, Décideur Santé, 2ème. éd, Bordeaux, 2020.

J. BALAS-EZZEMZAMI, J.-M. COMBES, C. LOUJOU-JULIEN, D. MIAILHE

- *Le management dans le champ social et médico-social, Rapports au pouvoir, à la norme et au changement*, Seli Arslan, Paris, 2017.

I. BARTH

- *Le management commercial*, Dunod, 2017.

J.-F. BAUDURET, M. JAEGER

- *Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoire d'une refondation*, Dunod, 2ème éd., 2005.

L. BERGUGNAT (Éd.)

- *Des professionnels face à la pandémie. Un devoir de mémoire.* Champ social, 2021.

F. CLARGE, P. GLESS

- *La performance globale dans les établissements sanitaires et médico-sociaux*, LEH Édition, Pratiques professionnelles, Bordeaux, Avril 2012.

J.-M. CLÉMENT

- *L'hôpital, la technique et l'éthique*, LEH Éditions, Libre Propos, Bordeaux, 2006.

A. COULOMB

- *Un regard différent sur le management hospitalier, d'après une étude réalisée pour la CAHPP*, Éditions CAHPP, janvier 2009.

G. CRESSON (Éd.)

- *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*. Presses de l'EHESP, 2000.
- *Les usagers du système de soins*. Presses de l'EHESP, 2000.

F. DANET

- *La médecine d'urgence. Vers de nouvelles formes de travail médical*, Érès, 2008.

J.-P. DANOS

- *Développer et organiser l'ambulatoire dans un établissement de santé – Guide pratique, nouveaux concepts organisationnels*, LEH Éditions, Pratiques professionnelles, 2013.

C. DEMATEÏS (Coord.)

- *Promouvoir l'humain en institution médico-sociale, Récits, analyses et perspectives de réajustements*, Seli Arslan, 2018.

K. DOUMAIL

- *Guide pratique de la tarification à l'activité (T2A). Mode d'emploi au quotidien*, LEH Édition, Pratiques professionnelles, Bordeaux, 2009.

O. DUPUY

- *L'infirmier et son nouveau cadre de compétences*, LEH Édition, Essentiel, Bordeaux, 2011.

A. GRATACAP, P. MÉDAN (Dir.)

- *Management de la production – Concepts – Méthodes – Cas*, DUNOD, Paris, 2013.

B. FERMON, P. GRANDJEAN (Dir.)

- *Performance et innovation dans les établissements de santé*, DUNOD, 2015.

E. FIESCHI-BAZIN

- *Contractualisation en matière d'offre de soins et médico-sociale. Outils juridiques et stratégies de régulation*, LEH Édition, Décideur Santé, Bordeaux, 2017.

E. FREIDSON

- La profession médicale, Payot, Paris, 1984 (1ère. Ed. 1970).

F. LANGEVIN (Dir.)

- *Architecture et ingénierie à l'hôpital. Le défi de l'avenir*. Presses de l'EHESP, 2018.

M. LOUAZEL (Éd.)

- *Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé*. Presses de l'EHESP, 2018.

J.-R. LOUBAT (Dir.)

- *Élaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale*, Dunod, « Santé Social », Paris, 2012.

L. MARMILLOUD

- *Donner vie à la relation de soins. Expérience pratique et enjeux éthiques de la réciprocité*, Érès, 2019.

A. MARRO

- *L'art de manager en EHPAD*, LEH Éditions, Pratiques professionnelles, 2013.

P. MARVANNE

- *Le Lean à l'Hôpital. Améliorer la qualité des soins, freiner l'augmentation des coûts et développer les talents*, LEH Édition, Décideur santé, Bordeaux, 2014.

E. MINVIELLE (Éd.)

- *Manager une organisation de santé. L'apport des sciences de gestion*, Presses de l'EHESP, Recherche, santé, social, Rennes, 2018.

Ordre National des Médecins

- *Guide pratique d'exercice professionnel à l'usage des Médecins*, Masson et Cte, 5ème éd., Paris, 1963.

T. PARSONS

- Essays in Sociological Theory pire and applied, Glencoe, Free Press, 1949.

Mélanges, actes de colloque

Association Henri Capitant

- *Le droit souple*, Dalloz, coll. Thèmes et commentaires, 2009.

L. AUDOUIN, M. ORLEWSKI

- *Du patient au client, l'art de fidéliser la clientèle médicale*, MMI éd., coll. Médistratégies, 2000.

B. BEVIERE-BOYER, B. LEGROS, X. CHEN (Dir.)

- *Vieillissement et droit : perspectives internationales France-Chine-Canada-Suisse*, LEH Édition, Actes et séminaires, Bordeaux, 2020.

L. BLOCH (Dir.)

- *Numérique et crise sanitaire*, LEH Édition, Actes et séminaires, Bordeaux, 2021.

J.-F. CALMETTE (Dir.)

- *La santé publique à l'épreuve de la rareté*, Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2013.

M.-F. CALLU, D. TRUCHET (Dir.)

- *Les recommandations de bonnes pratiques à l'épreuve du Droit*, LEH Édition, RDS, n°15, 2007, pp. 7-52.

A. CARTIER-BRESSON, M. COLLET, C.-A. DUBRUEIL, T. LARZUL, A. VAN LANG, C. VAUTROT-SCHWARZ

- *L'intérêt général*. Mélanges en l'honneur de Didier TRUCHET, Dalloz, Études, mélanges, travaux, Juin 2015.

C. CASTAING (Dir.)

- *La territorialisation des politiques de santé*, LEH Éditions, Actes et séminaires, Bordeaux, 2012.

L. DUBOUIS (Dir.)

- *Progrès médical et droit européen*, La documentation française, Collection Monde européen et international, Centre d'Études et de Recherches Internationales et Communautaires Université d'Aix-Marseille III, Paris, 1999.

G. DURANT, P. LECLERCQ, M. PIRSON

- *Le financement des hôpitaux et de l'activité médicale. Panorama international et principes méthodologiques*, Mardaga, Santé en soi, 2021.

C. DUSSART, M.-A. NGO, V. SIRANYAN, P. SOMMER (Dir.)

- *De la démocratie sanitaire à la démocratie en santé, Volume 2, L'optimisation des parcours de vie, de santé et de soins des personnes en situation de handicap pour une meilleure autonomie au quotidien*, LEH Éditions, Actes et séminaires, Bordeaux, 2019.

G. FAURÉ, S. SÉDILLOT (Dir.)

- *La prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Regards sur la crise du modèle français des EHPAD*, CEPRISCA, Collection Colloques, Diffusion Lextenso, 2021.

A. LECA, H. GAUMONT-PRAT, C. CASTAING

- *Enseignement, Hôpital, Médecine*, Mélanges en l'honneur de Jean-Marie Clément, LEH Édition, Collection Mélanges, Bordeaux, 2016.

A. LECA, G. NICOLAS, O. NGAMPIO, C. BERLAND-BENHAÏM, J.-P. AGRESTI, Y. BERLAND

- *Les déserts médicaux (n° 19)*, LEH Éditions, CDSA, n°19, 2015.

A. LUNEL (Dir.)

- *« Folie et déraison » : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France, Pouvoir, santé et société*, LEH Éditions, Actes et Séminaires, Bordeaux, 2015.

E. MARTINENT, M. STANTON-JEAN, M.-F. MAMZER (Dir.)

- *Réflexion et recherches en éthique*. Mélanges en l'honneur du Professeur Christian Hervé, Dalloz, Thèmes & Commentaires, 2018.

E. MARTINEZ, F. VIALLA (Dir.)

- *Les grands avis du Comité Consultatif National d'Éthique*, Lextenso éditions, LGDJ, 2013.

V. MEYER (Dir.)

- *2002-2012 : Performance, sens et usure*, LEH Éditions, GEPSo, Bordeaux, 2013.

D. MORIN

- « *La pratique infirmière avancée. Vers un consensus au sein de la francophonie* », SIDIIEF, 2018.

Ouvrage collectif

- *La responsabilité civile du médecin*. Actes du Colloque (19-20 juin 1992) organisé par le Laboratoire d'Épistémologie Juridique (Faculté de droit et de Science Politique), La faculté de médecine de Marseille, le Conseil Départemental des Bouches du Rhône de l'Ordre National des Médecins, PUAM, 1993.
- *Mélanges en l'honneur de Jean-Henri Soutoul*, LEH Édition, Collection Mélanges, Bordeaux, 2013.

I. POIROT-MAZÈRES, M. TOUZEIL-DIVINA (Dir.)

- *Quarante ans de droit(s) de la santé*, L'Épitoge, Droit(s) de la santé, Vol. 1, 2022.

B. PY, F. VIALLA, J. LEONHARD (Dir.)

- *Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau*, LEH Éditions, Collection Mélanges, Bordeaux, 2015.

S. RABILLER (Dir.)

- *Démarche qualité en EHPAD de part et d'autre des Pyrénées*, actes du colloque du 21 septembre 2012, Presses de l'université de Pau et des Pays de l'Adour, 2013.

F. VIALLA, P. VIELFAURE (Dir.)

- *Les pouvoirs publics face aux épidémies. De l'Antiquité au XXIê siècle*, LEH Éditions, A la croisée des regards, Bordeaux, 2021.

F. VIALLA, P. VIELFAURE, S. JOLY (Dir.)

- *Le suicide. De l'Antiquité au XXIème siècle*, LEH Édition, A la croisée des regards, Bordeaux, 2022.

<u>Libre propos, autres, etc…</u>

M. ARLIAUD

- *Les médecins*, La découverte, Paris, 1987.

P.-Y. BAUDOT, A. REVILLARD (Éd.)

- *L'État des droits. Politique des droits et pratiques des institutions*. Presses de Sciences Po, 2015.

J.-E. BAZIN

- *« Efficacité, efficience et éthique en santé »*, CDSA, n° 25, 2017.

J.-C. BELISLE PIPON, B. GODARD et J. SAINT-ARNAUD (Dir.)

- *Les enjeux éthiques de la limite des ressources en santé*, Presses de l'Université de Montréal, Paramètres, 2016.

P. BEZES (Éd.)

- *Gouverner (par) les finances publiques*, Presses de Sciences Po, « Académique », Paris, 2011.

S. BOURGAULT, S. CLOUTIER, S. GAUDET (Dir.)

- *Éthiques de l'hospitalité, du don et du care, actualités, regards croisés*, Presses de l'Université d'Ottawa, 2020.

P.-H. BRECHAT, J. LEBAS

- *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP, 2012.

D. CAPREZ, P. COURREGES

- *Performance - Bienveillance. Osez le Care-isme !*, EMS Editions, 2021.

J. CARBONNIER

- *Flexible droit, pour une sociologie du droit sans rigueur*, LGDJ, 8ème édition, 1997 (1ère éd. 1976).

C. CAUVIN RENAULT

- *Reconstruire l'hôpital. Concilier normes et relation de soins*. Érès, 2020.

B. CONSTANT

- *De l'esprit de conquête et de l'usurpation*, Hahn et H. Nicolle, Hanovre, Londres et Paris, 1814.

D. DE BECHILLON

- *Qu'est-ce qu'une règle de droit ?*, Odile Jacob, 1997.

J. DE KERVASDOUE

- *L'hôpital*, Paris, Puf, 2005.

A. DESROSIÈRES

- *Prouver et gouverner. Une analyse politique des statistiques publiques*, La Découverte, Paris, 2014.

J. DUMESNIL

- *Art médical et normalisation du soin*, PUF, Souffrance et théorie, 2011.

H. DUMEZ, É. MINVIEILLE

- *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. Une contribution des sciences de gestion*, CNRS, Juillet 2020.

J.-N. FABIANI

- *La fabuleuse histoire de l'hôpital. Du Moyen Âge à nos jours. C'est l'hôpital qui se moque de la charité !*, Pocket, Les Arènes, 2016.

B. FERRAS, M.-P. PLANEL (Dir.)

- *L'assurance maladie en question(s)*, Rennes, Presses de l'EHESP, « Débats Santé Social », 2019.

M. FERRO

- *Les Sociétés malades du progrès*, Plon, 1998.

R. FEY, J.-M. GOGUE

- *La maîtrise de la qualité*, Economica, 1991.

D. FROMENTIN, J. BRUN et J. LENGLART

- *Santé et assurance qualité – Vers l'accréditation*, Berger-Levrault, Collection « H », Juin 1998.

R. FRYDMAN, M. FILS-TREVES (Éd.)

- *L'intranquillité. Déni ou réalité ?,* Presses Universitaires de France, 2017.

C. GEORGES-TARRAGANO (Éd.)

- *Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*. Presses de l'EHESP, 2015.

A. GIAMI (Dir.)

- *Des Sexualités et des Handicaps*, Questions d'Intimités, PUN 2013

P. GILBERT, N. RAULET-CROSET

- *Lire le management autrement. Le jeu des dispositifs*, EMS Management et Sociétés, Versus, 2021.

P.-Y. GOMEZ

- *Qualité et théorie des conventions*, Economica, Paris, 1994.

A. GRIMALDI, Y. CAILLÉ, F. PIERRU, D. TABUTEAU

- *Les maladies chroniques, Vers la 3ème médecine*, Odile Jacob, 2017.

A.-C. HARDY (Dir.)

- *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Presses de l'EHESP, 2013.

P. HASSENTEUFEL

- *Les médecins face à l'état*, Presses de Science Po, Paris, 1997.

C. HERVÉ, M. STANTON-JEAN et M.-F. MAMZER (Dir.)

- *La participation des patients*, Dalloz, Thèmes & Commentaires, 2017.

E. HIRSCH

- *Valeurs partagées. Face au bouleversement des valeurs, la recherche d'un nouveau consensus*, Presses Universitaires de France, 2012.

H. JAMOUS

- *Contribution à une sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Copédith, Paris, 1968.

M. JEAN, A. DUTIER (Dir.)

- *L'intimité menacée ? Le souci de l'intimité dans la pratique du soin et de l'accompagnement : quels enjeux éthiques ?*, Érès, 2019.

B. JONSON

- *Volpone*, 1606.

E. KANT

- *Anthropologie du point de vue pragmatique*, Vrin, Paris, 1964.

Y. KNIBIEHLER (Dir.)

- *Soignantes dans un hôpital local. Des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation*, Presses de l'EHESP, 2013.

O. LABOURET

- *Le nouvel ordre psychiatrique. Guerre économique et guerre psychologique*, Érès, 2012.

G. LAROCHELLE, F. COURVILLE

- *La course à la performance. Regards critiques de la philosophie sur la santé*, Beauchesne, 2016.

D. LHUILIER, A.-M. WASER (Dir.)

- *Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique*. Érès, 2016.

A. LOPEZ

- *Réguler la santé*, Presses de l'EHESP, 2013.

M. LORIOL

- *L'impossible politique de santé publique en France*, Érès, 2002.

V. MEYER

- *Communication organisationnelle et prise en charge du handicap mental*, LEH Édition, Libre propos, Bordeaux, 2013.

É. MINVIEILLE

- *Le patient et le système. En quête d'une organisation sur-mesure. Approches innovantes du parcours de santé*, Seli Arslan, Paris, 2018.

J.-M. MIRAMON

- *Être directeur d'établissement social et médico-social. La force de l'intime au cœur de l'exercice du pouvoir*, Seli Arslan, Paris, 2015.

H. PÉQUIGNOT

- *Médecine et monde moderne*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1953.

F. PIERRU

- *Hippocrate malade de ses réformes*, Paris, Edition du Croquant, coll. « Savoir/agir », 2007.

F. QUESNAY, P.-F. GUYOT DESFONTAINES, A. LOUIS (Collab.)

- *Recherches critiques et historiques sur l'origine, sur les divers états et sur les progrès de la chirurgie en France* / Vol I, Charles Osmont, 1744.

S. RABILLER (Dir.)

- *Démarche qualité en EHPAD de part et d'autre des Pyrénées*, actes du colloque du 21 septembre 2012, Presses de l'université de Pau et des Pays de l'Adour, 2013.

C. RICHET

- *Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité*, 1877.

F. ROUSSEAU, K. FOUCHER (Dir.)

- *Les réponses du droit aux crises sanitaires*, L'Harmattan, 2016.

B.-C. SAVY, E. TREMBLAY, R. DE LA CROIX

- *La Santé, un combat politique*, Éditions de l'Avenir, 1972.

V. SCHEIL

- *La loi de Hammourabi*, 1904, halshs-00766666.

D. SICARD

- *L'alibi éthique*, PLON, Septembre 2006.
- *L'hôpital hors les murs – Des relais : comment ? Pourquoi ? Pour qui ?*, Éditions de Santé, Euro Cos, Humanisme & Santé, 2009.

D. SICARD, G. HADDAD

- *Hippocrate et le scanner. Réflexions sur la médecine contemporaine*, Paris, DDB, Cerf, 1999.

A. SOLJENITSYNE

- *Le pavillon des cancéreux*, Robert Laffont, Pavillons Poche, Paris, avril 2016, Première parution en 1968.

TENON

- *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, 3è mémoire consacré à l'hôtel-Dieu, 1788.

D. TERRAL (Dir.)

- *Accompagner la personne handicapée à domicile*, Dunod, 2013.

H. VILLARD

- *La question hospitalière postmoderne*, LEH Édition, Libre propos, Bordeaux, 2018.

M. WEILL

- *Le management de la qualité*, La Découverte, Repères, 2009.

É. ZUCMAN (Éd.)

- *Prendre soin de ceux qui ne guériront pas. La médecine questionnée par l'incurabilité et la fin de vie*. Érès, 2016.

Thèses et mémoires

I. ALQUIER

- *Le statut du patient hospitalisé en établissement de santé privé*, Thèse de doctorat en Droit sous la direction du Professeur Émérite Louis DUBOUIS et soutenue le 17 juin 2011 au sein de l'Université Paul Cézanne-Aix-Marseille III.

B. APOLLIS

- *Autorisations sanitaires et hospitalisation privée. Contribution à l'étude des autorisations administratives dans leurs rapports avec les personnes privées*, LEH Édition, Collection thèse, Bordeaux, 2008.

V. BONNIOL

- *Implantation du PMSI en secteur hospitalier privé : histoire et perspectives*, Thèse de doctorat en Sciences économiques préparée sous la direction du Pr. Alain LEROUX, et soutenue en 1999 au sein de l'Université Aix-Marseille 3.

G. CANSELIER

- *Les données acquises de la science. Les connaissances scientifiques et la faute médicale en droit privé*, LEH Édition, Thèses numériques de la BNDS, Bordeaux, 2010.

N. CARLIN

- *Relation de soins, la confiance à l'épreuve du droit*, Thèse de doctorat de Philosophie pratique, préparée sous la direction du Professeur Dominique FOLSCHEID et soutenue publiquement le 26 mars 2014 au sein de l'Université Paris-Est Marne-la-Vallée.

V. CHAPEAU-SELLIER

- *Le droit de la protection sociale, du principe de solidarité socio-professionnelle vers l'octroi de droits sociaux individuels*, Thèse de doctorat en Droit, préparée sous la direction du Pr. François VIALLA et soutenue le 30 octobre 2021 au sein de l'Université de Montpellier.

J. CHOCHOIS

- *La justiciabilité post-moderne du droit souple de la santé*, Thèse de doctorat en Droit, préparée sous la direction du Pr. J. SAISON-DEMARS et soutenue le 18 octobre 2019 au sein de l'Université de Lille.

C. COUSIN

- *Vers une redéfinition de l'acte médical*, Thèse de doctorat en Droit, préparée sous la direction du Pr. Brigitte FEUILLET-LIGER et soutenue le 22 novembre 2016 au sein de l'Université de Rennes 1.

J.-C. DOSDAT

- *Les normes nouvelles de la décision médicale*, Thèse en Droit, préparée sous la direction du Pr. Gérard MEMETEAU et soutenue le 6 mars 2004 au sein de l'Université de Poitiers.

J. DUGNE

- La vulnérabilité de la personne majeure. Essai en droit privé, Dalloz, Nouvelle Bibliothèque de Thèses, 2022.

N. ESPLAN

- *Les métamorphoses de la relation de soins au prisme de l'évolution numérique*, thèse de Doctorat en Droit préparée sous la direction de François VIALLA et soutenue le 9 décembre 2011 au sein de l'Université Montpellier 1.

A. GIBELIN

- *La médiation en santé. Contribution à une étude des conflits et des différends dans la relation de soins*, thèse de doctorat en Droit, préparée sous la direction du Professeur François VIALLA et soutenue le 9 décembre 2015 au sein de l'Université de Montpellier.

M. GIRER

- *Contribution à une analyse rénovée de la relation de soins*, LEH Édition, Collection Thèses, Vol. 18, Bordeaux, 2011.

A. JAUNAIT

- *Comment pense l'institution médicale ? Une analyse des codes français de déontologie médicale*, Dalloz, Nouvelle bibliothèque de thèses, 2005.

P.-A. JUVEN

- *Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controverses de l'hôpital public*, PUF, 2016. Publication de la thèse préparée sous la direction de Vololona RABEHARISOA et soutenue le 7 octobre 2014 au sein de l'École des Mines de Paris.

S. LANGARD

- *Approche juridique de la télémédecine : entre droit commun et règles spécifiques*, thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction de Bruno PY et de Jean-Baptiste THIERRY et soutenue le 15 décembre 2012 au sein de l'Université de Lorraine.

G. LAYANI

- *« Évaluation de la qualité des soins dans les unités d'urgence rurales du Québec »*, Maîtrise en épidémiologie, 2015.

A.-M. MOUILLAC-DELAGE

- *Les établissements de santé à l'épreuve de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, Thèse de doctorat en Droit, préparée sous la direction du Pr. F. VIALLA et soutenue le 26 novembre 2014 au sein de l'Université de Montpellier.

A. NIETO

- *La vie privée à l'épreuve de la relation de soins*, Thèse de doctorat en Droit rédigée sous la direction du Pr. François VIALLA et soutenue le 20 novembre 2017 au sein de l'Université de Montpellier.

B. PITCHO

- *Le statut juridique du patient*, LEH Édition, Collection Thèses, Bordeaux, 2004.

R. PORCHER

- *Éthique et normativité : L'éthique biomédicale et les droits fondamentaux aux sources du Droit*. Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. F. VIALLA, soutenue le 20 décembre 2019 au sein de l'Université de Montpellier.

C. RAJA-ROQUE

- *Droit de la concurrence et droit de la santé : étude d'un entrecroisement normatif*. Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. D. MAINGUY, soutenue le 18 novembre 2010 au sein de l'Université de Montpellier 1.

J. RAYNAUD

- *L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs. Concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable*, Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction des Pr. L. CHAPELON et H. BAKIS, et soutenue le 31 octobre 2013 au sein de l'Université Paul Valéry – Montpellier 3.

S. RENARD

- *L'ordre public sanitaire (Étude de droit public interne)*, Thèse de doctorat en Droit, préparée sous la direction du Pr. M.-L. MOQUET-ANGER, soutenue le 24 juin 2008 au sein de l'Université de Rennes I.

E. ROSSINI

- « *Les établissements de santé privés à but non lucratif – Étude juridique* », Bibliothèque de Droit public, LGDJ, Tome 165, Paris, 1992.

G. ROUSSET

- *L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé*, Thèse de doctorat en Droit soutenue à l'université Jean-Moulin Lyon 3 le 25 octobre 2007, LEH Édition, Collection thèse, Vol. 21, Bordeaux, 2011.

O. SMALLWOOD

- *La qualité des soins à l'épreuve du droit : Étude à travers l'exemple des infections associées aux soins*, Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. François VIALLA et soutenue en 2008 au sein de l'Université de Montpellier 1.

A.-L. TILLY

- *L'accès aux soins à l'épreuve de la pauvreté : les tensions entre la fondamentalité du droit et l'universalisme*, Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. F. VIALLA, soutenue le 16 novembre 2018 au sein de l'Université de Montpellier.

P. VERON

- *La décision médicale*. Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. F. VIALLA, soutenue le 9 décembre 2015 au sein de l'Université de Montpellier.

E. VILLARD

- *Essai sur l'ambivalence de l'institution hospitalière à l'aube du 21ème siècle entre humanisme et principes de réalité*, Thèse de doctorat en Droit préparée sous la direction du Pr. J. PAGES et soutenue le 14 décembre 2009 au sein de l'Université de Montpellier.

Études encyclopédiques, dictionnaires

J. BARTHELEMY

- *Fasc. 229-3 : ETABLISSEMENTS DE SANTE. – Autorisation de fonctionner*. Lexis Nexis, JurisClasseur Administratif, 1er septembre 1993.

M.-F. CALLU, M. GIRER, G. ROUSSET

- *Dictionnaire de droit de la santé, secteurs sanitaire, médico-social et social*, LexisNexis, 2017.

COFRAC

- *Certification et accréditation : quelles différences ?*, https://www.cofrac.fr/quest-ce-que-laccreditation/certification-et-accreditation-quelles-differences/, consulté le 07/12/2021.

Ministère des solidarités et de la santé

- Définition de la gestion des risques, site internet, https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/gestion-des-risques, consulté le 21/11/2021.

Dictionnaire de l'Académie française

- Dictionnaire de l'Académie française, 1ère édition, 1694.
- Dictionnaire de l'Académie française, 2ème éd., 1718. Nouveau Dictionnaire de l'Académie françoise dedié au Roy (2ème éd.), 1718.
- Dictionnaire de l'Académie française, 8ème éd., Paris, 1932-1935.
- Dictionnaire de l'Académie française (9e édition), t. 1 (de A à Enzyme), Imprimerie nationale/Fayard, 1992, (ISBN 2-11-081249-4).
- Dictionnaire de l'Académie française (9e édition), t. 2 (de Éocène à Mappemonde), Imprimerie nationale/Fayard, 2005, (ISBN 2-213-62143-8).
- Dictionnaire de l'Académie française (9e édition), t. 3 (de Maquereau à Quotité), Imprimerie nationale/Fayard, 2011, (ISBN 2-213-66640-7).

Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine, en ligne, Url : http://dictionnaire.academie-medecine.fr/search/results?titre=performance.

Dictionnaire Gaffiot, 1934.

M. DUPONT

- *Fasc. 36 : Lutte contre la douleur et soins palliatifs*, Feuillets mobiles Litec Droit médical et hospitalier, 1er février 2009 (M.-à-J. 20 avril 2020).

France Terme

- http://www.culture.fr/franceterme/terme/ECON980, consulté le 18 novembre 2021.

E. LITTRE

- Dictionnaire de la langue française, Tome 2, Paris, 1873-1874.
- Dictionnaire de la langue française, Tome 4, Paris, 1873-1874.

Lamy Droit de la santé

- *Fasc. 528-12, « Prestation hôtelières adaptées à la situation médicale du patient »*, Wolters Kluwer France, Novembre 2011.

C. LANTERO

- « *Étude : la responsabilité civile pour faute des établissements de santé publics* », Lexbase, Encyclopédie Juridique, Droit médical, 15 septembre 2020.

J.-P. H. MATSOPOULOU

- *Art. 226-4 – Fasc. 20 : Violation de domicile*, JurisClasseur Pénale, 15 septembre 2009, dernière mise à jour 3 septembre 2021.

J.-L. MOURALIS

- *Étude 522 « Partage de responsabilité médicale » et notamment le point 522-21*, in : A. LAUDE, J.-M. PONTIER, J. BLANCHET (Dir.), Lamy Droit de la santé, Wolters Kluwer, Lamy Expert, Novembre 2011.

J. PENNEAU

- *Médecine – Auxiliaires médicaux*, Répertoire de droit pénal et de procédure pénale, Dalloz, Octobre 2010 (actualisation : Juillet 2021).

R. TOSI

- *Dictionnaire des sentences latines et grecques*, traduit de l'italien par Rebecca LENOIR, Jérôme MILLON, 2010.

Articles et chroniques

Actes de colloque, chapitres d'ouvrages, ouvrages collectifs

F. ACKER

- « *Les infirmières hospitalières. Une segmentation du travail, une diversification des emplois et des métiers* » in : Un groupe professionnel aux multiples facettes : les infirmières – Sociologie santé, 2012, n°35, pp. 57-75.

G. AIGUIER, J.-P. COBBAUT

- « *Chapitre 1. Le tournant pragmatique de l'éthique en santé : enjeux et perspectives pour la formation* », Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, vol. 27, no. 1-2, 2016, pp. 17-40.

I. ARNAL-CAPDEVIELLE

- « *Chapitre 6. Les droits et libertés individuelles des usagers* », in : I. ARNAL-CAPDEVIELLE (Dir.), Le droit des établissements et services médico-sociaux, Presses de l'EHESP, 2020, pp. 111-127.

C. ARICH, G. DAURAT

- « *Compte qualité et hémovigilance* », XIIè congrès SFVTT 2016, Transfusion Clinique et Biologique, Volume 23, Issue 4, Novembre 2016, p. 268.

C. ATIAS

- « *Spécificité de l'activité médicale et responsabilité* », in : La responsabilité civile du médecin. Actes du Colloque (19-20 juin 1992) organisé par le Laboratoire d'Épistémologie Juridique (Faculté de droit et de Science Politique), La faculté de médecine de Marseille, le Conseil Départemental des Bouches du Rhône de l'Ordre National des Médecins, PUAM, 1993, pp. 109-134.

O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS

- « *2. Les réponses de l'État permettent-elles de repeupler les déserts médicaux géographiques ?* », in : O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS (Dir.), Les déserts médicaux en question(s), Presses de l'EHESP, 2021, pp. 25-41.

J. BALAS-EZZEMZAMI

- « *Le temps des « processus cœur de mission »* », in. J. BALAS-EZZEMZAMI, J.-M. COMBES, C. LOUJOU-JULIEN, D. MIAILHE, Le management dans le champ social et médico-social, Rapports au pouvoir, à la norme et au changement, Seli Arslan, Paris, 2017, pp. 105-112.

A.-S. BARTHEZ

- « *Les avis et recommandation des autorités administratives indépendantes* », pp. 59-74, in. Association Henri Capitant, Le droit souple, Dalloz, coll. Thèmes et commentaires, 2009.

J. BATTIN

- « *Grandeur et servitudes de la médecine* », in : A. LECA, H. GAUMONT-PRAT, C. CASTAING (Coord.), Mélanges en l'honneur de Jean-Marie CLÉMENT, Enseignement, Hôpital, Médecine, LEH Édition, Collection Mélanges, Bordeaux, 2014, pp. 473-490.

C. BERGOIGNAN-ESPER, P. SARGOS

- « *31-34 : Fondement délictuel (1835) puis contractuel (1936), puis de nouveau délictuel (2002) de la responsabilité pour faute des professionnels de santé. Charge et difficultés de la preuve* », in Les grands arrêts du droit de la santé, Dalloz, 3ème éd., déc. 2020, pp. 233-254.
- « *35 : Obligation de donner au patient des soins conformes aux données acquises de la science* », *ibid.*, pp. 255-275.

J. BERNARD

- *Préface* de J.-M. CLÉMENT, 1900-2000 : La mutation de l'hôpital, LEH Édition, Ouvrages généraux, Bordeaux, 2001, p. 5.

E. BERTRAND

- « *De la culture des risques à la culture sécurité*… », in : E. BERTRAND, J. SCHLATTER (Dir.), Qualité et sécurité en établissement de santé. Panorama de la gestion des risques en France – 2019-2020, LEH Édition, Ouvrages Généraux, Bordeaux, 2020, pp. 23-24.

B. BÉVIÈRE-BOYER

- « *La relation médicale : de la complémentarité de la pratique médicale, du droit et de l'éthique* », in : B. PY, F. VIALLA, J. LEONHARD (coor.), Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau. Droit médical et éthique médicale : regards contemporains, Première partie, LEH Édition, LEH Édition, Collection Mélanges, Bordeaux, 2015, pp. 45-54.

H. BLAIN, Y. ROLLAND, J. BOUQUET, S. MIOT

- « *Soigner dans l'urgence. Retour d'expérience Covid. Prévention Covid-19 chez les sujets âgés hébergés en établissement médico-social. Une stratégie innovante mise en place en Occitanie* » in : F. VIALLA, P. VIELFAURE (Dir.), Les pouvoirs publics face aux épidémies. De l'Antiquité au XXIè siècle, LEH Éditions, A la croisée des regards, Bordeaux, 2021, pp. 179-188.

D. BLANC

- « *La compatibilité de la planification sanitaire avec le droit de l'Union européenne* », in : J.-F. CALMETTE (dir.), La santé publique à l'épreuvre de la rareté, Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2013, pp. 71-87.

F. BOIRON

- « *Face à l'incertitude, piloter un CHU au – long – cours de la crise Covid* », in : F. VIALLA, P. VIELFAURE (Dir.), Les pouvoirs publics face aux épidémies. De l'Antiquité au XXIè siècle, LEH Éditions, A la croisée des regards, Bordeaux, 2022, pp. 213-220.

X. BONNET, F. PONCHON

- « *Fiche 14. La sécurité alimentaire* », L'usager et le monde hospitalier. 50 fiches pour comprendre le fonctionnement hospitalier, sous la direction de X. BONNET, F. PONCHON, Presses de l'EHESP, 2018, pp. 72-76.

J.-F. BOSSU

- « *La systémique et le risque* », in : E. BERTRAND, J. SCHLATTER (Dir.), Qualité et sécurité en établissement de santé. Panorama de la gestion des risques en France – 2017, LEH Édition, Ouvrages Généraux, Bordeaux, 2017, pp. 89-109.

J. BRIENS, P. DELOR

- « *Avant-propos* », in : V. MEYER (Dir.), 2002-2012 : Performance, sens et usure, LEH Éditions, GEPSo, Bordeaux, 2013, pp. 7-14.

S. BRISSY

- « *Les qualifications et parcours des professionnels de santé saisis par le droit* », in : P.-Y. BERNARD, P. CAILLAUD, S. GHAFFARI, V. GOSSEAUME, G. HOUDEVILLE, et al., Qualifications et parcours – Qualification des parcours, XXVèmes journées du longitudinales, Céreq échanges, Nantes, 20 et 21 juin 2019, pp. 189-200.
- « *Amplifier l'évolution du droit des professions de santé* », Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie, N° Spécial 33, 2022, pp. 21-27.

F. BROUCAS

- « *Le développement de la médecine en distanciel* », in : L. BLOCH (Dir.), Numérique et crise sanitaire, LEH Édition, Actes et séminaires, Bordeaux, 2021, pp. 11-16.

M. BRUNEL

- « *Piloter un établissement médico-social dans l'urgence* », in : F. VIALLA, P. VIELFAURE (Dir.), Les pouvoirs publics face aux épidémies. De l'Antiquité au XXIè siècle, LEH Éditions, A la croisée des regards, Bordeaux, 2021, pp. 221-230.

P. CAMBERLEIN, J. GRANGERAY-DUREUIL, C. JAUBERT-BRISSE

- « *Chapitre 36 – Le polyhandicap et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Des références à partager* », in : P. CAMBERLEIN, G. PONSOT, La personne polyhandicapée, Dunod, Guides Santé Social, 2021, pp. 677-700.

F. CANTELLI

- « *Chapitre 4 / Comment faire exister les droits du patient ?* », P.-Y. BAUDOT, A. REVILLARD (éd.), L'État des droits. Politique des droits et pratiques des institutions. Presses de Sciences Po, 2015, pp. 149-176.

G. CAUMES

- « *La nécessaire réingénierie du décret infirmier au regard de la crise du Covid* » in : I. POIROT-MAZÈRES, M. TOUZEIL-DIVINA (Dir.), Quarante ans de droit(s) de la santé, L'Épitoge, Droit(s) de la santé, Vol. 1, 2022, pp. 249-258.

L. CHAMBAUD,

- « *Notre système de santé à l'épreuve du futur. Anticiper pour mieux répondre aux besoins à venir* » in : I. POIROT-MAZÈRES, M. TOUZEIL-DIVINA (Dir.), Quarante ans de droit(s) de la santé, L'Épitoge, Droit(s) de la santé, Vol. 1, 2022, pp. 347-354.

P. CHAMBOREDON, O. VERAN

- Propos de conclusion du colloque « *Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?* », Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie, N° Spécial 33, 2022, pp. 70-76.

J. CHEVALLIER

- « *Conclusion / État des droits versus état de droit ?* », P.-Y. BAUDOT, A. REVILLARD (éd.), L'État des droits. Politique des droits et pratiques des institutions. Presses de Sciences Po, 2015, pp. 245-255.

P. CLAVERT, N. SAINT HILARY

- « *Chapitre 7. Quelles leçons organisationnelles et managériales de la Covid pour les blocs opératoires ?* », in : T. NOBRE (Dir.), L'hôpital pendant la Covid-19 : innovations, transformations et résilience. Les leçons des professionnels de santé du Grand Est et d'ailleurs, EMS Editions, Ad Salutem, pp. 113-133.

J.-M. CLÉMENT

- « *Le consumérisme médical : de l'usager au consommateur de soins* », in : B. PY, F. VIALLA, J. LEONHARD (Dir.), Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau, Tome 1, LEH Éditions, Collection Mélanges, 2015, pp. 339-350.

A. DE BROCA

- « *Médicalisation des EHPAD. Quelle place pour la personne hébergée en EHPAD et sa parentèle depuis mars 2020 ?* », in : G. FAURÉ, S. SÉDILLOT (Dir.), La prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Regards sur la crise du modèle français des EHPAD, CEPRISCA, Collection Colloques, Diffusion Lextenso, 2021, pp. 117-136.

G. DE POUVOURVILLE

- « *28. Le financement des hôpitaux* », in P.-L. BRAS et al., Traité d'économie et de gestion de la santé, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P), Hors collection, 2009, pp. 269-274.

T. DENISE

- « *La modernisation de l'hôpital public en France : l'idéal technocratique de normalisation* », in : I. GRAND, S. JUAN, J. VIGNET (Dir.), La technocratie en France. Une nouvelle classe dirigeante ?, Éditions Les Bords de l'Eau, Documents, pp. 87-97.

S. DOLAN, M. EL ALAOUI EL WAHIDI

- « *Chapitre 33 : « comment créer des organisations éthiques ? la gestion par les valeurs* », in : F. DE BRY, J. IGALENS, J.-M. PERETTI (coord.), Éthique et responsabilité sociale.

78 experts témoignent. Mélanges en l'honneur de Michel Joras, EMS Management & Société, Questions de société, 2010, pp. 273-279.

J.-P. DOMIN

- « *Le dilemme efficacité versus équité dans le financement hospitalier : une lecteur institutionnaliste* », in : P. BATIFOULIER, A. BUTTARD, J.-P. DOMIN, Santé et politique sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gadreau, Paris, Éditions Eska, 2011, pp. 234-245.

D. DREYFUSS

- « *Malaise dans la réanimation : progrès médical et tensions éthiques* », in : R. FRYDMAN, M. FILS-TREVES (éd.), L'intranquillité. Déni ou réalité ? Presses Universitaires de France, 2017, pp. 83-95.

Y. DUBOIS

- « *Chapitre 1. Le management des ressources humaines* », in : M. LOUAZEL (éd.), Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé. Presses de l'EHESP, 2018, pp. 291-314.

G. DUHAMEL, É. MINVIELLE

- « *32. Évaluer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé* », In : P.-L. BRAS (éd.), Traité d'économie et de gestion de la santé. Presses de Sciences Po, 2009, pp. 307-314.

G. FAURÉ, S. SÉDILLOT

- « *Propos introductif* », in : G. FAURÉ, S. SÉDILLOT (Dir.), La prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Regards sur la crise du modèle français des EHPAD, CEPRISCA, Collection Colloques, Diffusion Lextenso, 2021, pp. 117-136.

O. FAURE

- « *Des maisons de santé aux cliniques chirurgicales* », in Les cliniques privées, Deux siècles de succès, Presses Universitaires de Rennes, 2012, pp. 19-42.

O. FILHOL

- « *La démarche qualité : cette douce tyrannie de la transparence* », in : X. GALLUT (éd.), La démarche qualité dans le champ médico-social, Érès, 2010, pp. 21-45.

D. FOLSCHEID, J.-F. MATTEI

- « *Chapitre III : Éthique et anthropologie* » in D. FOLSCHEID, B. FEUILLET-LE MINTIER, J.-F. MATTEI, Philosophie, éthique et droit de la médecine, Thémis Philosophie, PUF, 1ère éd. 1997, pp. 32-41.

D. FOLSCHEID, J.-J. WUNENBURGER

- « *Chapitre XV – La finalité de l'action médicale* », in : D. FOLSCHEID, B. FEUILLET-LE MINTIER, J.-F. MATTEI, Philosophie, éthique et droit de la médecine, Thémis Philosophie, PUF, 1ère éd. 1997, pp. 139-146.

C. GEORGES-TARRAGANO, K. BRÉHAUX, F. PIERRU, D. MECHALI

- « *Du souci de l'autre à la responsabilité collective. Pour une éthique de la collégialité* », in : C. GEORGES-TARRAGANO (éd.), Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût. Presses de l'EHESP, 2015, pp. 283-307.

M. GIRER

- « *Le suicide d'un usager en établissement de santé (hors psychiatrie) et en établissement médicosocial* », in : F. VIALLA, P. VIELFAURE, S. JOLY (Dir.), Le suicide. De l'Antiquité au XXIème siècle, LEH Édition, A la croisée des regards, Bordeaux, 2022, pp. 723-741.

A. GRATACAP, P. MÉDAN

- « *Chapitre 6. Le management intégré de la qualité* », dans : A. GRATACAP, P. MÉDAN (dir.), Management de la production – Concepts – Méthodes – Cas, Dunod, Paris, 2013, pp. 319-390.

P. GRANDJEAN

- « *Outils et modèles de pilotage de la performance* », in B. FERMON, P. GRANDJEAN (Dir.), Performance et innovation dans les établissements de santé, DUNOD, 2015, pp. 31-66

A. GRIMALDI

- « *La maladie chronique sonne toujours deux fois* », in : É. ZUCMAN (éd.), Prendre soin de ceux qui ne guériront pas. La médecine questionnée par l'incurabilité et la fin de vie. Érès, 2016, pp. 157-174.

J. GUIET-SILVAIN

- « *Paroles de soignants face à la Covid 19 : angoisse, engagement, humilité* », in : L. BERGUGNAT (éd.), Des professionnels face à la pandémie. Un devoir de mémoire. Champ social, 2021, pp. 115-129.

J.-P. GUTTON

- « *Réformes, projets et réalités : la fin de l'Ancien Régime* », in J. IMBERT, Histoire des hôpitaux en France, Histoire des hôpitaux en France, Toulouse, Privat, 1983, pp. 221-270.

A.-C. HARDY

- « *3. Élections et sélections médicales* », in. A.-C. HARDY (dir.), Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical, Presses de l'EHESP, 2013, pp. 73-109.

A. HATCHUEL, J.-C. MOISDON, H. MOLET

- « *Budget global hospitalier et groupes homogènes de malades* », Politiques et Management public, vol. 3, n° 4, 1985. Numéro spécial – E. LEVY, B. MAJNONI D'INTIGNANO (dir.), Innovations et régulations dans les systèmes de santé (France – USA), pp. 99-114.

M.-O. JAFFRE

- « *Chapitre 10. Efficience et optimisation au bloc opératoire, cœur de l'hôpital-entreprise* », in F. LANGEVIN (dir.), Architecture et ingénierie à l'hôpital. Le défi de l'avenir. Presses de l'EHESP, 2018, pp. 95-104.

J.-M. JANUEL, P. ASTAGNEAU

- « *8. Qualité des soins et sécurité des patients : quel rôle dans la performance, quels modes d'évaluation et quels outils ?* », in : E. MINVIELLE éd., Manager une organisation de santé. L'apport des sciences de gestion., Presses de l'EHESP, « Recherche, santé, social », Rennes, 2018, pp. 157-179.

M. JEAN

- « *Le droit à l'intimité et à la vie privée de la personne âgée ou handicapée adulte en établissement médico-social* », in : M. JEAN, A. DUTIER (Dir.), L'intimité menacée ? Le souci de l'intimité dans la pratique du soin et de l'accompagnement : quels enjeux éthiques ?, Érès, 2019, pp. 77-84.

O. JONQUET

- « *Quelle place pour l'éthique et les instances éthiques ?* », in : F. VIALLA, P. VIELFAURE (Dir.), Les pouvoirs publics face aux épidémies. De l'Antiquité au XXIè siècle, LEH Éditions, A la croisée des regards, Bordeaux, 2021, pp. 259-268.

C. LANTERO

- « *Déontologie & responsabilité civile* » in : I. POIROT-MAZÈRES, M. TOUZEIL-DIVINA (Dir.), Quarante ans de droit(s) de la santé, L'Épitoge, Droit(s) de la santé, Vol. 1, 2022, pp. 103-108.

L. LAUDE

- « *Chapitre 2. Gouvernance et organisation interne des hôpitaux publics français* », in : M. LOUAZEL (éd.), Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé. Presses de l'EHESP, 2018, pp. 165-178.

T. LE LUDEC

- « *Postface. De l'intérêt de confronter les points de vue et d'agir localement* », in : M. MAURY, P. TAOUREL, Les médecins ont aussi leurs maux à dire, Erès, Questions de société, 2019, pp. 219-237.

D. LHUILIER, A.-M. WASER

- « *Vivre avec une maladie chronique* », in : D. LHUILIER, A.-M. WASER (Dir.), Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique. Érès, 2016, pp. 23-101.

P. LIGNEAU

- « *Le droit à la santé à l'épreuve du Droit* », in : Mélanges en l'honneur de Jean-Henri Soutoul, LEH Édition, Collection Mélanges, 2013, pp. 147-164.

J.-R. LOUBAT

- « *Chapitre 3. Les ESMS à l'épreuve de la performance* », in : J.-R. LOUBAT (dir.), Élaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale, Dunod, « Santé Social », Paris, 2012, pp. 75-98.

P. MARIN

- « *Chapitre 8. La lente maturation du système de santé en France* » in : J. RAIMONDEAU (éd.), Manuel de santé publique, Presses de l'EHESP, Références Santé Social, 2020, pp. 231-256.

P. MARIN, J. RAIMONDEAU, G. HUTEAU, P. NATY-DAUFIN, P.-H. BRÉCHAT

- « *Chapitre 18. Enjeux pour le système de santé français : les évolutions et innovations de l'organisation* » in. J. RAIMONDEAU (éd.), Manuel de santé publique, Presses de l'EHESP, Références Santé Social, 2020, pp. 513-542.

P. MARVANNE

- « *De celui qui endura…au patient chercheur !* », in : C. HERVÉ, M. STANTON-JEAN et M.-F. MAMZER (dir.), La participation des patients, Dalloz, Thèmes & Commentaires, 2017, pp. 125-133.

J.-F. MATTEI

- « *Préface* », in L. DUBOUIS (dir.), Progrès médical et droit européen, La documentation française, Collection Monde européen et international, Centre d'Études et de Recherches Internationales et Communautaires Université d'Aix-Marseille III, Paris, 1999, pp. 3-4.

N.-J. MAZEN

- « *L'éthique est rencontre de l'autre* », in : B. PY, F. VIALLA, J. LEONHARD (Dir.), Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau, Tome 1, LEH Éditions, Collection Mélanges, Bordeaux, pp. 187-196.

M. MAZZUCOTELLI

- « *Professionnels libéraux et Covid-19 : d'oubliés à rescapés* », in : F. VIALLA, P. VIELFAURE (Dir.), Les pouvoirs publics face aux épidémies. De l'Antiquité au XXIè siècle, LEH Éditions, A la croisée des regards, Bordeaux, 2021, pp. 244-245.

E. MINVIELLE

- « 1. *Gérer et comprendre l'organisation des soins hospitaliers* », in : G. CRESSON (éd.), Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques. Presses de l'EHESP, 2000, pp. 115-131.

M.-L. MOQUET-ANGER

- « *Intérêt général et droit de la santé publique* », in : A. CARTIER-BRESSON, M. COLLET, C.-A. DUBRUEIL, T. LARZUL, A. VAN LANG, C. VAUTROT-SCHWARZ, L'intérêt général. Mélanges en l'honneur de Didier TRUCHET, Dalloz, Études, mélanges, travaux, Juin 2015, pp. 393-394.

S. PARICARD

- « *La médecine saisie par la convenance personnelle* », in : B. PY, F. VIALLA, J. LEONHARD (Dir.), Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau, Tome 2, LEH Éditions, Collection mélanges, Bordeaux, 2015 pp. 25-45.

T. PARSONS

- « *The professions and social structure* » in : Essays in Sociological Theory pire and applied, Glencoe, Free Press.

D. PELJAK

- « *Enseignement, recherche et hôpital : une équation financière impossible ?* », in : A. LECA, H. GAUMONT-PRAT, C. CASTAING (Coord.), Mélanges en l'honneur de Jean-Marie CLÉMENT, Enseignement, Hôpital, Médecine, LEH Édition, Collection Mélanges, Bordeaux, 2014, pp. 689-696.

D. PENÉ

- « *Quelle perspective philanthropique pour l'humain usagé ?* », in : V. MEYER (Dir.), 2002-2012 : Performance, sens et usure dans les pratiques des professionnels en travail social, LEH Éditions, GEPSO, Bordeaux, 2013, pp. 171-182.

E. PEREZ

- « *La performance a sans doute besoin du collectif pour exister* », in C. DEMATEÏS (coord.), Promouvoir l'humain en institution médico-sociale, Récits, analyses et perspectives de réajustements, Seli Arslan, 2018, pp. 105-109.

B. PITCHO

- « *Les valeurs du soin. Le crépuscule du colloque singulier ?* », in : A. LECA, H. GAUMONT-PRAT, C. CASTAING (Coord.), Mélanges en l'honneur de Jean-Marie CLÉMENT, Enseignement, Hôpital, Médecine, LEH Édition, Collection Mélanges, Bordeaux, 2014, pp. 697-706.

G. PONSOT

- « *Les enfants polyhandicapés : du « il n'y a rien à faire » à « il y a toujours quelque chose à faire » Pour le médecin, un long cheminement* », in : É. ZUCMAN (éd.), Prendre soin de ceux qui ne guériront pas. La médecine questionnée par l'incurabilité et la fin de vie. Érès, 2016, pp. 227-255.

B. PY

- « *Commentaire de l'avis CCNE n°118 Vie affective et sexuelle des personnes handicapées : Question de l'assistance sexuelle* », in : A. GIAMI (Dir.), Des Sexualités et des Handicaps, Questions d'Intimités, PUN 2013, pp. 325-349.

J. RAIMONDEAU

- « *Chapitre 13. La qualité dans le système de santé* », in. J. RAIMONDEAU (dir.), Manuel de santé publique, Rennes, Presses de l'EHESP, « Références Santé Social », 2020, p. 369-393.

P. ROUSSEAU, D. FABLET

- « *De la passion évaluative … au culte de la performance* », in V. MEYER, (dir.), 2002-2012 : Performance, sens et usure. Dans les pratiques des professionnels en travail social, LEH Édition, 2012, GEPSo, Bordeaux, pp. 45-55.

G. ROUSSET, P. VERON

- « *Les établissements psychiatriques confrontés au suicide* », in **F. VIALLA, P. VIELFAURE, S. JOLY (Dir.)**, Le suicide. De l'Antiquité au XXIème siècle, LEH Édition, A la croisée des regards, Bordeaux, 2022, pp. 742-758.

J. SAINT-ARNAUD

- « *Chapitre 1 : la justice sociale et les limites des ressources en santé* » in : J.-C. BELISLE PIPON, B. GODARD et J. SAINT-ARNAUD (dir.), Les enjeux éthiques de la

limite des ressources en santé, Presses de l'Université de Montréal, Paramètres, 2016, pp. 17-32.

J.-L. SAN MARCO

- « *Chapitre XI : Éthique et santé publique* » in D. FOLSCHEID, B. FEUILLET-LE MINTIER, J.-F. MATTEI, Philosophie, éthique et droit de la médecine, Thémis Philosophie, PUF, 1ère éd. 1997, pp. 497-508.

C. SAVY

- « *La politique de santé, la distribution des soins – gaspillages et solutions* », in. B.-C. SAVY, E. TREMBLAY et R. DE LA CROIX, La Santé, un combat politique, Éditions de l'Avenir, 1972, pp. 86-99.

F.-X. SCHWEYER

- « *17. Une cité hospitalière : quand l'hôpital se donner une image. Analyse sociologique d'un film* », in : F. DOUGUET (éd.), Image et santé. Matériaux, outils, usages., Rennes, Presses de l'EHESP, Recherche, santé, social, 2011, p. 207-227.

J.-P. SEGADE

- « *L'hôpital, le service public, le droit hospitalier, l'administration face au progrès médical : la place du juriste* », in : A. LECA, H. GAUMONT-PRAT, C. CASTAING (Coord.), Mélanges en l'honneur de Jean-Marie CLÉMENT, Enseignement, Hôpital, Médecine, LEH Édition, Collection Mélanges, Bordeaux, 2014, pp. 419-428.

P. SIMON

- « *Pratiques de télésanté : quelles perspectives ?* », in : in : J.-L. STANISLAS (Dir.), Innovation & management des structures de santé en France, LEH Édition, Ouvrages généraux, Bordeaux, 2022, pp. 599-611.

A. SUPIOT

- « *La contractualisation de la société* », in : Y. MICHAUD (Dir.), Qu'est-ce que l'humain ?, 1ère éd., Odile Jacob, 2006, pp. 157-167.

D. TABUTEAU

- « *La santé publique en France, une histoire singulière* », In : P. SUESSER, M.-C. COLOMBO (éd.), Conjuguer la santé de l'enfant et de la famille au singulier et au pluriel. Du soin individuel à la santé publique. Érès, 2015, pp. 17-44.

D. TERRAL

- « *Le médico-social combine le sanitaire et le social* », in : D. TERRAL (dir.), Accompagner la personne handicapée à domicile, Dunod, 2013, pp. 35-64.

G. VALLANCIEN

- *Table-ronde 2 : Évolution des professions en santé* in : Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie, N° Spécial 33, 2022, pp. 31-32.

F. VALLETOUX,

- « *L'hôpital & le Droit : de l'îlot au territoire* » in : I. POIROT-MAZÈRES, M. TOUZEIL-DIVINA (Dir.), Quarante ans de droit(s) de la santé, L'Épitoge, Droit(s) de la santé, Vol. 1, 2022, pp. 325-331.

H. VAN DEN BRINK

- « *Quelle place pour les représentants de malades usagers dans la refonte du système de santé en France ?* », in : C. DUSSART, M.-A. NGO, V. SIRANYAN, P. SOMMER (Dir.), De la démocratie sanitaire à la démocratie en santé, Volume 2, L'optimisation des parcours de vie, de santé et de soins des personnes en situation de handicap pour une meilleure autonomie au quotidien, LEH Éditions, Actes et séminaires, Bordeaux, 2019, pp. 13-23.

A. VAUTARD

- « *L'avenir du système de santé français ou la résolution d'une équation à deux inconnues : enjeux démographiques et territoriaux* », in : A. LECA, H. GAUMONT-PRAT, C. CASTAING (Coord.), Mélanges en l'honneur de Jean-Marie CLÉMENT, Enseignement, Hôpital, Médecine, LEH Édition, Collection Mélanges, Bordeaux, 2014, pp. 707-720.

F. VEDELAGO

- « *5. L'usager comme atout stratégique du changement dans le système de santé* », Geneviève Cresson éd., Les usagers du système de soins. Presses de l'EHESP, 2000, pp. 55-73.

R. VERNEJOUL

- « *Préface* », in : Ordre National des Médecins, Guide pratique d'exercice professionnel à l'usage des Médecins, Masson et Cte, 5ème éd., Paris, 1963, pp. 5-6.

F. VIALLA

- « *Vie privée, vie affective, vie sexuelle en « institution » (chap. 3)* ». Chronique sociale. Handicaps et accompagnements à la vie affective, sensuelle et sexuelle. Plaidoyer en faveur d'une liberté !, pp. 47-56, 2017, 978-2-36717-416-7.
- « *« Salutat vos lucas medicus carissimus ». L'ambivalence des devoirs du médecin* », in : B. PY, F. VIALLA, J. LEONHARD (coor.), Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau. Droit médical et éthique médicale : regards contemporains, Deuxième partie, LEH Édition, Collection Mélanges, Bordeaux, 2015, pp. 209-226.

- « *Regard décalé sur la démarche qualité* », in : A. LECA, H. GAUMONT-PRAT, C. CASTAING, *Enseignement, Hôpital, Médecine*, Mélanges en l'honneur de Jean-Marie Clément, LEH Édition, Collection Mélanges, Bordeaux, 2014, pp. 721-736.

C. VIGOUR

- « *Chapitre 10 / Choix politiques et inertie des dépenses. L'augmentation et les efforts de maîtrise du budget de la justice (1980-2010)* », in : P. BEZES (éd.), Gouverner (par) les finances publiques. Paris, Presses de Sciences Po, « Académique », 2011, p. 451-489.

D. VINOT

- « *Les « valeurs » du management en santé : quels fondements pour une éthique des comportements organisationnels ?* », in : E. MARTINENT, M. STANTON-JEAN, M.-F. MAMZER (Dir.), Réflexion et recherches en éthique. Mélanges en l'honneur du Professeur Christian Hervé, Dalloz, Thèmes & Commentaires, 2018, pp. 163-175.

J. WEISSEMBURGER

- « *Événements indésirables graves* », in : E. BERTRAND, J. SCHLATTER (Dir.), Qualité et sécurité en établissement de santé. Panorama de la gestion des risques en France – 2017, LEH Édition, Ouvrages Généraux, Bordeaux, 2017, pp. 139-154.

J. WILS

- « *Les attentes des usagers : au-delà de la plainte…* », in C. GEORGES-TARRAGANO (éd.), Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût. Presses de l'EHESP, 2015, pp. 21-29.

Revues juridiques

A. AIMEUR, J.-P. GUYONNET

- « *Déclarer un événement indésirable grave associé à des soins, de la fonction de prévention à la fonction d'alerte de l'autorité sanitaire* », RDS, n° 83, 2018, pp. 356-367.

E. ALFANDARI

- « *Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements et services sociaux et médico-sociaux* », Dalloz, RDSS, 2009, p. 586.

B. APOLLIS, E. TERRIER

- « *La réforme de la planification hospitalière* », Dalloz, AJDA, 2006, p. 422.

B. APOLLIS

- « *La dualité fonctionnelle du directeur général de l'ARS* », RDS, n° 53, 2013, pp. 377-381.

- « *L'hospitalisation à temps partiel* », RDSS, Dalloz, 2016, p. 29.
- « *Territorialisation des politiques de santé et structuration des parcours de santé* », RDS, n°2, 2016, pp. 65-72.
- « *Le financement du service public hospitalier* », Dalloz, RDSS, 2017, p. 657.
- « *Vers une transformation financière du système de santé ?* », RDSS, Dalloz, 2019, p. 35.
- « *Autorisations, coopération et concurrence dans le secteur hospitalier* », Dalloz, RDSS 2020, p. 433.
- « *Le financement de l'hospitalisation privée* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 998.

F. ARHAB-GIRARDIN

- « *L'aide à la décision médicale de la personne âgée vulnérable* », Dalloz, RDSS, 2018, p. 779.

C. ATIAS

- « *Les références médicales opposables : révolution et continuité ?* », Dalloz, RDSS, 1995, p. 21.

J.-M. AUBY

- « *La légitimité de l'intervention publique dans le domaine de la santé* », Dalloz, AJDA, 1995, p. 588.

J.-B. AUBY

- « *Santé publique - Territorialisation : le cas de la santé* », Lexis Nexis, Droit Administratif n°1, Janvier 2012, repère 1.

A. AUDOUIN

- « *Hospitalisation privée et organisation de l'offre de soins* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 990.

M.-E. BANQ

- « *Les nouveaux contrats d'objectifs et de moyens* », LEH Édition, RDS, n° 15, 2007, pp. 115-117.

C. BARLET

- « *Autorisations, inspection et contrôle des établissements de santé* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 442.

H. BERGERON, P. CASTEL

- « *Normalité, normalisation et normation* », Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM), vol. 12, no. 4, 2015, pp. 7-17.

Q. BLUCHE

- « *On se tient au jus !* », LEH Édition, RDS, n°87, Janvier 2019, pp. 9-10.
- « *Simplification, territorialisation, du ménage dans les missions des ARS* », RDS, n° 99, 2021, pp. 89-91.

P. BONAFINI

- « *Quels enjeux pour le secteur privé non lucratif ?* », LEH Édition, RDS, n°92, 2019, pp. 953-954.

B. BONNICI

- « *La maîtrise des dépenses de santé. Réflexions sur la problématique* », RDSS, Dalloz, 1993, p. 411.

M. BORGETTO

- « *La maltraitance en établissement* », Dalloz, RDSS, 2006, p. 967.
- « *Les lois des 2 janvier et 4 mars 2002 : dix ans après* », Dalloz, RDSS, 2012, p. 411.
- « *Le parcours du patient* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 393.

J.-F. BOUDET

- « *L'évaluation de la performance des systèmes de santé : approche technique et limite de la comparaison* », CDSA, n°25, 2017, pp. 159-171.

F. BOURDILLON

- « *Les territoires de santé : un outil de planification en santé* », Dalloz, RDSS, 2009, p. 28

R. BOURRET, E. MARTINEZ, F. VIALLA, A. CUDENNEC, A. GIBELIN, J. FONTANA-CONTENT

- « *Théorie et pratique de la médiation en santé. L'exemple du Languedoc-Roussillon* », Elsevier Masson SAS, Droit, Déontologie & Soin, Vol. 14, Issue 2, Juin 2014, pp. 183-192.

M. BOUTEILLE-BRIGANT

- « *L'évolution consumériste de la notion d'acte médical* », Lexis Nexis, La Semaine Juridique, Édition Entreprise, supplément du 8 février 2001, Droit des entreprises de santé, pp. 17-20.

P.-L. BRAS

- « *Notre système de soins est-il gouverné ?* », Dalloz, Droit social, 2003, p. 1005.
- « *La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné ?* », Dalloz, Droit social, 2009, p. 1126.

A. BREZIN, C. ZOLEZZI

- « *La chirurgie ambulatoire : une dynamique engagée au sein du Groupe hospitalier Paris Centre* », RDSS, Dalloz, 2016, p. 21.

M. BRUNEL

- « *Cent ans d'établissements sanitaires privés* », LEH Édition, RDS, n°100, 2021, pp. 302-306.

- « *Urgence sanitaire et assouplissement des règles de gestion des ESMS* », LEH Éditions, RDS, n°96, Bordeaux, Juillet 2020, pp. 713-714.

J.-F. BUSSIÈRES, C. LE GAL FONTES, G. LEGUELINEL

- « *Le financement à l'épisode de soins : un modèle efficient pour renforcer le lien ville-hôpital en France et au Québec ?* », LEH Édition, RGDM, n° 27, 2019, pp. 211-226.

M. CARDON

- « *La tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de soins privés : la transition amorcée* », Dalloz, RDSS, 2005, p. 963.

C. CASTAING

- « *Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ?* », Dalloz, AJDA, 2009, p. 2212.

C. CHAUVET

- « *La nature juridique de l'Agence régionale de santé* », Dalloz, RDSS, 2016, p. 405.

F. CHAUVIN

- « *De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé* », Dalloz, RDSS, 2009, p. 65.

C. CHAUVIN

- « *La nature juridique de l'Agence régionale de santé* », Dalloz, RDSS, 2016, p. 405.

G. CHAVRIER

- « *Établissement public de santé, logique économique et droit de la concurrence* », Dalloz, RDSS, 2006, p. 274.

G. CHEVILLARD

- « *Déserts médicaux, zones défavorisées et zones fragiles en offre de soins : les maisons de santé sont-elles une solution ?* », LEH Édition, RGDM, n°58, 2016, pp. 157-176.

O. CIAUDO

- « *La procédure d'accréditation des établissements de santé* », LEH Édition, RGDM, n°8, 2002, pp. 21-46.

F. CLAUDOT, T. LECLERC, F. MICHEL, P.-F. PERRIGAULT, B. VEBER

- « *Enjeux éthiques de l'accès aux soins de réanimation en contexte de Covid-19* », RDS, n°96, 2020, pp. 669-672.

J.-P. CLAVERANNE, J.-B. CAPGRAS

- « *Les dynamiques de l'hospitalisation privée à but lucratif des années 80 à nos jours : le grand chambardement* », RDSS, Dalloz, 2021, p. 968.

J.-M. CLÉMENT (dir.)

- « *La création d'un fonds d'intervention régional à la disposition des ARS* », Le bulletin juridique du praticien hospitalier, n°148, mai 2012, pp. 12-14.

R. CLEMENT, O. RODAT, G. NICOLAS

- « *Procédures d'accréditation et nature des obligations en matière de responsabilité médicale* », Elsevier Masson SAS, Médecine & Droit, 2002, n° 57, pp. 1-3.

L. CLUZEL-MÉTAYER

- « *L'irruption de la qualité dans le domaine sanitaire* », Dalloz, RDSS, 2014, p. 1002.
- « *Prolégomènes à une réflexion sur le service public hospitalier* », Dalloz, RDSS, 2017, p. 595.
- « *La datasurveillance de la Covid-19* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 918.

L. COCQUEBERT

- « *Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ?* », Dalloz, RDSS, 2012, p. 3.

P. COMBEAU

- « *Les nouveaux visages territoriaux de la déconcentration* », Dalloz, RFDA, 2010, p. 1011.

C. COMPAGNON

- « *L'essor du patient expert au service d'une démocratie en santé* », Revue française des affaires sociales, no. 1, 2017, pp. 143-153.

M. CORMIER

- « *Le phénomène contractuel en droit de la santé* », LEH Édition, RGDM, n° 10, 2007, pp. 9-32.
- « *Les établissements de santé privés d'intérêt collectif* », LEH Édition, RGDM, n°15, 2011, pp. 103-114.
- « *Régulation(s) de l'hôpital public* », Dalloz, RDSS, 2015, p. 31.
- « *Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premier recours de demain ?* », Dalloz, RDSS, 2019, p. 64.
- « *Les établissements de santé privés : origine et évolutions d'une notion juridique* », RDSS, Dalloz, 2021, p. 981.

P.-A. CREPEAU

- « *La responsabilité de l'établissement hospitalier* », Journ. Droit de Mc Gill, 1981, 26.675 et 677.

D. CRISTOL

- « *Le possible contrôle, par le juge de l'excès de pouvoir, des recommandations de bonne pratique* », Dalloz, RDSS, 2006, p. 53.
- « *Le régime des autorisations sanitaires : simplification et modernisation sur ordonnance* », Dalloz, RDSS, 2018, p. 271.
- « *Les autorisations sanitaires et médico-sociales : entre rapprochement et séparation* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 475.

C. CULTRU

- « *Patient ou consommateur ?* », Droit, déontologie & soin, Vol. 4, Issue 1, Mars 2004, pp. 34-56.

P. CURIER-ROCHE

- « *L'hébergement temporaire non médicalisé : le virage de l'Hôpital* », LEH Édition, RDS, n°79, 2017, pp. 639-649.

J.-M. DE FORGES

- « *L'hospitalisation privée face à la planification hospitalière* », Dalloz, RDSS, 1990, p. 493.

M.-C. DE MONTECLER

- « *L'agence régionale de santé n'est pas juge de la pertinence des soins* », Dalloz, Dalloz actualité, 15 mars 2018.
- « *Système de santé : le gouvernement veut décloisonner* », Dalloz, AJDA, 2018, p. 1748.

O. DEBARGE

- « *La maîtrise des dépenses de santé : un enjeu financier conditionnant la politique de santé* », Revue française de finances publiques, Lextenso, n°136, p. 287.

G. DELANDE

- « *Les vicissitudes de la T2A* », Revue Droit & Santé, LEH Édition, n°15, 2007, pp. 127-130.

G. DE POUVOURVILLE, J. TEDESCO

- « *La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics* », Revue française de gestion, vol. no 146, no. 5, 2003, pp. 205-218.

M. DEL SOL

- « *Généralisation de la couverture complémentaire santé des salariés : éléments de controverse* », Droit social, Dalloz, 2014, p. 165.

M. DEL SOL, A.-S. GINON

- « *L'avenir de la prise en charge de la dépense de soin* », Dalloz, Droit social, 2022, p. 612.

G. DEMME

- « *Le secteur de la santé face au droit de la concurrence* », Regards sur l'économie allemande, 95, 2010, pp. 27-32.

A. DENIZOT

- « *Marketing législatif : une loi doit-elle être innovante ?* », Dalloz, RDSS, 2016, p. 479.

B. DERVAUX, J.-C. SAILLY

- « *Rationalisation et offre de soins - problématique générale* », LEH Édition, RGDM, n° 2, 2002, pp. 349-355.

N. DESCOURS-ALFANDARI

- « *Vers une efficience du système de compétence des professionnels dans le secteur de la santé ?* », LEH Éditions, RDS, n°72, Juillet 2016, pp. 480-484.

P. DEUMIER

- « *Avis et recommandations au regard du droit positif* », LEH Édition, RGDM, n°30, mars 2009, pp. 33-45.

G. DEVERS

- « *Histoire de l'Ordre des médecins* », Droit, Déontologie & Soin, vol. 16, Issue 2, Juin 2016, pp. 200-207.

M. DUPONT

- « *La loi du 4 mars 2002 a-t-elle changé la gestion de nos hôpitaux ?* », Dalloz, RDSS, 2012, p. 486.
- « *L'ambulatoire : éléments d'une définition* », RDSS, Dalloz, 2016, p. 7.

O. FAURE

- « *L'hospitalisation privée en rance : une perspective historique (1800-1970)* », RDSS, Dalloz, 2021, p. 961.

A. GARAY

- « *Sur les déclarations professionnelles des risques, des dommages, des anomalies survenues et des événements indésirables graves associés aux soins* », LEH Édition, RGDM, n° 63, 2017, pp. 123-134.

M.-N. GERAIN-BREUZARD

- « *Le Covid : accélérateur des évolutions à l'hôpital* », RFAS, 2021/4, pp. 121-128.

A.-S. GINON

- « *La pertinence des soins, nouvelle valeur du système de santé ?* », Dalloz, RDSS, 2018, p. 428.

M. GIRER

- « *La responsabilité du patient en sa qualité d'assuré social. Un concept vertueux ?* », LEH Édition, RGDM, Vol. 39, 2011, pp. 1-51.
- « *Les droits des patients : les enjeux d'une autonomie affirmée. Commentaire* », Sciences sociales et santé, vol. 32, no. 1, 2014, pp. 29-37.
- « *Les patients pris en charge par les établissements de santé privés* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 1021.

M. GIRER, L. KLESTA

- « *L'obligation d'information du médecin en France et en Italie* », Dalloz, RDSS, 2015, p. 853.

J.-P. GRIDEL

- « *La sénescence mentale et le droit* », Lextenso, Gazette du Palais, n°81, 22 mars 2001, p. 4.

A. GUÉGAN

- « *Responsabilité civile et hospitalisation privée* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 1038.

V. GUICHARD FRIOT, S. RABILLER

- « *La modernisation du régime des autorisations s'inscrire-t-elle dans une démarche d'innovation ?* », RDS, n° 86, 2018, pp. 856-867.
- « *Covid-19 et organisation des soins en situation sanitaire exceptionnelle* », LEH Édition, RDS, n° 96, 2020, pp. 718-720.

M. GUIGANTI

- « *La notion « d'auxiliaire médical » et la mutation de la profession infirmière* », Dalloz, RDSS, 2017, p. 708.

L. HOUDART

- « *Vers une coopération contrainte : les GHT* », LEH Édition, RDS, HS n° 2, 2016, pp. 103-109.

P. JOURDAIN

- « *Le changement de nature de la responsabilité médicale* », Dalloz, RTD Civ., 2011, p. 128.

M. KDHIR

- « *Le principe de la liberté du commerce et de l'industrie : mythe ou réalité ?* », Dalloz, Recueil Dalloz, 1994, p. 30.

C. KELLER

- « *De la communauté hospitalière de territoire au groupement hospitalier de territoire : continuité et rupture* », Lexis Nexis, La Semaine Juridique – Administrations et collectivité territoriales, 2015, pp. 38-41.

M. KRKAC

- « *On ne peut imputer aux soignants un défaut structurel d'organisation* », LEH Édition, RDS, n°77, Mai 2017, pp. 384-386.
- « *L'impact du jeu d'acteur sur l'autoévaluation des établissements de santé* », LEH Éditions, RDS, n°106, Mars 2022, pp. 199-201.

D. KRZISCH

- « *Force normative et efficacité des recommandations de bonne pratique en matière médicale* », Dalloz, RDSS, 2014, p. 1087.

Y. LAMBERT-FAIVRE

- « *La loi n°2002-303 du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. II – Les droits des malades, usagers du système de santé* », Dalloz, Recueil Dalloz, 2002, p. 1291.

A. LAMI, V. VIOUJAS

- « *Les établissements de santé face au Covid-19 : le droit hospitalier d'exception* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 963.

A. LAUDE

- « *La force juridique des références médicales opposables* », Elsevier Masson SAS, Médecine & Droit, vol. 28, 1998, p. 1-3.
- « *Le consommateur de soins* », Dalloz, Recueil Dalloz, 2000 pp. 415-419.
- « *Le patient, nouvel acteur de santé ?* », Dalloz, Recueil Dalloz, 2007, pp. 1151-1155.

F. LECLERC

- « *Les formes expérimentales d'organisation des soins* », Dalloz, Droit social, 1996, p. 823

G. LEGUELINEL-BLACHE, J.-F. BUSSIÈRES, C. LE GAL-FONTÈS

- « *Le financement à l'épisode de soins : un modèle efficient pour renforcer le lien ville-hôpital en France et au Québec ?* », LEH Éditions, RGDM, Panorama de droit pharmaceutique 2018, janvier 2019, pp. 211-226.

C. LE GAL FONTES, G. LEGUELINEL

- « *De l'importance des données en vie réelle en matière de fixation de prix des médicaments* », LEH Édition, RGDM, n° 24, 2017, pp. 33-48.

J.-M. LEMOYNE DE FORGES

- « *50 ans d'autorisations sanitaires* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 423.

M. LONG

- « *Les outils de mise en œuvre des droits des usagers : une évolution en trompe-l'œil* », Dalloz, RDSS, 2022, p. 13.

A. MAGNIER, G. GUYON, F. CLAUDOT

- « *Hospitalisation à domicile : faut-il adapter le Code de la santé publique à la prise en charge à domicile ?* », Revue française des affaires sociales, n°1, 2020, pp. 195-214.

R. MARIÉ

- « *Rémunération sur objectifs de santé publique et subordination des médecins libéraux* », Dalloz, RDSS, 2013, p. 615.
- « *A la recherche d'une plus grande transversalité des formations et des métiers de la santé* », Dalloz, RDSS, 2019, p. 74.

P. MARIN

- « *Hôpital public et « nouvelle gouvernance »* », Dalloz, RDSS, 2015, p. 41.

J.-P. MARKUS

- « *La faute du médecin et les bonnes pratiques médicales* », Dalloz, AJDA, 2005, p. 1008.
- « *Qualité et ordre public sanitaire, ou ordre public versus qualité* », Dalloz, RDSS, 2014, p. 1063.
- « *Inégalités de santé, droit aux soins : du droit à la pratique* », Droit, Santé et Société, vol. 2, no. 2, 2019, pp. 40-50.
- « *Le nudge administratif* », Dalloz, RFDA, 2022, p. 85.

N. MARTIN-PAPINEAU

- « *Entre confirmation et réorientation : la régionalisation de la santé en France* », Dalloz, RDSS, 2005, p. 253.

C. MASCRET

- « *Les recommandations des autorités sanitaires : quelle valeur juridique ?* », Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM), vol. 11, no. 3, 2015, pp. 20-28.

C. MAUGÜE

- « *Le recouvrement des frais d'hospitalisation par les hôpitaux – Conclusion sur Conseil d'État, Section (avis), 28 juillet 1995, M. Kilou* », Dalloz, RFDA, 1996, p. 386.

P. MAVRIDIS

- « *La libre circulation des patients : la boucle est-elle bouclée ?* », Petites affiches, 13 juin 2008, n°119, p. 4.

M. MAZZUCOTELLI

- « *Exercice infirmier en pratique avancée : un nouveau statut pour la profession* », LEH Éditions, RDS, Novembre 2018, pp. 925-926.
- « *Pratique avancée : la psychiatrie fait son entrée* », LEH Éditions, RDS, Janvier 2020, pp. 58-59.
- « *Un pas de plus dans la coopération imposée des groupements hospitaliers de territoire* », LEH Édition, RDS, n° 102, 2021, pp. 600-601.
- « *Les urgences font leur entrée en pratique avancée* », LEH Éditions, RDS, Janvier 2022, pp. 74-75.

G. MEMETEAU

- « *La responsabilité hôtelière de la clinique privée* », RDSS, Dalloz, 1995, p. 475.
- « *La responsabilité médicale de la clinique privée* », RDSS, Dalloz, 1997, p. 96.
- « *Le patient consommateur et le professionnel de santé* », Lextenso Édition, Les Petites Affiches, n°243, 2002, pp. 52-61.
- « *Du contrat d'hospitalisation* », Elsevier Masson SAS, Médecine & Droit, Volume 2005, Issue 71, Mars-Avril 2005, pp. 61-67.
- « *L'enseignement du droit médical* », LEH Édition, RGDM, 2007, n°22, p. 175-200.

G. MEMETEAU, M. HARICHAUX

- « *Clinique. Responsabilité contractuelle ou responsabilité délictuelle ? Patient et tiers. Garantie* », RDSS, Dalloz, 2001, p. 84.

A.-S. MESCHERIAKOFF

- « *La planification française entre centralisation et décentralisation* », Dalloz, RFDA, 1995, p. 999.

M.-L. MOQUET-ANGER

- « *Le malade à l'hôpital public : client, usager et/ou citoyen ?* », LEH Éditions, RGDM, n°12, 2004, pp. 43-51.
- « *Télémédecine et égal accès aux soins* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 13.
- « *Parcours et droits du patient* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 435.

J. MOREAU

- « *Esquisse d'une théorie juridique de territorialisation* », Dalloz, RDSS, 2009, p. 16.

J. MORET-BAILLY

- « *Les modes de définition des professions de santé : présent et avenir* », Dalloz, RDSS, 2008, p. 508.

V. MORGANTE

- « *Réalisation d'actes chirurgicaux en cabinet médical sans autorisation* », Dalloz Actualité, 8 mars 2021.

L. MORLET-HAIDARA

- « *L'impact de la loi santé sur les usagers du système de santé* », Dalloz, RDSS, 2016, p. 658.
- « *Le nouveau cadre légal de l'équipe de soins et du partage des données du patient* », Dalloz, RDSS, 2016, p. 1103.

S. MOULAY-LEROUX

- « *Le contractualisme dans le secteur social et médico-social : du mythe du contrat à la réalité de la contractualisation* », LEH Édition, RGDM, n° 32, 2009, pp. 73-90.

A. OGIEN

- « *Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle* », Revue française des affaires sociales, n°4, 2001, pp. 51-57.

J. PAGES

- « *La qualité : Une démarche cruciale* », LEH Édition, RDS, n° 10, 2006, pp. 180-182.

J. PAGES, F. VIALLA

- « *Les établissements sociaux et médico-sociaux face à la contractualisation : une volonté et un défi pour l'avenir* », RDS, n° 31, 2009, p. 446-452.

C. PASCAL, L. VERAN

- « *Vers une « sanitarisation » de la gestion des ESSMS ?* », Dalloz, JA 2017, n°562, p. 15.

J.-M. PASTOR

- « *Une nouvelle vision territoriale de la santé* », Dalloz, AJDA, 2008, p. 1985.
- « *Déserts médicaux : une situation dramatique en milieu rural* », Dalloz, AJDA, 2021, p. 1891.

R. PELLET

- « *Covid-19 : l'argent est-il le nerf de la guerre sanitaire ? Leçons d'une comparaison franco-allemande* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 972.

G. PICOT

- « *Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. Le cas de deux services hospitaliers* », Revue française des affaires sociales, no. 1, 2005, pp. 83-100.

I. POIROT-MAZERES

- « *Le coût des missions hospitalières. Des soins aux Migac, l'intérêt général à l'aune de la rationalité économique* », CDSA, n°22, 2016, pp. 55-77.
- « *Nouveaux métiers et pratiques renouvelées en santé, autre réponse aux déserts médicaux* », LEH Éditions, RGDM, n°58, Bordeaux, 2016, pp. 77-100.
- « *La réforme des études en santé* », LEH Édition, RGDM, n°72, 2019, pp. 23-42.
- « *Pratiques avancées et médecine de parcours* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 425.

D. POLTON

- « *La pertinence : trop ou trop peu de soins ?* », Revue française des affaires sociales, n°3, 2019, pp. 139-148.

J.-M. PONTIER

- « *Déserts médicaux : que faire ?* », Dalloz, AJDA, 2022, p. 121.

B. PY

- « *Les auxiliaires médicaux en pratiques avancées : qui sont-ils ? Quelles sont leurs compétences ? Quel est leur statut ?* », LEH Éditions, RDS, Septembre 2020, pp. 932-934.

C. RAJA-ROQUE

- « *Les auxiliaires médicaux dans la loi de modernisation de notre système de santé : entre stabilisation et évolution* », LEH Édition, RGDM, n°66, mars 2018, pp. 37-56.
- « *Cent ans de droit économique de la santé : le droit de la concurrence est-il au service de la protection de la santé ?* », LEH Édition, RDS, n°100, 2021, p. 307-318.

L. RAVEZ

- « *Comment la COVID-19 a sauvé l'éthique des soins de santé* », Droit, Santé et Société, vol. 2, no. 2, 2020, pp. 6-12.

V. RAVOUX

- « *La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé* », Droit social, Dalloz, 1994, p. 578.

O. RENAUDIE

- « *Télémédecine, télésanté, télésoins : des paroles aux actes* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 5
- « *Éloge de la centralisation sanitaire* », Dalloz, AJDA 2020, p. 1313

J. RICHARD, C. VIGOUROUX

- « *Du droit « mou » au droit « souple »* », Dalloz, AJDA, 2013, p. 1825.

H. RIHAL

- « *La notion d'établissement et de service social et médico-social, vingt ans après* », Dalloz, RDSS, 2022, p. 22.

L. ROQUE

- « *L'expérimentation de l'hébergement non médicalisé : un enjeu économique mal maîtrisé* », LEH Édition, RDS, n°76, 2017, pp. 239-240.

M.-C. ROUAULT

- « *Panorama de droit administratif (décembre 2020)* », Lextenso Éditions, Petites Affiches, n°106, 2021, p. 9.

G. ROUSSET

- « *Du patient au consommateur, de l'usager au citoyen : euphémisation des mots ou véritable perte de sens* », LEH Édition, RGDM, n° 11, 2008, pp. 201-210.
- « *Les recommandations de bonnes pratiques : un outil, pas une recette magique* », Elsevier, La Revue Sage-Femme, 2010, 9, pp. 261-263.
- « *La lutte contre les « déserts médicaux » depuis la loi HPST : entre désillusions et espoirs nouveaux* », Dalloz, RDSS, 2012, p. 1061.
- « *L'autonomie croissante des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture (brève présentation du décret n° 2021-980 du 23 juillet 2021)* », LEH Éditions, RDS, n° 104, Novembre 2021, pp. 894-895.
- « *La représentation des usagers depuis la loi du 4 mars 2002. Un dispositif en construction permanente* », LEH Éditions, RGDM, n°82, Mars 2022, pp. 107-121.

P. SABLIÈRE

- « *Une nouvelle source du droit ?* », Dalloz, AJDA, 2007, p. 66.

Y. SAINT-JOURS

- « *L'ambiguïté endémique de la maîtrise des dépenses de santé* », Recueil Dalloz, Dalloz, 2004, p. 1675.

J. SAISON-DEMARS

- « *Fasc. 229-50 : Droits des personnes malades et autres usagers du système de santé* », JurisClasseur Administratif, 16 juin 2014, à propos de l'arrêt Cass. Civ. 1ère., 10 juin 1987, Chantal N. : Bull. civ. 1987, I, n° 191.
- « *L'hospitalisation à domicile* », RDSS, Dalloz, 2016, p. 41.

J. SAISON

- « *Ma santé 2022 : une nouvelle étape vers la consécration d'un service public de santé ?* », Dalloz, RDSS 2019, p. 25
- « *Le parcours du patient au cœur de l'évolution du système de santé* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 395.
- « *Démocratie sanitaire et fonctionnement de l'hôpital* », Dalloz, RDSS, 2022, p. 197.

C. SAOUT

- « *L'engagement des usagers en santé : un cours nouveau ?* », Revue française des affaires sociales, no. 3, 2019, pp. 125-133.

P. SARGOS

- « *Références médicales opposables et responsabilité des médecins* », Elsevier Masson SAS, Médecine & Droit, vol. 28, 1998, pp. 9-12.

R. SAVATIER

- « *La responsabilité médicale en France (aspects de droit privé)* », Revue internationale de droit comparé, 1976, 28-3, pp. 493-510.

S. SEGOVIA-KUENY

- « *Soins de premier et de second recours* », Dalloz, RDSS, 2009, p. 35.

V. SIRANYAN, G. LEGAL

- « *La transparence et la participation des destinataires à la décision* », LEH Éditions, RGDM, n°51, 2014, pp. 67-76.

O. SMALLWOOD

- « *La normalisation des règles de l'art médical : une nouvelle source de responsabilité pour les professionnels de santé ?* », Elsevier Masson SAS, Médecine & Droit, 2006, pp. 121-126.
- « *Essai d'une qualification juridique des recommandations* », LEH Édition, RDS, n°15, Janvier 2007, pp. 17-28.

D. TABUTEAU

- « *La régionalisation du système de santé en question* », Dalloz, Droit Social, 2002, p. 745.
- « *Les services publics de santé et d'assurance maladie entre repli et renouveau* », RDSS, Dalloz, 2013, p. 5.
- « *Référentiels, bonnes pratiques et recommandations : nouvelles normes ou « quasi normes » en santé ?* », », Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM), vol. 11, no. 3, 2015, pp. 7-17.
- « *Les agences régionales de santé (ARS) : cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire* », Dalloz, RDSS, 2017, p. 1056.

J. TAPIE

- « *Les recommandations de bonnes pratiques et les références médicales, des outils à généraliser* », Dalloz, Droit Social, 1997, n°9-10, p. 828.

T. TAURAN

- « *Sécurité sociale – La sécurité sociale et les limitations apportées à la liberté d'entreprendre* », Lexis Nexis, La Semaine Juridique Social n°29, 25 juillet 2017, p. 1240.

A. TEIL, J.-P. CLAVERANNE

- « *La performance hospitalière : nature, enjeux et implications* », LEH Édition, RDSS, numéro spécial, 2002, p. 337.

C. THIBIERGE

- « *Le droit souple* », Dalloz, RTD Civ., 2003, p. 599.

J.-B. THIERRY

- « *Les paradoxes de l'avis du CCNE sur l'assistance sexuelle* », Revue Juridique Personnes et Famille, avril-mai 2013, pp. 4-9.

P. THURAT

- « *L'approche métiers dans la fonction publique hospitalière* », AJFP, Dalloz, 2000, p. 67.

F. TIBERGHIEN

- « *Droit souple et Haute Autorité de Santé* », Dalloz, AJDA, 2021, p. 948.

D. TRUCHET

- « *La décision médicale et le droit* », L'actualité Juridique, Droit administratif, Dalloz, 1995, p. 611.
- « *Le contrat dans la loi HPST* », LEH Édition, RGDM, n°15, 2011, pp. 137-156.

P. VERON

- « *La Haute autorité de santé soumise au principe d'impartialité dans l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques* », Revue droit & santé, vol. 42, 2011, pp. 438-440.
- « *L'évolution du contrôle des recommandations de bonnes pratiques* », Elsevier Masson SAS, Médecine & Droit, 2015, pp. 53-62.
- « *Sexualité en EHPAD : le consentement à l'acte sexuel ne suppose pas nécessairement la capacité de discernement* », LEH Éditions, RDS, n°73, 2016, pp. 744-746.
- « *Décision médicale et minorité : l'impossibilité pour les titulaires de l'autorité parentale d'imposer au médecin le choix d'un traitement* », LEH Édition, RGDM, n° 65, 2017, pp. 93-108.

A. VIALA

- « *Le coronavirus ou les symptômes d'une épistocratie sanitaire* », LEH Édition, RDS, n°96, Juillet 2020, pp. 585-588.

F. VIALLA

- « *Anaes et HAS oracles des données acquises de la science ?* », LEH Éditions, RDS, n°7, p. 399.
- « *La faute d'humanisme* », LEH Éditions, RGDM, Numéro spécial Dix ans d'application de la loi Kouchner », 2013, pp. 61-81.
- « *Démarche qualité, quelle place pour la personne. Libres propos* », in S. RABILLER (dir.), Démarche qualité en EHPAD de part et d'autre des Pyrénées, actes du colloque du 21 septembre 2012, Presses de l'université de Pau et des Pays de l'Adour 2013.
- « *Vie affective et sexuelle des personnes handicapées : assistance sexuelle* », Dalloz, Recueil Dalloz, 2013, p. 714.
- « *Sciences médicales et droit* », Elsevier Masson SAS, Médecine et Droit, Vol. 2016, n°141, pp. 139-146.
- « *Le secret partagé* », LEH Éditions, RDS, Hors-série 2016, pp. 52-64.
- « *Droits et libertés de la personne en EHPAD* », in : G. FAURÉ, S. SÉDILLOT (Dir.), La prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Regards sur la crise du modèle français des EHPAD, CEPRISCA, Collection Colloques, Diffusion Lextenso, 2021, pp. 297-325.
- « *Retour incomplet sur un siècle d'information et de consentement : Dire ce que l'on fait, faire ce que l'on dit* », LEH Édition, RDS, n°100, 2021, pp. 262-301.

F. VIALLA, P.-H. BRÉCHAT

- « *Réforme des études de santé* », LEH Édition, RDS, n°92, Novembre 2019, pp. 848-860.

F. VIALLA, M. MAZZUCOTELLI

- « *Glissements de compétences chez les professionnels de santé* », LEH Édition, RDS, Hors-série 2016, pp. 110-114.

P. VILLENEUVE

- « *Santé / Affaires sociales – Territorialisation de la santé : quelques avancées !* », Lexis Nexis, La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales n° 4, 29 janvier 2018, act. 97.

V. VIOUJAS

- « *Les nouveaux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé : une offre que l'on ne peut pas refuser* », JCP A., 2012, 2344.
- « *La tarification à l'activité des établissements de santé, une législature plus tard* », Dalloz, RDSS, 2014, p. 498.

- « *Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins : du cadre national aux réalités locales* », RDSS, 2018, p. 645.
- « *La réforme du financement des établissements de santé : la transformation en (longue) marche* », Dalloz, RDSS, 2020, p. 524.
- « *Le financement des établissements de santé, « quoi qu'il en coûte »* », LEH Éditions, RGDM, n°76, Septembre 2020, pp. 83-96.
- « *Parcours du patient et relation médicale* », Dalloz, RDSS, 2021, n°3, p. 445.

C. ZACHARIE

- « *Médicalisation des décisions hospitalières ou participation des médecins à la gestion administrative de l'hôpital ?* », Dalloz, RDSS, 2021, p. 892.

J.-C. ZARKA

- « *Vers une modernisation de la gestion des finances publiques ?* », LEXTENSO, Actu-Juridique, publié le 22 avril 2022, consulté le 5 août 2022.

Revues techniques

- « *La Loi du 16 vendémiaire an V* », Les Tribunes de la santé, vol. 33, no. 4, 2011, p. 105.
- « *LE C.L.A.N - Une histoire en mouvement. Comité de liaison alimentation et nutrition* », Hegel, vol. 4, no. 4, 2017, pp. 366-367.
- « *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité* », Recherche en soins infirmiers, vol. 81, no. 2, 2005, pp. 139-155.

N. AGRINIER, A.-C. RAT

- « *Quelles définitions pour la maladie chronique ?* », ADSP, n°72, Septembre 2010, p. 12.

A. ALBERT-CROMARIAS, C. DOS SANTOS

- « *Les établissements de santé, entre concurrence et coopération sur les territoires* », The Conversation, publié le 3 juillet 2018, consulté le 23/12/2021. https://theconversation.com/les-etablissements-de-sante-entre-concurrence-et-cooperation-sur-les-territoires-98962
- « *Les paradoxes dans un établissement de santé : reconstruire du sens par l'innovation managériale* », Recherches en Sciences de Gestion, vol. 137, no. 2, 2020, pp. 39-62.

H. ALLEMAND, M.-F. JOURDAN

- « *Sécurité sociale et références médicales opposables* », Revue Médicale de l'Assurance Maladie, n°3, Juillet-Septembre 2000.

R. AMALBERTI

- « *La sécurité des patients : évolution des concepts et des politiques* », ADSP, n°79, juin 2012, pp. 18-22.

N. ANGELÉ-HALGAND, T. GARROT

- « *Les biens communs à l'hôpital : De la « T2A » à la tarification au cycle de soins* », Comptabilité Contrôle Audit, 2014/3, Tome 20, pp. 15-41.

B. APOLLIS

- « *Les habits neufs des lois de financement de la sécurité sociale* », Finances Hospitalières, n°167, Avril 2022.

K. ARROW

- « *Incertitude et économie du bien-être des soins médicaux* », Risques n° 26, avril-juin 1996, pp. 141-168, traduction par Rachel MEGHIR, « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », American Economic Review, 1963.

D. ARSÈNE

- « *L'empathie dans le soin procède-t-elle de la raison ?* », Elsevier Masson SAS, Éthique & Santé, Vol. 14, Issue 2, Juin 2017, pp. 102-106.

L. AUDOUIN, M. ORLEWSKI

- *Du patient au client, l'art de fidéliser la clientèle médicale*, MMI éd., coll. Médistratégies, 2000.

E. AZRIA

- « *Le soignant et la standardisation des pratiques médicales* », Laennec, vol. 61, n°3, 2013, pp. 32-41.

O. BACHELARD, M. BOURY, A. DESLANDES

- « *Comment concilier utilité sociale et maîtrise de la dépense publique ? Le cas de la Sécurité sociale* », Humanisme et Entreprise, vol. 299, n°4, 2010, pp. 13-28.

F. BAGUET, J. DELAITRE

- « *L'expérience du Covid-19* », Gestions hospitalières, n° 614, mars 2022, p. 190.

J.-M. BALEYTE, S. VANNEL, A.-M. HENNEQUIN

- « *Le soin, une éthique de l'attention ?* », Elsevier Masson SAS, Éthique & Santé, Vol. 14, Issue 4, Décembre 2017, pp. 194-199.

I. BASZANGER

- « *Les maladies chroniques et leur ordre négocié* », Presses de Sciences Po, Revue française de sociologie, Vol. 27, n°1, Janvier-Mars 1986, pp. 3-27.

P. BATIFOULIER

- « *Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin* », Revue Française de Socio-Économie, vol. 10, no. 2, 2012, pp. 155-174.

P. BATIFOULIER, F. BESSIS et O. BIENCOURT

- « *La déontologie médicale face aux impératifs de marché* », Politiques et management public [En ligne], Vol 28/1 | 2011, mis en ligne le 02 octobre 2012, consulté le 08 janvier 2022. URL : http://journals.openedition.org.ezpum.scdi-montpellier.fr/pmp/4139

O. BATIFOULIER, D. CASTIEL, P.-H. BRÉCHAT

- « *La tarification à l'activité : une complexité contre-productive pour la santé des populations* », Les Tribunes de la santé, 2017, Vol. 54, pp. 61-78.

P. BATIFOULIER, M. GADREAU, C. MAGNIN-FEYSOT, P.-H. BRÉCHAT

- « *Introduction* », Les Tribunes de la santé, vol. hs3, no. 5, 2014, pp. 9-19.

M. BEIJA, A. GEORGES-PICOT

- « *Quelles leçons tirer du financement au parcours de santé à l'étranger ?* », Finances Hospitalières, Avril 2018, pp. 15-20.

D. BENAMOUZIG, M. ROBELET

- « *Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital* », Quaderni, n°85, 2014, pp. 67-84.

J. BÉRANGER

- « *L'éthique d'Hippocrate au chevet de la médecine contemporaine* », Gestions Hospitalières, n° 532, Janvier 2014, p. 15.

F. BERARD

- « *Tarification à l'activité et nouvelle gouvernance* », Éthique & Santé, Vol. 7, Issue 3, Septembre 2010, pp. 141-147.

H. BERNARD

- « *L'évolution de l'hôpital* », tapuscrit, septembre 1962, archives de l'IFA ; 266AA 11/9).

J.-F. BERNOUX

- « *Pour un référentiel d'évaluation qui réconcilie performance et plus-value sociale* », in Les Cahiers de l'Actif n°416/417/418/419, janvier/avril 2011.

H. BERTILLOT

- « *Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. Sociogenèse d'une rationalisation en douceur* », Sociologie du travail, Vol. 58 - n° 3 | 2016, pp. 227-252.
- « *Mesurer la qualité pour rationaliser l'hôpital. La genèse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en France* », Informations sociales, 2018/3, n°198, pp. 38-44.
- « *Comment les indicateurs de qualité s'imposent à l'hôpital : les mécanismes d'une institutionnalisation en douceur* », SociologieS [En ligne], Dossiers, mis en ligne le 20 mai 2020, consulté le 20 août 2022. URL : http://journals.openedition.org.ezpum.biu-montpellier.fr/sociologies/13499 ; DOI : https://doi-org.ezpum.biu-montpellier.fr/10.4000/sociologies.13499

F. BERTUCCI, A.-G. LE CORROLLER-SORIANO, A. MONNEUR, S. FLUZIN, P. VIENS, D. MARANINCHI, A. GONCALVES

- « *Santé numérique et « cancer hors les murs », Big Data et intelligence artificielle* », Elsevier Masson SAS, Bulletin du Cancer, Tome 107, n°1, Janvier 2020, pp. 102-112.

J.-F. BLOCH-LAINÉ

- « *Soins palliatifs, la double exigence* », ADSP, n°28, Septembre 1999, p. 1.

X. BONNET

- « *Les « visions indigènes » de la qualité. A propos de l'appropriation de la démarche qualité dans l'industrie* », Revue d'économie industrielle, Normalisation et organisation de l'industrie, Vol. 75, 1er trimestre 1996, pp. 77-93.

G. BONTEMPS

- « *Développement de la chirurgie ambulatoire en France : plus de contraintes pour plus de performance ?* », La Presse Médicale, Vol. 43, Issue 3, Mars 2014, pp. 275-277.

S. BORDIER

- « *La certification périodique : un dispositif en clair-obscur* », Gestions Hospitalières, n°609, Octobre 2021, p. 461.

F. BOUDIER, F. BENSEBAA, A. JABLANCZY

- « *L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante* », Innovations, vol. 39, no. 3, 2012, pp. 13-25.

P.-L. BRAS

- « *Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) à la lumière de l'expérience anglaise* », Journal d'économie médicale, 2011/5, Volume 29, pp. 216-230.
- « *Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ?* », Les Tribunes de la santé, vol. 35, n°2, 2012, pp. 29-41.
- « *Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins* », Journal de gestion et d'économie médicales, vol. 35, no. 6, 2017, pp. 245-263.
- « *Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée* », Les Tribunes de la santé, Vol. 57, n°4, 2017, pp. 71-89.
- « *La rémunération des médecins à la performance : efficacité clinique ou efficacité symbolique ?* », Les Tribunes de la santé, Vol. 64, n°2, 2020, pp. 61-77.

P.-H. BRÉCHAT, A. LOPEZ

- « *La planification en santé : un essai à transformer* », Les Tribunes de la santé, Vol. 50, n°1, 2016, pp. 93-111.

T. BREGER

- « *Sécurité et droits des patients : approche des fondements juridiques de l'identito-vigilance* », LEH Édition, RGDM, n° 43, 2012, pp. 201-235.

J.-P. BRUN, C.-D. LOISELLE

- « *Le métier de préventionniste : contexte de travail et profils d'activités* », Relations industrielles/industrial relations, vol. 56, 2001, pp. 141-164.

J.-M. BUDET

- « *Management, le retour des valeurs* », Gestions hospitalières, n° 615, avril 2022, p. 210.

C. BUFFAVAND

- « *Essor de la participation des Usagers dans la dynamique associative en Rhône-Alpes* », Pratiques en santé mentale, vol. 62, no. 2, 2016, pp. 41-45.

A. BUISSON

- « *L'accueil à l'hôpital, un soin à part entière* », Elsevier Masson SAS, L'aide-soignante, Vol. 22, n°102, décembre 2008, pp. 26-27.
- « *De patient à expert* », Hegel, vol. 1, no. 1, 2016, pp. 54-56.

M. BUNGENER, L. DEMAGNY, KA. HOLTEDAHL, A. LETOURMY

- « *La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ?* », Pratiques et Organisation des Soins, vol. 40, n°3, 2009, pp. 191-196.

C. CHANTLER

- « *The role and education of doctors in the delivery of health care* », Lancet, n° 353 (9159), 1999, pp. 1178-1181.

J.-B. CALBERA

- « *La profession infirmière. L'historique et le mythe* », VST – Vie sociale et traitements, vol. n° 79, n°3, 2003, pp. 55-57.

D. CASTIEL, P.-H. BRECHAT

- « *La qualité des soins, un nouvel outil de régulation de l'hôpital sous contrainte budgétaire ? Un modèle pourtant propose par Feldstein des 1977* », Marché et organisations, vol. 36, no. 3, 2019, pp. 205-230.

M. CATANAS

- « *De l'interdit d'exercer au décret d'actes infirmiers* », Soins, Savoirs et pratiques, Vol. 67, n° 862, janvier 2022, pp. 25-29.

A. CHARBONNEL

- « *La (re)certification des professionnels de santé. Vers la fin du diplôme à vie ?* », Gestions Hospitalières, n°588, septembre 2019, p. 454.

K. CHARRAS, F. CERESE

- « *Être « chez-soi » en EHPAD : domestiquer l'institution* », Gérontologie et société, 2017-1, vol. 39, n°152, pp. 169-183.

S. CHAUVEAU

- « *Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles ?* », Santé et Histoire, Les Tribunes de la santé, Presses de Sciences Po, 2011, n°33, pp. 81-89.

J. CHEVILLOTTE

- « *Pour une suppression du décret de compétences infirmières* », Elsevier Masson SAS, La revue de l'infirmière, vol. 71, n°281, mai 2022, pp. 1-3.

V. CHIGOT

- « *La démocratie sanitaire : une réponse néocorporatiste française à la demande de participation* », Les Tribunes de la santé, vol. 64, n°2, 2020, pp. 99-116.

F. CLAUDOT, Y. JUILLIERES

- « *La portée juridique des recommandations de la HAS : les appliquer ou ne pas les appliquer ?* », Consensus cardio pour le praticien, n°72, octobre 2011, pp. 30-32.

J.-P. CLAVERANNE, D. PIOVESAN

- « *La clinique privée, un objet de gestion non identifié* », Revue française de gestion, vol. no 146, no. 5, 2003, pp. 143-153.

S. CLAEYS, P.-L. WEIL-DUBUC

- « *Pour une éthique de l'évaluation* », Gestions Hospitalières, n°564, mars 2017, p. 184.

J.-P. CLAVERANNE, C. PASCAL

- « *Tarification à l'activité et management hospitalier, vers de nouveaux défis* », Elsevier Masson SAS, Oxymag, Vol. 19, n°86, janvier 2006, pp. 19-22.

S. CLEMENT, J.-M. CLÉMENT (Dir.)

- « *Les MIGAC et autres MERRI : un ensemble composite et en constante mutation* », La Gazette de l'hôpital, n°102, février 2013, pp. 7-8.

I. CLERC, B. VENTELOU, P. VERGER

- « *Comportement des médecins généralistes face aux recommandations de bonnes pratiques : où sont les éventuels blocages ?* », Revue d'épidémiologie et de santé publique, Vol. 58, 2010, p. S78.

P. CLOAREC

- « *Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : autonomie collective et dépendance personnelle* », Recherche en soins infirmiers, vol. 93, n°2, 2008, pp. 28-31.

F. COCHOY, J.-P. GAREL, G. DE TERSSAC

- « *Comment l'écrit travaille l'organisation : le cas des normes ISO 9000* », Revue française de sociologie, Année 1998, 39-4, pp. 673-699.

Collectif « Docteurs Blouses »

- « *L'hôpital malade de l'« efficience* » », Revue du MAUSS, vol. 41, no. 1, 2013, pp. 53-75.

L. COLLET

- « *Numerus clausus et accès aux études de médecine : bases juridiques* », Les Tribunes de la santé, 2019/1, n° 59, pp. 47-61.

D. COLMONT

- « *Le management de la qualité tuera-t-il le management des hommes ?* », Objectif Soins, n°200, 2011/11, pp. 35-37.

P. COLOMBAT, C. BAUCHETET, E. FOUQUEREAU, S. TRAGER, N. GILLET, C. KANITZER

- « *La démarche participative dans les soins* », Gestions Hospitalières, n°534, mars 2014, p. 151.

N. CONTI

- « *La question de l'enfermement en EHPAD* », Empan, 2019/2, n°114, pp. 63-68.

A. CORDIER

- « *Sortir de l'incantation ?* », Les Tribunes de la santé, vol. 67, no. 1, 2021, pp. 111-121.

E. CORRUBLE

- « *Vous avez dit « Qualité » ?* », Elsevier Masson SAS, Annales Médico-Psychologiques, n°171, 2013, pp. 34-37.

A. COULOMB, F. BOUSQUET

- « *Penser une nouvelle place pour la qualité dans la régulation du système de santé français* », Les Tribunes de la santé, vol. no 10, no. 1, 2006, pp. 97-104.

D. CRIÉ

- « *Pourquoi et comment le marketing à l'hôpital ?* », Gestions Hospitalières, n°547, Juillet 2015, p. 361.

D. CRIÉ, J.-C. CHEBAT

- « *Health marketing : Toward an interative perspective* », Journal of Business Research, 66(1), pp. 123-126, DOI : 10.1016/j.jbusres.2012.09.002

D. CRIÉ, D. SALERNO, A. VINCENT

- « *Vers un marketing hospitalier : Attitudes, pratiques et représentations des managers français* », Journal de Gestion et d'Économie Médicales, vol. 32, no. 3, 2014, pp. 189-208.

C. CRISCIANI

- « *Éthique des consilia et de la consultation : à propos de la cohésion morale de la profession médicale (XIIIè-XIVè siècles)* », Presses Universitaires de Vincennes, Médiévales 46, printemps 2004, pp. 23-44.

P. CUNEO

- « *Le système de soins confronté au principe d'efficience* », ADSP, n°33, Décembre 2000, pp. 30-31.

J. CUSIN, A. GOUJON-BELGHIT

- « *La gestion des erreurs médicales dans un CHU : Comment faire face au paradoxe apprentissage interne – protection externe ?* », M@n@gement, Vol. 25, n°1, Nantes, 2022, 1-37, 1A-18A.

N. DA SILVA

- « *Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale* », Revue du MAUSS, Vol. 41, n°1, 2013, pp. 93-108.

B. DAKKAK, Y. CHATER, A. TALBI

- « *Proposition d'Une Matrice De Criticité Intégrant Les Systèmes Qualité, Sécurité Et Environnement Pour La Fonction Maintenance* ». Journal of Decision Systems, vol. 21, no. 4, 2012, pp. 291-305 ABI/INFORM Collection. ISSN 12460125.

S. DAMAREY

- « *Dépenser moins et rembourser la dette publique* », Gestion & Finances Publiques, vol. 2, n°2, 2018, pp. 7-12.

F. DANET

- « *La médecine d'urgence : de la transgression à la pérennisation de la segmentation hospitalière en spécialités* », Pratiques Psychologiques, Volume 14, Issue 1, Mars 2008, pp. 27-39.

F. DARDEL

- « *La parole de l'expert n'est plus reconnue* », Les Tribunes de la santé, vol. 51, no. 2, 2016, pp. 99-104.

L. DASSIE

- Propos recueillis par J. RAYMOND, « *Des balbutiements à aujourd'hui : l'histoire du PMSI* », Hospitalia, n°8, octobre 2009.

B. DE LARD-HUCHET

- « *Crise des urgences. Le cadre juridique de la coopération avec la médecine de ville est-il suffisant ?* », Gestions Hospitalières, n°617, juin 2022, p. 390.

J. DE KERVASDOUÉ

- « *Quel avenir pour l'hôpital public ?* », Laennec, vol. 62, n°1, 2014, pp. 8-18.

G. DE POUVOURVILLE

- « *La convergence tarifaire entre hôpitaux publics et privés : mission impossible ?* », Regards croisés sur l'économie, 2009/1, n05, pp. 181-190.
- « *Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. La mise en œuvre de la tarification à l'activité* », Revue économique, vol. 60, n°2, 2009, pp. 457-470.

M. DE STAMPA, M. ANDRIEU, S. CHATAUX, E. CLEMENT, B. COSTES-HENRI, E. LEFORESTIER, C. MARECHAL, O. MARQUESTAUT, E. MAC DE LOS FRAILES, S. SABLONNIERES

- « *Hospitalisation à domicile et malades âgés* », NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie, Vol. 14, Issue 83, 2014, pp. 265-269.

M. DECOUVELAERE, D. FABREGA

- « *En temps de crise, le patient importe et la qualité compte* », IRBM News, Vol. 31, Issue 1, 2010, pp. 9-16.

M.-J. DEL VOLGO

- « *Hôpital d'hier et d'aujourd'hui. Malaise dans le soin ?* », Cliniques méditerranéennes, 2008/2, n°78, pp. 165-175.

J. DEMONSANT

- « *Plans d'expériences et qualité totale* », Forum Qualité Scientifique, automne 2000.

F. DJELLAL

- « *Les logiques d'innovation à l'hôpital* », Soins Cadres, Vol. 23, n° 91, Août 2014, pp. 16-20

A. DOLLET

- « *Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé* », Recherche en soins infirmiers, vol. 118, no. 3, 2014, pp. 62-74.

J.-P. DOMIN

- « *Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)* », Histoire, médecine et santé, 4, 2013, pp. 69-87.
- « *De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ?* », Les Tribunes de la santé, vol. HS3, n°5, 2014, pp. 21-29.
- « *La recherche d'un mode de financement unique des établissements de soins : le mythe de la convergence tarifaire* », RFAP, vol. 174, n°2, 2020, pp. 475-486.
- « *Hôpitaux publics versus cliniques privées : comparaison n'est pas raison* », Les Tribunes de la santé, vol. 69, n°3, 2021, pp. 49-57.

J-P. DOMIN, M. NIEDDU

- « *La pluralité des approches en termes de performance* », Économie et institutions [En ligne], 18-19 | 2012, mis en ligne le 15 octobre 2012, consulté le 06 mai 2020. URL : http://journals.openedition.org/ei/483.

A. DONABEDIAN

- « *Evaluating the Quality of Medical Care* », The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, N°3, Part 2 : Health Services Research I. A Series of Papers Commissioned by the Health Services Research Study Section of the United States Public Health Service. Discussed at a Conference Held in Chicago, Octobre 15-16, 1965, Juillet 1966, pp. 166-206.
- « *Quality assessment and monitoring. Retrospect and prospect* », Sage Publications Inc., Evaluation & The Health Professions, Vol. 6, n°3, Septembre 1983, pp. 363-375.

B. DORMONT

- « *Le paiement à la performance : contraire à l'éthique ou au service de la santé publique ?* », Les Tribunes de la santé, 2013, Vol. 40, n°3, pp. 53-61.

A. DORT

- « *Le financement des dépenses de santé, une recherche constante d'économies* », Revue française de finances publiques, n°151, p. 211.

A.-P. DUARTE

- « *La formation en prévention : besoins et réalités* », ADSP, n°103, Juin 2018, pp. 52-53.

C. DUBERTRET

- « *Quelle formation en France pour les psychiatres de demain après la réforme du troisième cycle ?* », Perspectives Psy, vol. 57, n°4, 2018, pp. 287-294.

V. DUCHESNE

- « *L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé* », Journal de gestion et d'économie médicales, vol. 36, no. 4, 2018, pp. 159-180.

A.-M. DUGUET

- « *Chapitre 7. Le respect de la dignité à l'hôpital* », Journal International de Bioéthique, vol. 21, no. 4, 2010, pp. 93-101.

G. DUHAMEL

- « *Les excès de l'étatisme et les responsabilités de la médecine* », Revue des Deux Mondes, Huitième période, Vol. 21, n°2, 15 mai 1934, pp. 277-299.

C. DURAND

- « *La communauté de valeurs : le cas de la profession infirmière* », Gestions Hospitalières, n° 492, janvier 2010, p. 19.

F. EISINGER

- « *Accès aux soins, que pourrait apporter la démocratie sanitaire ?* », Après-demain, vol. 42, nf, no. 2, 2017, pp. 36-38.

A.-L. FAVIER

- « *Culture du résultat : un mal pour un bien à l'hôpital* », Objectifs soins & management, n°210, 2012, pp. 43-45.

M. FAVRE, M. LAINARD, L. LOISEAU

- « *Participation des usagers dans les projets de santé publique : réalités et paradoxes* », Spécificités, vol. 5, n°1, 2012, pp. 139-152.

A. FERNET-SCHERER

- « *Leur corps a quelque chose à nous dire. Retour sur un stage infirmier à la prison des Baumettes* », Laennec, vol. 64, n°3, 2016, pp. 32-40.

M. FERRUA, A. FOURCADE, B. LALLOUE, A. GIRAULT, S. JIANG, P. LOIRAT, É. MINVIELLE

- « *Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) pour les établissements de santé français : Résultats de l'expérimentation (2012-2014)* », Journal de gestion et d'économie médicales, vol. 33, no. 4-5, 2015, pp. 277-290.

M. FLEURBAEY, S. LUCHINI, E. SCHOKKAERT

- « *Évaluation économique en santé : qui a peur de l'étalon monétaire ?* », Revue de philosophie, 2009/1 (Vol. 10), pp. 19-34.

M. FORMARIER

- « *La relation de soins, concepts et finalités* », Recherche en soins infirmiers, vol. 89, no. 2, 2007, pp. 33-42.

M. FOULT

- « *Pascal Roché, : « Sortons de ces querelles entre public et privé, n'oublions pas les enseignements de la crise Covid »* », Le Quotidien du médecin, publié le 10 juin 2022, consulté le 12 août 2022.

P. FRAISSE

- « *Vers une reconnaissance des infirmières en pratique avancée* », Elsevier Masson SAS, Soins cadres, Vol. 26, Issue 102, Mai 2017, pp. 22-25.

M. GADREAU

- « *Économie et éthique en santé du calcul au jugement de valeur* », Revue de philosophie économique, vol. 10, no. 1, 2009, pp. 3-17.

L. GALANOPOULO

- « *Crise à l'hôpital : les étudiants infirmiers et aides-soignants pourront être recrutés dès cet été avant d'être officiellement diplômés* », Le Quotidien du Médecin, publié le 14 juin 2022, consulté le 21 juillet 2022.

A. GARDIES, L. DENISSE

- « *Le temps, un levier du changement* », Elsevier Masson SAS, Soins, n°851, décembre 2020, pp. 36-38.

A. GARRIGOU, G. PEISSEL-COTTENAZ

- « *Reflexive approach to the activity of preventionists and their training needs : results of a French study* », Safety Science, vol. 46, 8, 2008 pp. 1271-1288. DOI : 10.1016/j.ssci.2007.07.006.

S. GAUCHER, S. BOUAM, F. CAPPIELLO, A. AISSAT, J.-P. BETHOUX

- « *Hôtel hospitalier : une alternative à l'hospitalisation conventionnelle* », La Presse Médicale, Vol. 41, Issue 12, Partie 1, Décembre 2012, pp. 1301-1303.

A. GERVAIS

- « *Financement par la T2A, vision médicale hospitalière* », Journal de gestion et d'économie médicales, 2015/2 (Vol. 33), p. 117-122.

C. GIAMBRUNO, E. JUAN, E. PAUL

- « *La coordination des temps médicaux et non-médicaux* », Gestions Hospitalières, n° 553, Février 2016, p. 119.

P. GILBERT, M.-E. LAPORTE

- « *L'orientation patient à l'hôpital public : un dispositif marketing comme compromis entre mondes* », Recherche et Applications en Marketing (French Edition), SAGE Publications, 2022, pp.076737012211126. 10.1177/07673701221112692. halshs-03737724.

C. GILIOLI

- « *Un peu de raison dans la folle espérance* », Gestions Hospitalières, n°508, septembre 2011, p. 431.

L. GIRARD

- « *D'infirmière « en général » à infirmière « en particulier ». La fabrication des futures professionnelles* », Revue de sciences sociales, n°62, 2019, pp. 60-69.

L. GOMEZ, Y.-M. LE DOUARIN

- « *Le virage ambulatoire : les outils de coordination* », HCSP, ADSP, Vol. 118, n°2, 2022, pp. 21-23.

B. GOURIEUX, T. DUVERNOY, F. TISSIER, P. GARASSUS

- « *Les réformes en faveur du paiement à la qualité en Europe : état des lieux, analyse et propositions* », Journal de gestion et d'économie médicales, vol. 35, no. 6, 2017, pp. 287-304.

A. GRASSET

- « *Professionnalisation des infirmières : où en est-on ?* », Gestions Hospitalières, n° 596, mai 2020, p. 310.

C. GRAVIER, S. CHARTIER, E. MAZEAUD

- « *La clinique privée : quelles représentations pour quelles pratiques ? L'unité Adolescent de la clinique du Pays de Seine* », L'information psychiatrique, vol. 95, n°1, 2019, pp. 27-32.

B. GRENIER

- « *Des références médicales opposables à l'hôpital ? Le rôle de l'analyse de la décision médicale* », Le Journal de l'interniste, Vol. 17, Issue 6, Juin 1996, pp. 440-443.

C. GRENIER, D. LE GULUDEC, P. DE MONTALEMBERT, V. MOUNIC

- « *Haute Autorité de santé et normalisation de la médecine* », Les Tribunes de la santé, 2020, Vol. 64, n°2, pp. 37-47.

A. GREVIN

- « *Quand la performance pilote le management… Les effets du tournant gestionnaire sur le management de proximité dans une clinique* », Journal de gestion et d'économie médicales », vol. 30, n°7-8, 2012, pp. 469-490.

A. GRIMALDI

- « *Les différents habits de l'« expert profane »* », Les Tribunes de la santé, vol. 27, no. 2, 2010, pp. 91-100.
- « *La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût* », Après-demain, 2017/2, n°42, NF, pp. 6-8.
- « *Patient expert ou patient ressource ?* », Elsevier Masson SAS, Médecine des Maladies Métaboliques, Vol. 14, Issue 6, Octobre 2020, pp. 545-548.

A. GRIMALDI, G. VALLANCIEN

- « *Les paradoxes du médecin à l'hôpital* », Les Tribunes de la santé, vol. 26, no. 1, 2010, pp. 21-37.

F. GRISONI, P. GAILLOURDET

- « *Organisations hospitalières et nouveaux métiers paramédicaux* », Elsevier Masson SAS, Soins cadres, Vol. 28, Issue 110, Mars 2019, pp. 18-20.

J. GUERRA, F. DUGUÉ

- « *La carrière des médecins spécialistes de santé publique et médecine sociale titulaires du diplôme d'études spécialisées* », Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Elsevier, Vol. 67, Issue. 2, Avril 2019, pp. 106-113.

M. HAMON

- « *Éthique et économie : de l'incompréhension à la conciliation »* », Journal de gestion et d'économie médicales, vol. 33, no. 2, 2015, pp. 126-128.

L. HARDY

- « *L'hôpital en marche vers une éthique de tous les métiers ?* », Recherche en soins infirmiers, Vol. 90, n°3, 2007, pp. 95-101.

S. HARRISON

- « *The Politics of Evidence-Based Medicine in the UK* », Policy and Politics, 1998, 26, 1, pp. 15-32.

A. HELMAN

- « *L'hôpital compétitif. Et l'humain, dans tout ça ?* », Revue du MAUSS, vol. 41, no. 1, 2013, pp. 35-40.

S. HENDRICK

- « *Les dérives de l'idéologie gestionnaire dans le champ de la santé mentale* », Thérapie Familiale, vol. 39, no. 1, 2018, pp. 79-106.

I. HIRTZLIN

- « *L'objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie : d'un outil global de régulation à une simple prévision des dépenses. Une génération de réformes en management public : Et après ?* », Novembre 2003, Strasbourg, France. pp. CD ROM. hal-00942794.
- « *Le paiement à l'épisode de soins en chirurgie* », Gestions hospitalières, n°558, septembre 2016, p. 416.

P. HOUCKE

- « *Quel avenir pour l'hospitalisation privée ?* », Acta Endoscopica, vol. 38, pp. S11-S12.

V. HUNSINGER

- « *T2A, rentabilité, recrutements : « l'hôpital entreprise » concentre les critiques* », Le Quotidien du Médecin, publié le 18 février 2022, consulté le 20 juillet 2022.

V. IM-COSTE

- « *« Viens à la maison, y a le printemps qui chante* ». L'hospitalisation à domicile », Spiral, vol. 79, n°3, 2016, pp. 202-212.

Institute of Medicine, MJ FIELD, KN LOHR

- Clinical practice guidelines. Directions of a new program. Washington : National Academy Press, 1990.

K. INTHAVONG

- « *Du projet de soins infirmiers au projet de soin médico-soignant. Une vision plurielle* », Recherche en soins infirmiers, vol. 91, no. 4, 2007, pp. 29-60.

D. JAFFRE

- « *Mode de financement et inaccessibilité aux soins* », Objectif soins & management. La revue des cadres de santé, n°227, janvier 2014, pp. 34-37.
- « *L'évaluation en économie de la santé* », Objectif soins & management. La revue des cadres de santé, n°242, janvier 2016, pp. 32-33.
- « *CAIM, COTRAM, COSCOM, CSTM, quèsaco ?* », Objectif soins & management. La revue des cadres de santé, n°253, février 2017, pp. 30-33.
- « *Plan de retour à l'équilibre et investissement dans le capital humain* », Objectif soins & management. La revue des cadres de santé, n°266, décembre 2018, pp. 23-25.
- « *La réforme du mode de financement des établissements de santé : une approche populationnelle ?* », Objectif soins & management. La revue des cadres de santé, n°279, février 2021, pp. 28-31.

A. JEAMET

- « *La part gratuite du travail des infirmières hospitalières menacée par la taylorisation du soin* », Nouvelle revue de psychosociologie, vol. 32, no. 2, 2021, pp. 71-84.

G. JOHANET

- « *Les faiblesses du système de soins français* », Après-demain, Vol. 55, n°3, NF, 2020 pp. 4-5.

A. KAHN

- « *Temps, Droit et Progrès médical* », Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé, 2006/4, n°13, pp. 87-97

J. KERMAREC (Coor.)

- « *Soins palliatifs et accompagnement* », ADSP, n°28, 1999, pp. 15-66.

K. KOBEISSI, B. AUBERT

- « *Le patient, un « client » presque comme les autres …* », L'Expansion Management Review, vol. 154, n°3, 2014, pp. 51-57.

A. KOUEVI

- « *Si proches et pourtant si loin !* », Gestions hospitalières, n°606, mai 2021, pp. 286-289.

O. LACCOURREYE, F. RUBIN

- « *ONDAM, T2A, PMSI, SROS, MIGAC, MERRI, SIGAPS & IF : des acronymes financiers médicaux français très liés* », Annales français d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale, Volume 135, Issue 1, Février 2018, pp. 1-2.

J. LACHMANN

- « *La réforme du parcours des soins* », Gestions Hospitalières, n°516, mai 2012, p. 280.

M. LADIESSE, T. LEONARD, B. BIRMELE

- « *Les libertés en EHPAD, à l'épreuve du confinement* », Elsevier Masson SAS, Éthique & Santé, Vol. 17, Issue 3, Septembre 2020, pp. 147-154.

S. LANDRY, M. BEAULIEU

- « *Formulation et mise en œuvre d'une stratégie logistique hospitalière : un exemple d'industrialisation* », Management & Avenir Santé, vol. 3, no. 1, 2018, pp. 31-48.

P. LE COZ

- « *L'exigence éthique et la tarification à l'activité à l'hôpital* », Revue de philosophie économique, 2009/1, Vol. 10, pp. 35-53.

A. LE HYARIC

- « *Chapitre 7. Information du public sur les soins à l'hôpital : que pensez des classements, indicateurs et évaluations périodiques mis à disposition du « grand » public ?* », Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, vol. 26, no. 1, 2015, pp. 73-90.

C. LE PEN

- « *« Patient » ou « personne malade » ? Les nouvelles figures du consommateur de soins* », Revue économique, vol. 60, no. 2, 2009, pp. 257-271.

L. LECHEVALIER HURARD

- « *Nouveaux dispositifs de prise en charge, nouveaux métiers ? Les dynamiques de professionnalisation pour les soignants de première ligne en milieu spécialisé Alzheimer* », Retraite et société, 2014/3, n°69, pp. 99-120.

E. LECLERCQ

- « *Lorsque l'activité professionnelle recompose les parcours de transition : les responsables « Hygiène, qualité, sécurité, environnement »* », Formation emploi, 128 | 2014, pp. 47-64.

M. LECOEUR-BOENDER

- « *La plainte, symptôme d'une « désanctuarisation » de l'hôpital* », Sociologie Santé, 25, 2006 : « Système de santé en mutation », p. 189.

O. LENAY, J.-C. MOISDON

- « *Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier* », Revue française de gestion, 2003/5, n°146, pp. 131-141.

P. LENESLEY, C. BIKTER, E. TOUZÉ

- « *Universitarisation des formations des auxiliaires médicaux en Normandie Occidentale : retour d'expérience* », Management & Avenir Santé, vol. 8, no. 1, 2021, pp. 127-141.

H. LEUWERS

- « *Construire la norme des métiers de santé au Parlement de Paris (xive-début du xvie siècle)* », Médiévales, 71 | 2016, pp. 137-158.

M. LONG

- « *Les outils de mise en œuvre des droits des usagers : une évolution en trompe-l'œil* », Dalloz, RDSS, 2022, p. 13.

M. LOUAZEL, L. TARDIF

- « *Projet d'établissement et marketing hospitalier. Gestions hospitalières : la revue du management hospitalier* », Gestions hospitalières, 2015., pp. 365-368.

J. LUCAS

- « *Enjeux éthiques, réflexions déontologiques et recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins* », Les Tribunes de la santé, vol. 59, n°1, 2019, pp. 85-97.

Y. MAREC

- « *De l'hôpital mouroir à l'hôpital centre de soins. Regard d'historien sur la fièvre puerpérale et la transformation du système de protection sociale. Commentaire* », Sciences sociales et santé, vol. 31, no. 4, 2013, pp. 29-39.

A. MARGAT, et al.

- « *Le nouveau diplôme d'État infirmier en pratique avancée mention Psychiatrie et santé mentale. Proposition pédagogique du partenariat de l'Université Sorbonne Paris Nord et de l'Institut de formation interhospitalier Théodore Simon* », L'information psychiatrique, vol. 96, no. 7, 2020, pp. 545-552.

R. MARTINEAU

- « *Les usages-types d'un outil de gestion des risques à l'hôpita*l », Revue Management & Avenir, n°54, Cormelles-le-Royal, Juin 2012, pp. 215-236.

S. MARTOS

- « *Expérience patient dans les établissements : passable !* », Le quotidien du médecin, Publié le 30/01/2020, consulté le 20/07/2022.

C. MARTY-CHASTAN, N. LEMAIRE

- « *Comment financer les soins de premier recours ?* », ADSP, n°107, Juin 2019, p. 21.

C. MERDINGER-RUMPLER

- « *La satisfaction du patient hospitalisé. Les logiques de contribution* », Gestions Hospitalières, n°519, octobre 2012, p. 503.

M. MÉREAU, T. LEBRUN, C. BERCEZ

- « *Nouveaux enjeux pour l'évaluation médico-économique* », ADSP, n°35, juin 2001, pp. 12-16.

R. MERLE, A. CASAGRANDE, A. PARISET, J.-L. PÉPIN, O. PALOMBI, R. DEBRU, J.-C. BOREL, C. PISON

- « *Rôles des patients dans le système de santé, la formation et la recherche en santé : une perspective française* », Elsevier Masson SAS, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 69, Issue 5, Octobre 2021, pp. 307-313.

M.-A. MEYER, S. CHRETIEN

- « *Quel positionnement pour l'IPA dans le secteur hospitalier français ?* », Elsevier Masson SAS, Soins cadres, Volume 28, Issue 110, pp. 15-17.

F. MEYSSONIER, M. ZAKAR

- « *Satisfaction du client et efficience du personnel en contact dans la relation de service. Étude du cas d'une entreprise de grandes surfaces de bricolage* », Recherches en Sciences de Gestion, 2016/1, n°112, pp. 59-76.

F. MICHON

- « *La quintessence du temps* », Elsevier Masson SAS, Soins, n°851, décembre 2020, p. 15.

E. MINVIELLE

- « *La régulation de la qualité des soins hospitaliers. Avec ou sans les professionnels de santé ?* » Gestions Hospitalières, n°514, mars 2012, p. 152.
- « *Comment évaluer et réguler la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades ?* », Quaderni, 82 | 2013, pp. 83-98.

J.-M. MIQUET

- « *La maîtrise des dépenses de santé est-elle contraire à l'éthique médicale ?* », Éthique et santé, Volume 5, Issue 1, Mars 2008, pp. 3-7.

S. MIREBEAU

- « *Clinique et management : une synergie en construction* », Empan, vol. 78, no. 2, 2010, pp. 53-66.

J.-C. MOISDON

- « *De l'incitatif économique à la machine de gestion : le cas des établissements de santé* », Quaderni, 82 | 2013, pp. 39-54.
- « *Une histoire de la T2A* », Journal de gestion et d'économie médicales, 2013/2-3, Vol. 31, pp. 107-120.
- « *Payer la qualité des soins à l'hôpital* », Quaderni, 85 | 2014, pp. 29-38.
- « *De la T2A est-elle le nom ?* », Gestions hospitalières, n°557, juillet 2016, p. 339.
- « *Régulation et gestion de la qualité des soins dans les établissements de santé. Une comparaison avec le secteur nucléaire* », Journal de gestion et d'économie de la santé, vol. 4, no. 4, 2020, pp. 275-287.

J.-C. MOISDON, D. TONNEAU

- « *Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ?* », Politiques et management public, Vol. 26/1, 2008, pp. 111-126.

P. MOLINIER

- « *L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ? Logique de gestion ou logique de care* », Agir en clinique du travail, 2010, pp. 157-167.

P. MONTALEMBERT

- « *La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade* », Gestions Hospitalières, n° 547, juillet 2015, p. 330.

J. MOSCHETTI

- « *L'hôpital de Brive emploie des faux patients pour évaluer son personnel, les soignants n'apprécient pas* », Le Quotidien du Médecin, publié le 08/12/2021, consulté le 21/07/2022.
- « *Hôpitaux : réduire la T2A, accroître la pertinence des soins* », Le Quotidien du Médecin, publié le 25 mars 2022, consulté le 20 juillet 2022.
- « *« A l'heure où la maison brûle, on nous demande si la vaisselle est faite » : au CHU de Limoges, 100 médecins boycottent la certification hospitalière* », Le Quotidien du Médecin, publié le 11/05/2022, consulté le 20/07/2022.
- « *Certification hospitalière, le ras-le-bol : pourquoi des médecins du CHU de Grenoble ont appelé à boycotter cette procédure d'évaluation* », Le Quotidien du Médecin, publié le 24/06/2022, consulté le 20/07/2022.

M. MOUGEOT, F. NAEGELEN

- « *La tarification à l'activité : une réforme dénaturée du financement des hôpitaux* », Revue française d'économie, vol. xxix, no. 3, 2014, pp. 111-141.

F. MOUGEOT, P. OCCELLI, K. BUCHET-POYAU, M. ROBELET, S. TOUZET, P. MICHEL

- « *L'émergence de la question de la sécurité des patients en France* », Santé Publique, vol. 29, no. 6, 2017, pp. 869-877.

E. MYKHALOVSKIY, L. WEIR

- « *The problem of evidence-based medicine: directions for social science* », Social Science & Medicine 59: 1059-69, 2004S.

B. NAUTRE

- « *L'hôpital et le contrat* », Revue Projet, vol. 304, no. 3, 2008, pp. 50-56.

B. NAUTRE, K. KONONOVICH

- « *Du féodalisme établissement au pilotage de territoire – Un objet frontière & une innovation* », Journal de gestion et d'économie médicales, 2014/1, Vol. 32, pp. 25-45.

C. NAYRAC

- « *L'Igas doit émettre des propositions d'évolution pour les infirmiers avant juillet* », Info Hospimedia, publié le 14/04/2022, https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20220414-information-hospimedia-l-igas-doit-emettre-des-propositions, consulté le 07/06/2022.

T. NOBRE

- « *L'innovation managériale à l'hôpital. Changer les principes du management pour que rien ne change ?* », Revue française de gestion, vol. 235, no. 6, 2013, pp. 113-127.

E. NOLTE, S. MERKUR, A. ANELL, J. LIND

- « *Placer la personne au centre de la démarche de soins : analyse et évolution des notions de patient-centredness et person-centredness et de leur signification dans le domaine de la santé* », Revue française des affaires sociales, no. 1, 2017, pp. 97-115.

L. NOYER-DUPLAIX

- « « L'hôpital-paquebot » d'Henry Bernard », In Situ [En ligne], 31 | 2017, mis en ligne le 21 février 2017, consulté le 08 juin 2022. URL : http://journals.openedition.org.ezpum.biu-montpellier.fr/insitu/13998 ; DOI : https://doi-org.ezpum.biu-montpellier.fr/10.4000/insitu.13998

Z. OR, C. GANDRÉ, G. WHARTON

- « *Soutenabilité et résilience du système de santé français* », IRDES, Document de travail n°88, Juin 2022, p. 20.

A. OUDDASSER

- « *L'encadrement hospitalier. Problèmes d'interfaces et difficultés de faire ensemble* », Gestions Hospitalières, n°566, mai 2017.

V. PARIS, M. DEVAUX

- « *Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE* », Les Tribunes de la santé, Vol. 40, n°2, 2013, pp. 45-52.

R. PELLET

- « *Le juge constitutionnel et la maitrise des dépenses de santé* », Les Tribunes de la santé, 2004/4, n°5, pp. 77-91.

M. PEPIN, J-C. MOISDON

- « *Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Étude qualitative d'un échantillon de huit établissements* », Solidarité santé, n°16, 2010, pp. 1-24.

P. PERETTI-WATEL

- « *Perceptions et acceptabilité des risques associés aux soins* », ADSP, n°79, juin 2012, pp. 40-42.

Y. PESQUEUX

- « *Qualité & sécurité & environnement : conjonction et non jonction* ». Groupe Experts Qualité CNAM, Oct 2008, Toulouse, France. hal-00480061, p. 3.

A. PETIT, F. BOURDILLON

- « *49. Qualité des soins* », In : F. BOURDILLON (dir.), Traité de santé publique, Cachan, Lavoisier, « Traités », 2016, pp. 452-464.

M. PETRUS-KRUPSKY

- « *L'enseignement du care en IFSI* », Recherche en soins infirmiers, vol. 122, n°3, 2015, pp. 90-96.

D. PHANUEL

- « *La charte d'accueil d'un centre hospitalier : utiliser la chaîne relationnelle* », Éditions EMS, Décisions Marketing, Paris, Janvier 2001, pp. 17-23.

J.-P. PIERRON

- « *Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins* », Sciences sociales et santé, vol. 25, no. 2, 2007, pp. 43-66.
- « *Les institutions hospitalières : des institutions de la reconnaissance ?* », Revue d'éthique et de théologie morale, 2014/HS, n°281, pp. 149-164.
- « *Les métiers du soin dans la tourmente* », Études, vol., n°2, 2020, pp. 41-51.

F. PIERRU

- « *La santé au régime néolibéral* », Savoir/Agir, vol. 5, no. 3, 2008, pp. 13-24.

F. PIERRU, L. WEBER

- « *L'hôpital entreprise n'est pas une solution* », Savoir/Agir, vol. 25, no. 3, 2013, pp. 63-73.

P. PINELL

- « *Champ médical et processus de spécialisation* », Actes de la recherche en sciences sociales, vol. 156-157, n° 1-2, 2005, pp. 4-36.

R. POMMATEAU

- « *Le temps du soin comme des confrontations à l'autre* », Elsevier Masson SAS, Soins, n°851, décembre 2020, pp. 20-23.

A. POMMERY-DE VILLENEUVE, M. CLAUDON, M. BESSE

- « *Quelle place aujourd'hui pour le patient expert dans le parcours de soins ? Premiers repères pour commencer à y voir clair…* », Psychotropes, vol. 27, no. 1-2, 2021, pp. 37-40.

J. POMMIER, A. LAURENT-BEQ, B. BEURRIER, S. FIDAN, L. GUILHEM, L. JEANDEL, V. LIGOURE, V. THOMAS

- « *La perception de la santé publique des infirmières à l'hôpital* », Santé Publique, vol. 16, n°2, 2004, pp. 383-392.

N. POUREL, C. MEYRIEUX, B. PERRIN

- « *Démarches d'amélioration de la qualité et gestion des risques en radiothérapie* », Cancer/Radiothérapie 20S, 2016, S20-S26.

G. POUTOUT

- « *Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens* », Sociologies pratiques, vol. 11, no. 2, 2005, pp. 33-54.

N. PUJOL, M.-L. DE WARREN, S. MARSAN

- « *Mourir au temps du Covid-19* », Laennec, Tome 68, 2020/4, pp. 5-10.

E. RAGNI, B. LASSALE

- « *Certification des établissements de santé pour la qualité des soins : le regard évolue sur le risque transfusionnel en ES* », Transfusion Clinique et Biologique, Volume 28, Issue 4, Novembre 2021, pp. 349-352.

G. REACH

- « *Normes et invariants en médecine. Une réflexion au temps du Covid* », Les Tribunes de la santé, vol. 64, no. 2, 2020, pp. 21-36.

M. REBOURG

- « *Admission en établissement et contrat de séjour : un droit perfectible* », Gérontologie et société, n° 2, 2016. p. 173.

R. REMONDIERE, M.-P. DURAFOURG

- « *Regards sur la kinésithérapie en 2018* », Santé Publique, vol. 30, no. 6, 2018, pp. 869-876.

E. REYNAUD

- « *Le bruit, fléau des établissements de santé* », Gestions Hospitalières, Numéro 606, mai 2021, p. 315.

S. RIST, R. ROGEZ

- « *Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale* », Les Tribunes de la santé, Vol. 63, n°1, 2020, pp. 51-55.

M. ROBELET

- « *La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité* », Sciences sociales et santé. Volume 19, n°2, 2001, pp. 73-98.

L. ROCHAIX, C. GRENIER, L. MAY-MICHELANGELI

- « *De la mesure de la qualité à son usage dans la régulation des systèmes de santé* », Journal de gestion et d'économie de la santé, vol. 4, no. 4, 2020, pp. 221-241.

I. ROGER

- « *Management des risques dans un établissement de santé* », Transfusion Clinique et Biologique, Volume 24, Issue 3, Supplement, Septembre 2017, p. 286.

C. ROLLAND, F. SICOT

- « *Les recommandations de bonne pratique en santé – Du savoir médical au pouvoir néo-managérial* », Presses de Sciences Po, Gouvernement et action publique, 2012/3, vol. 1, pp. 53-75.

A.-M. ROUCAYROL

- « *Management de la qualité en établissement de santé* », La Pensée, vol. 381, no. 1, 2015, pp. 91-102.

C. ROUTELOUS

- « *L'hôpital à l'épreuve de la performance économique : doctrines, instruments et hybridations des valeurs* », Quaderni, 82, 2013, p. 5-16.

C. RUILLER

- « *Le caractère socio-émotionnel des relations de soutien social à l'hôpital* », Management & Avenir, vol. 52, no. 2, 2012, pp. 15-34.

V. SAINI, S. GARCIA-ARMESTO, D. KLEMPERER, V. PARIS, A. G. ELSHAUG, S. BROWNLEE, J. P. A. IOANNIDIS, E. S. FISHER

- « *Drivers of Poor Medical Care* », Lancet, 390, pp. 178-190.

N. SALLES, L. WILLIATTE

- « *La télémédecine* », ADSP, n°108, septembre 2019, pp. 16-19.

M.-A. SANCHEZ, M.-C. CLEMENT, C.-F. ELEGBEDE et al.

- « *Vers la co-construction d'indicateurs de qualité pour le financement* », Journal de gestion et d'économie de la santé, 2020/4 (N° 4), pp. 296-302.

J. SEBAI

- « *Participation citoyenne à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins* », Santé Publique, vol. 30, no. 5, 2018, pp. 623-631.

C. SEGOUIN

- « *Santé des personnels en milieu hospitalier, qualité des soins et contraintes budgétaires* », ADSP, n°99, juin 2017, pp. 24-27.

E. SERRA, M. JEANJEAN, M. KFOURY, C. DEVOLDERE

- « *Prise en charge de la douleur dans un hôpital général de 400 lits* », Lavoisier, Douleur et analgésie, Vol. 12, Numéro 4, 1999, pp. 309-314.

M. SETBON

- « *La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ?* », Sociologie du travail, Vol. 42, n° 1, 2000, pp. 51-68.

D. SICARD

- « *La césure entre médecine palliative et médecine curative* », ADSP, n°85, Décembre 2013, pp. 49-50.

- « *La mort, un échec médical* », Inflexions, vol. 45, no. 3, 2020, pp. 99-102.

E.-G. SIMON, G. DESOUBEAUX, F. PERROTIN

- « *Démarche qualité et risque de contre-productivité* », Elsevier Masson SAS, Gynécologie Obstétrique & Fertilité, Vol. 42, Issue 2, Février 2014, pp. 63-66.

D. SIMONET

- « *La réforme du système français de soins de santé : la quête d'imputabilité* », Revue Internationale des Sciences Administratives, 2018/3 (Vol. 84), pp. 521-536.

D. SIMONNET, V. HAZEBROUCQ

- « *Les techniques médicales de pointe* », Gestions Hospitalières, n° 545, avril 2015, p. 234.

S.L. STAR, J. GRIESEMER

- « *Institutionnal ecology, 'Translations', and Boundary objects: amateurs and professionals on Berkeley's museum of vertrebate zoologie* », Social Studies of Science, Vol. 19, n°3, 1989, pp. 387-420.

G. SUTTER

- « *La contrainte budgétaire* », Pouvoirs, vol. 177, n°2, 2021, pp. 83-94.

K. SYRETT

- « *A Technocratic Fix to the "Legitimacy Problem"? The Blair Government and Health Care Rationing in the United Kingdom* », Journal of Health Politics, Policy and Law, 2003, vol. 28, No. 4, pp. 715-746.

D. TABUTEAU

- « *Santé et liberté* », Pouvoirs, vol. 130, no. 3, 2009, pp. 97-111.
- « *La crise de la médecine : comment en sortir ?* », Le Débat, Vol. 167, n°5, 2011, pp. 113-117.
- « *Démocratie et santé* », Les Tribunes de la santé, vol. HS3, n°5, 2014, pp. 3-5.
- « *Éditorial* », Les Tribunes de la santé, vol. 70, no. 4, 2021, pp. 5-6.

P.-J. TACHOIRES

- « *Expérience du patient-traceur dans un CHU* », Elsevier Masson SAS, Transfusion Clinique et Biologique, Vol. 23, Issue 4, Novembre 2016, pp. 268-269.

M.-O. TEIXEIRA

- « *Le recours à l'industrialisation pour les constructions hospitalières. La politique d'industrialisation du ministère de la Santé, un choix politique* », Revue de la Société Française d'histoire des hôpitaux, n°123-124, 2006, pp. 29-33.

S. THOMAS, C. HAZIF-THOMAS

- « *Liberté d'aller et venir en EHPAD : sommes-nous des hors la loi ?* » Elsevier Masson SAS, NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie, Vol. 14, Issue. 83, Octobre 2014, pp. 275-284.

V. TREPIED

- « *La médicalisation pour souffrance psychique des comportements déviants. Étude de cas entre deux Ehpad, public et privé* », Retraite et société, vol. 67, no. 1, 2014, pp. 93-110.

D. TRUCHET

- « *Sanitaire et social : deux lois pour une rénovation* », ADSP, n°43, Juin 2003, pp. 58-59.

L. VELPRY, P. A. VIDAL-NAQUET

- « *Dans l'ordinaire de l'aide et du soin : la prudence éthique* », Revue française d'éthique appliquée, vol. 7, no. 1, 2019, pp. 28-42.

F. VENDITTELLI

- « *Comment préparer la visite de certification V2020 de la Haute Autorité de santé dans maternité ?* », Elsevier Masson SAS, Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, Vol. 50, Issue 5, Mai 2022, pp. 409-414.

P. VESPIEREN

- « *L'hospitalité au cœur de l'éthique du soin* », Laennec, 2006/4, Tome 54, p. 33-49.

E. VIGNERON

- « *Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français* », Les Tribunes de la santé, vol. 38, no. 1, 2013, pp. 41-53.

V. ZELIZER

- « *L'économie du care* », Revue Française de Socio-économie, 2008, n°2, pp. 13-25.

A. ZIELINSKI

- « *La vulnérabilité dans la relation de soins. « Fonds commun d'humanité »* », Cahiers philosophiques, vol. 125, no. 2, 2011, pp. 89-106.

Rapports, avis, circulaires et recommandations

HAS, ANAES, etc.

- ANAES, Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, Avril 2002.
- Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins, 2012.
- Recommandation de bonnes pratiques, « *Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Principes généraux* » (Mai 2012).
- Le déploiement de la bientraitance. Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD, Mai 2012.
- Valeurs de références pour l'évaluation économique en santé – Revue de la littérature, document de travail, décembre 2014.
- Guide méthodologique Compte Qualité, Certification V2014, Date de validation par le collège : 11 octobre 2018.
- Guide méthodologique à destination des établissements de santé, Certification V2014, Décembre 2018.
- Recommandation de bonnes pratiques, « *Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes. Méthode Recommandations pour la pratique clinique* » (Février 2019).
- Recommandation de bonnes pratiques, « *Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Méthode Recommandations pour la pratique clinique* » (Juin 2019).
- Indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives, Méthodes de développement, validation et utilisations, Juin 2019.
- Procédure de certification des établissements de santé, Octobre 2020.
- HAS, « *Certification des établissements de santé : foire aux questions* », Mis en ligne le 17 décembre 2020, consulté le 3 septembre 2022. URL : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223930/fr/certification-des-etablissements-de-sante-foire-aux-questions.
- HAS avec le soutien de France Assos Santé, E-Satis – Dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients – Présentation à destination du personnel des établissements de santé, Janvier 2021.
- Engager le patient pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en équipe, Juin 2021.
- Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs. Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements, Rapport validé par le Collège le 1er juillet 2021.
- Manuel : Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, Septembre 2021.

- Manuel : Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, Version 2023.

CNAM, HCAAM, IGAS, rapports publics, etc.

- **MM. GAUTIER, RENOU, RODRIGUES, VU-TIEN**, *L'évaluation de l'expérimentation de nouveaux modes de financement et de gestion des établissements hospitaliers*, Rapport au Ministère de la Santé, septembre 1982.
- **A. COULOMB (rap.)**, *Médicalisation de l'ONDAM*, Rapport du groupe de travail de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, 31 mars 2003.
- **A. LOPEZ, P.-L. REMY**, *Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé*, Rapport IGAS, Mars 2007.
- **P.-L. BRAS, P. GOHET, A. LOPEZ**, *Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé*, Rapport IGAS, Juillet 2010.
- **L. HENART, Y. BERLAND, D. CADET**, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, Rapport remis au Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, au Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et au Secrétaire d'État chargée de la Santé, Janvier 2011.
- **A. BRUANT-BISSON, P. CASTEL, M.-P. PANEL**, *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*, Rapport l'IGAS, Mars 2012.
- **J. LE MENN, A. MILON**, *Refonder la tarification hospitalière au service du patient*, Rapport d'information n°703 (2011-2012), fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, 25 juillet 2012.
- **D. SICARD (Dir.)**, *Penser solidairement la fin de vie*, Rapport à François Hollande, Président de la République française, établi par la Commission de réflexion sur la fin de vie en France, 18 décembre 2012.
- **H. MAUREY**, Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire, Enregistré à la Présidence du Sénat le 5 février 2013.
- **A. BURSTIN, H. GARRIGUE-GUYONNAUD, C. SCOTTON**, *L'Hôpital*, Rapport IGAS remis au Président de la République, au Parlement et au Gouvernement, 2013.
- **C. COMPAGNON, V. GHADI (Dir.)**, *Pour l'An II de la Démocratie sanitaire*, Rapport à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, 14 février 2014.

- **M.-A. DESAILLY-CHANSON, H. SIAHMED**, *Établissements de santé risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques*, rapport IGAS, Tome I, Décembre 2016.
- **O. VÉRAN (Dir.)**, *L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur*, rapport remis au Ministre des Affaires sociales et de la Santé le 4 avril 2017.
- **Task Force « Réforme du Financement du système de santé »**, *Réformes des modes de financement et de régulation. Vers un modèle de paiement combiné*. Rapport remis dans le cadre de « Ma Santé 2022 », 2019.
- **P. ALLAL, J. DEBEAUPUIS, S. ELSHOUD, A. ESSID, F. THOMAS**, *Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de santé*, Rapport IGAS, Juin 2017.
- **J.-M. VANLERENBERGHE**, *Rapport de la commission des affaires sociales du Sénat sur le projet de LFSS pour 2018*, 2017, n°77.
- **S. LE BOULER**, *Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation, Mission universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique*, Rapport à Madame la ministre des Solidarités et de la Santé et à Madame la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Février 2018.
- **S. UZAN**, *Exercer une médecine de qualité grâce à des connaissances et des compétences entretenues, Mission de recertification des médecins*, Rapport remis aux ministres des solidarités et de la santé et de l'enseignement supérieur, de la recherche, Novembre 2018.
- **O. CLARIS**, *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières*, Juin 2020.
- **HCAAM**, *Rapport sur la régulation du système de santé*, adopté le 27 mai 2021.
- **HCFiPS**, *Note sur les propositions de loi organique de l'Assemblée Nationale et du Sénat relatives aux lois de financement de la sécurité sociale*, 10 juin 2021.
- **M. DELATTE, C. ISAAC-SIBILLE, M. LIMON, T. MESNIER, A. VIDAL, S. VIRY**, *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux du Printemps social de l'évaluation*, enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 11 juin 2021.
- **Conférence Nationale des Usagers**, *Les droits des usagers en santé à l'épreuve de la démocratie sanitaire de la Covid-19*, Rapport adopté le 25 juin 2021.
- **N. BOHIC, A. JOSSELIN, A.-C. SANDEAU-GRUBER, H. SIAHMED (Dir.)**, *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé*, Rapport de l'IGAS, Novembre 2021.
- **B. JOMIER (Prés.), C. DEROCHE (Rapp.)**, Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, Tome I, Rapport remis à M. le Président du Sénat le 29 mars 2022.
- **F. BRAUN (coord.)**, *Mission flash sur les urgences et soins non programmés*, Juin 2022.

Contributions ordinales et syndicales

- **P. BOUET**, « *Redonner la parole aux médecins* », in : Conseil national de l'Ordre des médecins, Pour l'avenir de la santé. De la grande consultation aux propositions, 2016
- *Livre blanc de la profession pour une kinésithérapie performante et moderne dans la fonction publique hospitalière. 20 recommandations pour améliorer la prise en charge des patients dans une approche médico-économique responsable*, propos construit par la collaboration des organisations professionnelles de la masso-kinésithérapie et du collectif « Sauvons la kinésithérapie hospitalière », Mai 2017.
- **ANFH**, *Cartographie des métiers*, parue en juin 2017.
- **ONI**, *Reconnaître la contribution infirmière au système de santé, Livre Blanc de la profession infirmière*, Octobre 2019.
- Avis du Comité éthique de la FHF, « *Est-il possible de concilier éthique et performance en santé ?* », 31 octobre 2019.
- **FEHAP**, « *Ségur de la santé. Contribution de la FEHAP* », 25 mai 2020.
- **FHF**, « *Un New Deal pour la santé* », Juin 2020.
- **ONI**, *Contribution au Ségur de la Santé de l'Ordre National des Infirmiers*, publiée en juillet 2020.
- **FFMKR**, *La FFMKR force de propositions, Contribution au Ségur de la santé*, 2020.
- **ONI**, *Contribution présidentielle de l'Ordre National des Infirmiers*, Février 2022.
- **CNOM**, #*soignerdemain*, Février 2022.

Circulaires, Instructions, Régulations, etc…

- Circulaire du 19 juin 1947 portant incitation pour tous les établissements à remettre un questionnaire de satisfaction à chaque usager lors de sa sortie.
- Circulaire n°263 du 13 octobre 1988 relative à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales.
- Circulaire DH n°96-669 du 29 octobre 1996 relative à l'encadrement des dépenses et à la procédure budgétaire des établissements de santé financés par dotation globale.
- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90, Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

- Instruction DGOS/R1 no 2015-36 du 6 février 2015 relative au guide pratique de facturation des prestations pour exigence particulière du patient à destination des établissements de santé.
- Stratégie nationale de santé 2018-2022, Axe 3 « garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population ».
- DGOS, Les réhospitalisations à 30 jours (RH30), Guide méthodologie de calcul de l'indicateur et présentation des principaux résultats, 2018.
- DGOS, Le taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours en MCO, Outil pour accompagner la mise à disposition d'un indicateur hospitalier de vigilance pour alerter, analyser et agir, 2018.
- Circulaire n°SG/2020/65 du 21 avril 2020 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2020.

CCNE, CE, CNA, etc.

- **CNA**, Avis n°78, *Alimentation en milieu hospitalier*, 4 juillet 1987.
- **CCNE**, Avis n°57, *Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs*, 20 mars 1998.
- **CCNE**, Avis n°101, *Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*, 28 juin 2007.
- **CCNE**, Avis n°118, *Vie affective et sexuelle des personnes handicapées. Question de l'assistance sexuelle*, 27 novembre 2012.
- Conseil d'état, Le droit souple, Étude annuelle 2013, La Documentation française.
- **CCNE**, *Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19*, 16 novembre 2020.
- **CCNE**, Avis n°137, *Éthique et santé publique*, 20 mai 2021.
- **CE**, *Avis sur les propositions de loi organiques et ordinaires relative aux lois de financement de la sécurité sociale*, 30 juin 2021.

Autres

- **P. LAROQUE**, Discours du 23 mars 1945 auprès de l'École nationale d'organisation économique et sociale à l'occasion de l'inauguration de la section assurances sociales.
- **A. CORDIER (Prés.)**, *Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des « sages »*, Juin 2013.

- **CISS**, « *L'hôtel-patients : un sas pour l'hospitalisation ? »*, https://www.france-assos-sante.org/2016/06/29/lhotel-patients-un-sas-pour-lhospitalisation/, publié le 29/06/2016, consulté le 03/02/2022.
- **S. LE BOULER (Dir.)**, *L'universitarisation des formations en santé, Dossier de presse*, Mars 2018.
- **P. DENORMANDIE, J. SECHER**, *Changer la vie à l'hôpital. Contribution du « groupe des 26 »*, Mai 2018.
- **Ministère des solidarités et de la santé**, « *Ma Santé 2022, un engagement collectif* », Dossier de presse, 18 septembre 2018.
- **Institut Montaigne**, *Système de santé : soyez consultés !*, Avril 2019.
- Conclusions du Ségur de la santé, dossier de presse, Juillet 2020.
- **O. VÉRAN**, *Édito*, Ségur de la santé – les conclusions, Dossier de presse, Juillet 2020.
- **A. KOUEVI, D. ANDRE**, « *Parcours administratif et hôtelier à l'hôpital : quelle importance ?* », support de présentation des sessions de restitution organisées le mardi 30 juin et le jeudi 2 juillet 2020, étude qualitative menée au CHU de Saint-Étienne, par l'Institut Français de l'expérience patient (IFEP) et le cabinet d'études MOAÏ.
- **H. DUMEZ, É. MINVIELLE**, *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. Une contribution des sciences de gestion*, CNRS-I3-IP Paris, Juillet 2020.
- **France Assos Santé**, *Guide du représentant des usagers en Commission des usagers*, Mars 2021.
- **IFEP**, *Baromètre de l'expérience patient*, Restitution des résultats et débats, vendredi 21 janvier 2022.
- **C. SIRET (Dir.)**, « *La loi Kouchner, 20 après* », Étude menée par la Commission des relations avec les associations de patients et d'usagers (CORAP), Section Éthique et Déontologie, Février 2022.
- **France Assos Santé**, *Crise de l'hôpital. Témoignages et retours d'expériences des patients et usagers*, Synthèse de l'enquête flash France Assos Santé, 3 octobre 2022.

Lois, règlements, décrets et ordonnances

- Code de la santé publique.
- Code de l'action sociale et des familles.
- Code de la sécurité sociale.
- Code de l'éducation.
- Code de la sécurité intérieure.
- Code de l'énergie.
- Code des transports.

- Code des postes et des communications électroniques.
- Loi du 30 juin 1838.
- Loi du 7 août 1851 sur les hôpitaux et les hospices.
- Loi du 21 décembre 1941 aux hôpitaux et hospices civils.
- Ordonnance n°45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale.
- Loi n°46-1146 du 22 mai 1946 portant généralisation de la sécurité sociale.
- Décret n°47-1169 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale.
- Décret n°55-1591 du 28 novembre 1955 portant code de déontologie médicale.
- Constitution du 4 octobre 1958.
- Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière.
- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- Décret n°79-506 du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale.
- Décret n°84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- Décret n°87-367 du 3 juin 1987 portant création du Comité national de l'évaluation médicale.
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Loi n°93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, dite « Loi Teulade ».
- Convention nationale des médecins signée le 21 octobre 1993.
- Arrêté du 25 novembre 1993 portant approbation de la convention nationale des médecins.
- Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.
- Loi constitutionnelle n°96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la sécurité sociale.
- Ordonnance n°96-246 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée modifiant l'ancien article L. 710-5 du Code de la santé publique.
- Loi organique n°96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.
- Loi n°98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Décret n° 2002-396 du 22 mars 2002 relatif à la durée du travail dans le secteur de l'hospitalisation privée et le secteur médico-social à caractère commercial.
- Arrêté du 29 mars 2002 portant création du Comité national de l'alimentation et de la nutrition des établissements de santé.

- Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.
- Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.
- Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale prévoit un mécanisme d'autorisation.
- Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
- Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- Décret n°2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.
- Loi n°2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique (Titre résultant de la décision du Conseil constitutionnel n°2007-546 DC du 25 janvier 2007).
- Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.
- Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé.
- Décret n°2008-1135 du 2 novembre 2008.
- Décision du 9 mars 2009 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n°883/2004.
- Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes.
- Loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale.
- Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

- Loi n°2014-155 Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.
- Loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.
- Arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- Décret n°2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients.
- Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016.
- Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
- Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale
- Ordonnance n°2018-21 du 17 janvier 2018 de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.
- Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018.
- Projet de loi n° 1681 relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, Exposé des motifs, 13 février 2019.
- Décret n°2019-510 du 23 mai 2019.
- Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019.
- Loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.
- Décret n°2020-255 du 13 mars 2020 pris pour l'application de l'article 78-1 de la loi du 9 janvier 1986 et portant création d'une prime d'intéressement collectif lié à la qualité du service rendu dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.
- Loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.
- Décret n°2020-1663 du 22 décembre 2020.
- Loi n°2021-502 du 26 avril 2021.
- Arrêté du 13 juillet 2021 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15.

- Arrêté du 13 juillet 2021 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires aux diplômes d'état d'infirmier au titre des années universitaires 2021-2022 et 2022-2023.
- Décret n°2021-980 du 23 juillet 2021 relatif à la réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers et d'autres professionnels de santé.
- Décret n°2021-1114 du 25 août 2021 relatif à la mise en œuvre de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé.
- Arrêté du 24 septembre 2021 modifiant l'arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale.
- Décret n°2021-1384 du 25 octobre 2021.
- Décret n°2021-1613 du 9 décembre 2021 portant modification de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- Arrêté du 17 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 13 juillet 2021 relatif aux modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, à la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et aux conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé.
- Loi n°2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants.
- Loi organique n°2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.
- Décret n°2022-610 du 21 avril 2022 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers et des pharmaciens d'officine.
- Arrêté du 10 juin 2022 prescrivant des mesures nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

Jurisprudences

Jurisprudences judiciaires

- Cass., 21 juillet 1862, Lodieu c/ Hyacinthe Boulanger.
- CA Paris, 23 juin 1931.
- Cass. Civ. 20 mai 1936, Mercier.
- Cass., Req., 8 janvier 1942, Teyssier.
- Cass. civ., 6 mars 1945, Clinique de Sainte-Croix.
- Cass. Crim. 22 février 1950.

- Cass. 1re civ., 29 mai 1951, Consorts Martin contre Birot.
- Cass. Civ. 1ère, 17 décembre 1957.
- Cass. Crim. 8 juillet 1958.
- CA Paris, 16 juin 1959.
- CA Aix-en-Provence, 22 décembre 1962.
- Cass. Civ. 1ère., 5 février 1963.
- Cass. Civ. 31 mars 1965, n°63-11.990
- Cass. Crim. 8 juillet 1970, n°69-93.430.
- CA Paris, 17 mars 1986, Assistance publique de Paris / X. et autres.
- Cass. Crim. 28 avril 1987, n°86-93.308.
- Cass. Civ. 1ère. 24 janvier 1995, n°93-10.611.
- CA Aix-en-Provence, 10 décembre 1996.
- Cass. Civ. 3e, 1er juill. 1998, Maison de retraite Fleury, n°96-17.515.
- Cass. 1re civ., 25 févr. 1997, n°94-19.685.
- Cass. Crim. 23 février 1999, n°98-81.817.
- Cass. Civ. 1re, 26 mai 1999, n°97-13.268.
- Cass. Civ. 1ère., 15 décembre 1999, Société clinique générale D'Annecy, n°97-22.652.
- Cass. Civ. 1ère. 18 juillet 2000, n°99-12.135.
- Cass. Civ. 1ère, 18 juillet 2000, n°99-12.207.
- Cass. Crim. 13 mai 2003, n°02-84.037.
- CA Montpellier, 24 juin 2003, n°00/02099.
- T. corr., Paris, 3 septembre 2003, n°99-26423046.
- Cass. Civ. 1ère. 4 janvier 2005, n°03-14.206.
- Cass. Civ. 2e, 12 mai 2005, FGTI c/ Association Clair Soleil et Mail, n° 03-17.994.
- Cass. Crim. 9 mai 2007, n°06-85.021.
- Cass. Civ. 1ère., 13 novembre 2008, n° 07-15.049, Société Polyclinique des Longues Allées, n°07-15.049.
- Cass. Crim. 18 mai 2010, n°09-84.433.
- Cass. Civ. 1re, 15 déc. 2011, n° 10-25.740.
- Cass. Civ. 2ème, 22 octobre 2015, n°15-16.312.
- CA Paris, 9 mars 2016, n°15/07071.
- CA Agen, 14 février 2017, n°15/01594.
- Cass. Civ. 3e, 3 déc. 2020, n° 20-10.122.
- Cass. Crim. 16 février 2021, n°19-87.982.
- Montpellier, Chambre sociale 01, 3 novembre 2021, n°18/00263.

Jurisprudences administratives, constitutionnelles et ordinales

- CE, Ass. 29 janvier 1954, Notre-Dame du Kreisker, n°07134.
- CE, 20 mars 1957, Hospices de Perpignan, n°7295 et n°19220.
- CE, 18 novembre 1960, Savelli, n°27844.
- CE, Section, 14 juin 1963.
- CE, 12 décembre 1979, Centre hospitalier de Sevrey, n° 10706.
- CE, 18 janvier 1980, Ministre de la Santé et Sécurité sociale c/ SA. Clinique du Pont de Chaume, Lebon p. 32.
- CE, 15 avril 1983, n°11384.
- CE. 19 février 1986, Époux Auger Caisse de mutualité sociale agricole du Loiret, req. N° 44470 et 44784, publié au Lebon.
- CE, Contentieux, 13 janvier 1988, Centre hospitalier de la Ciotat, n°77534.
- Décision n°90-287 DC du 16 janvier 1991, Loi portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales.
- CE, Contentieux, 7 juillet 1997, n°143528.
- CE, Contentieux, 16 novembre 1998, n°178585.
- CE, Contentieux, 16 juin 2000, Hospices civils de Lyon, n°196255.
- CE. Sec. 18 décembre 2002, Mme Duvignères, n°233618.
- CE, 12 janvier 2005, M. Kerkerian, n°256001.
- CE, 27 juin 2005, n°261574.
- CAA Bordeaux, 6 juillet 2006, Groupe Hospitalier Sud Réunion, n°03BX01451.
- CE, 16 janvier 2008, n°275173.
- Cons. Const. N°2009-584 DC du 16 juillet 2009, Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- CE, 27 avril 2011, Association pour une formation médicale indépendante, req. n°334396.
- CE, 12 mars 2012, n° 342774.
- CE, 6 novembre 2013, CH de Rouvray, req. N°352043, publié au Lebon.
- CE, 30 juin 2015, n°384978.
- Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre national des médecins, décision du 27 octobre 2015, n°1231.
- CE, 6 mai 2016, n°384071.
- CE 5 juill. 2017, Mme Bosser c/ CCAS de Quimper, n° 399977, au Lebon.
- TA Nantes, 9 octobre 2018, Établissement public de santé mentale de la Sarthe, req. n°1609869 et 1610896, **Obs. H. ROTH**. RGDM, 2019, n° 70, pp. 273-275.
- CE, 23 décembre 2020, n°428284.

- CAA Bordeaux, 4ème chambre, 13 avril 2021, n°19BX02967.
- CAA Nantes, 3ème chambre, 19 novembre 2021, n°20NT02378.

Jurisprudences européennes

- CJCE, 23 avril 1991, Höfner, aff. C-41/90.
- CJCE, 17 février 1993, Poucet et Pistre, C-159/91 et C-160/91.
- CJCE, 16 novembre 1995, Fédération française des sociétés d'assurance e.a., C-244/94.
- CJCE, 21 septembre 1999, Albany, C-67/96.
- CJCE, 12 septembre 2000, Pavlov e.a., affaires jointes C-180/98 à C-184/98
- CJCE, 12 juillet 2001, Smits et Peerbooms, C-157/99.
- CJCE, 13 mai 2003, Müller-Fauré et van Riet, C-385/99.
- CJCE, 16 mai 2006, Watts, C-372/04.
- CJCE, 10 mars 2009, Hartlauer Handelsgesellschaft mbH contre Wiener Landesregierung et Oberösterreichische Landesregierung, Affaire C-169/07.

Autres

J. BECKER (Réal.)

- *Bon Rétablissement !*, France, 2014.

F. BIZARD

- « *Paiement à l'épisode de soins : une utopie à haut risque !* », LesEchos.fr, publié le 21 mai 2018, consulté le 8 août 2022, url : https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/paiement-a-lepisode-de-soins-une-utopie-a-haut-risque-132662.

L. BRONNER

- « *De la pénurie de généralistes jusqu'aux urgences, le système de soins à l'hôpital est au bord de la noyade* », Le Monde, publié le 13 juillet 2022, consulté le 31 juillet 2022.

C. CHAPLIN

- *Les Temps modernes*, Chaplin – United Artists, 1936.

G. GRANGUER (Réal.)

- *Le cave se rebiffe*, Cité Films, Compagnia Cinematografica Mondiale, France, Italie, 1961.

ODOXA

- Regard porté sur l'hôpital et focus sur l'expérience-patient, Baromètre 360 à l'occasion de la Paris Healthcare Week 2019 le 21 mai 2019
- Sondage ODOXA-BACKBONE CONSULTING pour Le Figaro et Franceinfo, enquête réalisée auprès d'un échantillon de français interrogés par internet les 10 et 11 mars 2021.

Présidence de la République

- Discours du Président de la République sur « *La transformation du système de santé « Prendre soin de chacun »* », prononcé à l'Élysée le 18 septembre 2018.

E. POMMIERS

- « *Qu'est-ce que la T2A, qui cristallise les tensions à l'hôpital ?* », Le Monde, Publié le 13 février 2018, consulté le 20 juillet 2022.

P.-J. PYRDA

- « *Tarn-et-Garonne : un accès régulé aux urgences de Montauban et de Moissac à partir du 1er juillet* », La Dépêche, publié le 30 juin 2022, consulté le 31 juillet 2022.

Saint-Jean de Dieu

- Première lettre de saint Jean de Dieu à don Gutierre Lasso de la Vega, Grenade, 8 janvier 1550.

A. VACHERON

- « *Le doute en médecine* », Séance solennelle de rentrée des cinq Académies 2010 sous la présidence de Monsieur Roger Taillibert, président de l'Institut de France, président de l'Académie des beaux-arts, sur le thème : « Le doute », 2010.

Index

Les nombres indiqués renvoient aux numéros de paragraphe

Accès aux soins

- 1, 42, 61-62, 64, 67-68, 76, 125, 146, 159, 164, 196, 346, 352, 354, 396, 532, 534, 656, 669, 673.

Accompagnement

- 12, 32, 85, 91, 152, 409, 411-412, 417, 419, 421, 425, 427-428, 432, 444, 446-447, 449-453, 467, 489, 492, 494, 497-498, 501, 559, 571, 600, 604, 707, 725.

Accueil

- 31, 34, 43, 59, 92, 94 et s., 152, 158, 160, 174-175, 177, 180, 197, 209, 265-266, 286, 342, 407, 409, 414 et s., 487-488, 492, 494, 496, 499, 501, 533, 570, 728-729.

Acte

- 144, 158, 186 et s., 211-212, 216 et s., 236, 239, 263, 371 et s., 394, 401, 508 et s., 568, 570, 583, 679, 684, 689, 692 et s., 702, 704, 711, 721.

Agence Régionale de Santé

- 63, 69, 74, 78 et s., 295, 297, 314, 533, 644, 699.

Ambulatoire

- 106-107, 126, 327.

Amélioration continue de la qualité

- 283, 307, 309, 320 et s.

Autorisation

- 17, 60, 71 et s., 292, 314, 364, 399, 638, 643, 661, 692.

Budget

- 19, 23, 347.

Cadre d'orientation stratégique

- 17, 66.

Care

- 439, 459-460, 680.

Certification

- 172, 289, 292, 304 et s., 322 et s., 329, 392, 533, 612, 614, 618, 620, 625, 628, 643

Cloisonnement

- 28, 89, 136, 140, 148, 197, 200, 204 et s., 264, 410, 477, 503, 506, 511 et s., 529, 539, 736, 740.

Colloque singulier

- 36, 48, 50, 163, 260, 549, 713.

Commission des usagers

- 168, 171 438.

Communauté professionnelle territoriale de santé

- 681-682.

Communication

- 121-122, 135, 165, 327, 365, 423, 428 et s., 438, 463, 465, 483, 485, 593 et s., 605, 608, 616, 736.

Compétence

- 18, 47, 88, 92, 120, 138, 144 et s., 178, 185 et s., 211, 284, 321, 445, 473, 480, 498, 505 et s., 557, 565, 567, 642, 699.

Concurrence

- 1-2, 140, 145, 164, 338, 360-361, 381, 388, 466, 679.

Consentement

- 41, 446, 596, 602, 713.

Consommation

- 122, 280, 344, 353, 695, 713.

Contractualisation

- 70, 72, 78 et s., 112 et s., 328, 330 et s., 378, 388 et s., 443, 495, 578, 593-594, 609, 625, 638 et s., 698 et s., 706, 708 et s.

Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins

- 81, 330, 706.

Contrat d'hospitalisation et de soins

- 112, 114, 128, 133, 422, 436-437.

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- 78.

Contrôle continu
- 80, 170, 271, 283, 307, 309, 310, 318 et s., 337-338, 532, 576, 586, 609, 625 et s., 646.

Coopération
- 190, 192, 197, 203-204, 209 et s., 267, 284, 390, 412, 471, 476 et s., 487, 505, 530, 532 et s., 670, 699, 704, 739.

Covid-19
- 51 et s., 453, 463, 521 et s., 651, 655 et s.

Défaut d'organisation
- 130, 133, 440, 452-453, 520

Démocratie sanitaire
- 166-167, 279, 600, 666, 674, 676.

Déontologie
- 8, 36, 84, 122, 179, 190, 213, 257, 267, 494, 509, 530-531, 557-558, 711.

Données acquises de la science
- 221 et s., 231-232, 239-240, 249 et s., 256, 536, 547, 558, 563.

Droit souple
- 186, 219-220, 224, 230, 237, 239, 242-243, 245, 248, 260-261, 263, 267, 503, 540 et s., 569 et s., 730.

Efficience
- 5, 11 et s., 19 et s., 31, 59, 93-94, 149, 214, 216, 257, 268 et s., 276, 279, 282, 290, 317, 320, 330 et s., 338, 340, 350, 360, 366 et s., 372, 376, 379 et s., 390, 401 et s., 440, 574, 624, 650, 659, 669, 672-673, 675, 677, 685-686, 695, 702, 719, 728, 731.

EHPAD
- 24, 106, 494 et s.

E-SATIS
- 286, 315, 327, 637.

Établissement de santé
- 1 et s., 16 et s., 28 et s., 42 et s., 73 et s., 108 et s., 126 et s., 154, 164 et s., 207, 214, 282, 286, 293, 314, 324, 326, 350, 360, 362 et s., 385, 424 et s., 484-485, 510 et s., 532 et s., 581, 585, 604, 618, 628, 658, 682, 708, 712, 727 et s.

Éthique
- 20, 27, 30, 34-35, 39 et s., 47 et s., 62, 72, 76-77, 82, 122, 167, 172, 241, 268-269, 276, 330, 344, 348, 352-353, 366, 379, 395 et s., 417, 459, 494, 509, 518-519, 536, 582, 639, 642, 654 et s., 663, 669, 671, 680, 689, 692, 695, 697-698, 713, 720, 723, 727, 737.

Évaluation
- 17, 24, 26, 66, 74, 168, 172-173, 190, 271, 281 et s., 291, 301 et s., 336, 373-374, 384-385, 394, 400, 438, 441, 573, 576, 588, 604, 607 et s., 647, 675, 683-684, 699, 705, 709, 728, 731, 735.

Événement indésirable grave
- 295, 586 et s.

Exercice illégal
- 148, 188, 201, 292, 515.

Financement
- 25, 66, 78, 330, 333, 343, 347, 349, 353, 359, 363, 368, 371, 389, 393, 398, 420, 497, 553, 638, 640, 642, 666, 678-679, 683, 686, 689, 702 et s., 725.

Fonds d'intervention régional
- 330, 390-391.

Gestion des risques
- 238, 271-272, 282-283, 287 et s., 310, 323, 400, 585, 646, 661.

Handicap
- 108, 424, 448, 450, 501, 671, 679.

Haute Autorité de santé
- 234-235, 238, 256, 263, 276, 292, 308 et s., 384, 486, 559, 561-562, 624, 628, 636.

Hébergement
- 46, 104, 107, 113 et s., 125-126, 131, 496.

Hôtel hospitalier
- 125, 762.

Incitation financière à l'amélioration de la qualité des soins
- 327, 392, 624, 642.

Indépendance professionnelle
- 8, 204, 211-212, 241, 259, 407, 503, 509, 539, 543, 553, 556, 730.

Indicateur
- 305, 307, 327 et s., 385, 392, 582, 586, 593, 604, 611, 619 et s., 647-648, 683.

Indicateur de processus
- 622 et s., 636.

Indicateur de résultat
- 622 et s., 636-637.

Intéressement
- 81, 284, 319, 327 et s., 387, 574, 578, 593-594, 625, 630 et s., 642, 650, 660, 675, 687, 700-701, 709-710, 715, 720, 723.

Maitrise des dépenses de santé
- 81-82, 236, 347, 349, 365, 371.

Maladie chronique
- 192, 196, 424, 445, 447, 478, 497, 501, 671, 684, 703, 738.

Marketing
- 605 et s., 648.

Médico-social
- 17, 24, 58, 61, 73, 75, 129, 190, 195, 276, 298, 309, 314, 316, 445, 450, 474-475, 482, 489 et s., 501, 603, 702.

Mission
- 84, 143, 148, 202, 236, 513, 525 et s., 568.

Normalisation
- 198, 226, 235, 241, 245, 257, 260, 270, 407, 410, 502, 539, 543, 549.

Offre de soins
- 2, 17, 61 et s., 100, 283, 295, 338-339, 342, 347, 364, 366, 373, 656, 661, 673, 679, 694-695.

Participation
- 46, 63, 148, 165 et s., 190, 284 et s., 297, 326-327, 330, 336, 359, 394, 438, 578, 587, 589, 592, 595, 608, 612, 646, 660, 666, 674 et s., 704, 708, 729.

Performance
- 1 et s., 10 et s., 54 et s., 60 et s., 80 et s., 119 et s., 166, 172-173, 183 et s., 216, 282, 296, 331 et s., 381, 386, 395, 406, 508, 537, 657, 669 et s., 696 et s., 709 et s., 727 et s.

Perte de sens
- 19, 26, 83, 88, 396, 406, 453, 497, 518, 568, 570, 573, 724, 735.

Pertinence
- 2, 14, 18, 88, 166, 188, 193, 199-200, 208, 210-211, 214, 220-221, 226, 230, 239, 241, 264, 276, 279, 284, 287, 316, 330, 337, 354, 358, 397, 400 et s., 428, 470, 499, 504, 520, 533, 539, 543-544, 550-551, 555, 557 et s., 564, 567, 569, 580, 594, 601, 618, 622, 631, 637, 643, 656-657, 660 et s., 671, 673, 675, 683-684, 691, 704, 706, 713, 719, 723, 731.

Pluridisciplinarité
- 106, 193, 207, 210, 284, 453, 462, 480, 482, 487, 505, 516-517, 525, 528, 531, 537, 699.

Prestations hôtelières
- 104, 107, 112, 123, 125, 342, 426, 429-430, 468.

Productivité
- 18-19, 23, 42, 293, 376, 379 et s., 389, 399, 401, 408, 499, 566, 573, 656, 679, 690-691, 694 et s., 718, 721, 725.

Profession de santé
- 24, 57, 94, 104, 124, 138 et s., 180 et s., 284 et s., 299, 344, 387, 427, 443, 451, 457 et s., 504 et s., 565 et s., 583, 587 et s., 697, 705, 716, 729 et s.

Qualité

- 13 et s., 40, 168 et s., 198, 270 et s., 392 et s., 428, 438, 443, 452, 463, 533, 559, 565, 575 et s., 640 et s., 655, 665, 683, 699, 702 et s., 720, 722, 728, 731.

Rationalisation

- 3, 26, 82, 260, 280, 339 et s., 346, 353, 412, 450, 497, 532, 574, 649, 651, 653, 655 et s., 677, 681, 719, 721.

Recommandation de bonnes pratiques

- 224, 229, 230, 233 et s., 263, 267, 330, 486, 494, 546 et s., 569, 572.

Référence médicale opposable

- 224, 230 et s., 545 et s.

Régulation

- 4, 8, 62, 78, 88, 144-145, 175, 189, 199, 226, 228, 231, 260, 267, 282, 322, 330, 348, 359, 388, 397, 400, 466, 508, 512, 514, 520, 536, 540, 543, 554, 557, 559 et s., 572, 582, 615, 621, 638, 640, 649, 652 et s., 682, 692, 704, 708-709, 716, 719, 730.

Rentabilité

- 11, 19, 21-22, 26, 279, 389, 656.

Représentant des usagers

- 104, 162, 165, 167, 185, 595-596, 664, 676.

Sanitaire

- 1, 8, 16 et s., 26, 27, 46 et s., 61, 65 et s., 151, 166-167, 226, 268, 274, 276, 279, 283, 289, 292, 295 et s., 302, 304, 309, 314, 316, 328, 353, 361, 363-364, 389, 397, 400, 463-464, 490, 492 et s., 521, 593, 600, 606, 620, 638-639, 643, 656-657, 661, 666, 674, 676, 678, 685, 687, 692, 701-702, 707, 713, 723, 736, 740.

Satisfaction

- 13, 278, 286, 304, 308, 311, 315, 326-327, 329, 332, 336, 438, 586, 595, 624, 633, 635, 637, 647.

Sécurité

- 23, 61, 112, 125, 128 et s., 196, 208, 257, 272, 276, 279, 282, 289 et s., 307 et s., 337, 379, 453, 459, 533, 536, 539, 547, 557, 564, 586, 655, 661, 702.

Sécurité sociale

- 64 et s., 343, 349, 362, 372, 666.

Spécialisation

- 2-3, 31, 33, 140, 149, 177-178, 181, 184, 186, 193-194, 202 et s., 280, 363, 459 et s., 472, 504, 511-512, 523.

Standardisation

- 59, 92, 94, 173, 181-182, 186, 197-198, 209, 221, 223, 255, 260, 264, 270, 272, 280-281, 297, 394, 407-408, 410, 416, 473, 476, 498, 516, 543, 549, 557, 565, 567, 730.

Système de santé

- 17 et s., 36 et s., 88, 145, 159, 165, 170, 173, 178, 180, 228, 237, 241, 260, 295, 297, 330, 347, 352-353, 359, 385, 397, 478, 511, 539, 552, 577, 666, 669, 673, 682, 684, 713, 737.

Tarification à l'activité

- 25, 375 et s., 389, 392, 678, 684, 689 et s., 711.

Temps

- 19, 26, 61, 87, 106, 133, 158, 166, 240, 281, 322, 324, 372, 403, 409-410, 412, 425, 427, 440, 444, 449 et s., 468, 476, 486-487, 500-501, 516, 571, 573, 583-584, 603-604, 628, 680, 697, 711, 738.

Territoire

- 34, 42, 63 et s., 76, 82, 390, 464, 532 et s., 670, 678, 695, 699, 702, 704.

Urgence

- 51, 54, 131, 191, 196, 270, 300, 342, 521, 652, 659, 677, 681-682, 719.

Vie privée

- 129, 134, 493.

Vigilance

- 232, 294 et s., 336, 389.

Table des matières

Introduction *1*

Section 1 : Notion de performance 4

A. Analyse historique de la performance 4

B. Déploiement de la performance au sein des établissements de santé 9

Section 2 : Clarification de l'objet d'étude, les établissements de santé 17

A. Accroissement de la technicité des établissements de santé 17

B. Impact sur le rôle des établissements de santé 26

Section 3 : Enjeux et logiques de la recherche de performance 37

A. Logiques de la recherche de performance 38

1. Planification 38

2. Autorisation 47

3. Contractualisation 53

B. Enjeux de la recherche de performance 57

Conclusion : présentation de l'étude. 59

PARTIE 1 : LES FRUITS DE LA RECHERCHE DE PERFORMANCE ATTENDUE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE 61

TITRE 1 : L'ACCOMPAGNEMENT NORMATIF DE L'EVOLUTION DE LA METHODOLOGIE DE PRISE EN CHARGE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE 63

Chapitre 1 : La technicisation de l'accueil au sein des établissements de santé *65*

Section 1 : Prise en compte des attentes autour de la prise en charge 65

§1. Évolution de la position d'accueil des établissements de santé 66

A. Évolution de l'importance de l'accueil selon les prises en charge 66

B. Encadrement de l'accueil selon les structures 71

§2. Évolution des modalités d'accueil des établissements de santé 78

A. Accueil patient comme enjeu stratégique 78

B. Impacts organisationnels de ces évolutions 83

Section 2 : Développement d'une prise en charge industrialisée 90

§1. Matérialisation des progrès et évolution fonctionnelle 91

A. Diversification des professions soignantes 91

B. Diversification des compétences attendues 95

§2. Encadrement de cette matérialisation par le droit des patients 103

A. Droits des patients : impacts consuméristes 104

B. Technicisation et représentation des usagers 110

Conclusion du chapitre *117*

Chapitre 2 : La standardisation de la prise en charge des établissements de santé *118*
Section 1 : Développement de professions spécialisées 119
§1. Mise en place de professions de pointe 120
A. Organisation de la montée en performance des professions 120
B. Conséquence de cette organisation : la standardisation 126
§2. Spécialisation et organisation professionnelle 132
A. Organisation structurelle du travail 132
B. Coopération et indépendance professionnelle 137
Section 2 : Normalisation de la pratique médicale 142
§1. Influence croissante du droit souple 143
A. Multiplication des sources impactant l'activité professionnelle 143
B. Droit souple et recherche de pertinence 148
§2. Juridicité croissante du droit souple 158
A. Développement du caractère opposable de ces sources 158
B. Conséquences pratiques de ce développement 162
Conclusion du chapitre *170*
Conclusion du titre *171*
TITRE 2 : L'ENCADREMENT NORMATIF DE LA PRODUCTION EN SANTE 172
Chapitre 1 : La démarche qualité, quintessence de la standardisation en santé *174*
Section 1 : Organisation et contenu de la démarche qualité 174
§1. Principe de la démarche qualité 175
A. Présentation de la notion 175
B. Particularisme de la notion appliquée à la matière médicale 180
§2. Qualité et sécurité : la gestion des risques 187
A. Présentation des notions 187
B. Fonctionnement global et interne 191
Section 2 : Contrôle et développement de la qualité 197
§1. Politique d'évaluation de la qualité 198
A. Émergence d'une logique d'évaluation 198
B. Contenu, déroulement et implications de l'évaluation 202
§2. Développement de la qualité par une logique de contrôle continu 207
A. Approfondissement du caractère continu de la démarche qualité 207
B. Modalités de développement du caractère continu 213
Conclusion du chapitre *222*
Chapitre 2 : L'efficience économique en établissement de santé *223*
Section 1 : Construction d'un cadre économique efficient 223
§1. Cadre économique maitrisé 224

A. Organisation du marché : l'assurance sociale 224
B. De la maximisation à la rationalisation 229
§2. Accès conditionné au cadre économique 236
A. Légitimité de l'encadrement d'accès 236
B. Typologie des établissements concernés 242
Section 2 : Encadrement de l'efficience économique en établissement de santé 247
§1. Acteur économique limité par la tarification 247
A. Cheminement vers une fixation tarifaire 247
B. Transition vers la tarification à l'activité 252
§2. Acteur économique encadré dans sa volonté de développement 259
A. Opérateur économique limité 259
B. Incitations économiques orientées 264
Conclusion du chapitre *272*
Conclusion du titre *273*
Conclusion de partie *274*

PARTIE 2 : LES INSUFFISANCES GENEREES PAR LA RECHERCHE DE PERFORMANCE ATTENDUE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE 275

TITRE 1 : LA QUETE DE PERFORMANCE, SOURCE D'IMPERFECTIONS METHODOLOGIQUES EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE 277
Chapitre 1 : La surtechnicisation du rôle d'accueil des établissements de santé *278*
Section 1 : Insuffisante prise en compte des attentes classiques liées à la prise en charge 279
§1. Position d'accueil potentiellement déshumanisée 279
A. Vices associés à l'approche stratégique de l'accueil 279
B. Positionnement inadapté de l'établissement de santé 287
§2. Position d'accueil à perfectionner 292
A. Modalités de perfectionnement à envisager 292
B. Pour une revalorisation de l'accompagnement au sein de la prise en charge 297
Section 2 : Vicissitudes associées à une prise en charge industrialisée 304
§1. Évolution fonctionnelle inadaptée 304
A. Technicisation perfectible des professions 304
B. Relation soignant-soigné perfectible 309
§2. Évolution fonctionnelle à réorienter 315
A. Repenser la prise en charge dans une logique de continuité 315
B. Comparaison avec des secteurs voisins 322
Conclusion du chapitre *331*

Chapitre 2 : La standardisation comme possible limitation de l'exercice médical au sein des établissements de santé *333*
Section 1 : Développement de professions surspécialisées 333
§1. Mise en place de professions cloisonnées 334
A. Conséquence d'un fonctionnement à l'acte 335
B. Insuffisances d'un fonctionnement à l'acte 340
§2. La nécessaire réorientation de la spécialisation des professions 347
A. Point de vue individuel : régler la question des compétences 347
B. Point de vue collectif : définir le travail collectif 352
Section 2 : Normalisation, source potentielle de limitation de la pratique médicale 360
§1. Inévitable risque d'atteinte à l'indépendance professionnelle 361
A. Droit souple comme potentiel parasite de l'action médicale 361
B. Risques associés à une croissance de la contrainte 365
§2. Exigence indispensable d'actualisation des normes de droit souple 371
A. Nécessité d'un caractère non contraignant par principe 371
B. Inévitable question de la temporalité 376
Conclusion du chapitre *381*
Conclusion du titre *383*
TITRE 2 : LA QUETE DE PRODUCTIVITE, SOURCE D'INCOMPATIBILITE AVEC LES OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE 384
Chapitre 1 : La démarche qualité, symbole des limites de la standardisation en santé *385*
Section 1 : Carences de la démarche qualité 385
§1. Vices associés à la démarche qualité 386
A. Construction technocratique 387
B. Construction sécuritaire 393
§2. Nécessaire inclusion à la démarche qualité 399
A. Importance de la sensibilisation 400
B. Évolution vers une logique inclusive 404
Section 2 : Limites d'une politique d'évaluation de la qualité 413
§1. Insuffisances de l'évaluation de la qualité 414
A. Conséquences limitées sur le fonctionnement réel de la structure 414
B. Conséquences limitées du fait des ressources du contrôle 422
§2. Poursuite des évolutions amorcées de l'évaluation de la qualité 429
A. Poursuite d'une logique de contrôle continu 429
B. Envisager une construction globale 436
Conclusion du chapitre *442*
Chapitre 2 : La contrainte économique imposée aux établissements de santé *443*

Section 1 : Construction d'un cadre économique limitant 444
§1. Cadre économique limité 444
A. Impacts de la rationalisation 445
B. Rôle de la régulation en la matière 452
§2. Cadre économique à desserrer 459
A. Régulation participative 459
B. Régulation collaborative 465
Section 2 : Limites de l'efficience économique attendue des établissements de santé 474
§1. Acteur sanitaire étouffé par la tarification 474
A. Limites connues de la tarification à l'activité (T2A) 475
B. Liens évidents entre tarification et pratique professionnelle 481
§2. Production économique à connecter aux attendus sanitaires 488
A. Transcrire la continuité dans la tarification 488
B. Intéresser les acteurs à la performance économique 495
Conclusion du chapitre *505*
Conclusion du titre *506*
Conclusion de partie *508*
CONCLUSION GENERALE 509
§1 : Clarification des apports de la recherche de performance 509
§2 : Limites de la recherche de performance 511
§3 : Réinvention de la recherche de performance 513
BIBLIOGRAPHIE 515
Ouvrages *515*
Ouvrages généraux 515
Ouvrages techniques 518
Mélanges, actes de colloque 520
Libre propos, autres, etc… 523
Thèses et mémoires *528*
Études encyclopédiques, dictionnaires *531*
Articles et chroniques *533*
Actes de colloque, chapitres d'ouvrages, ouvrages collectifs 533
Revues juridiques 546
Revues techniques 563
Rapports, avis, circulaires et recommandations *590*
HAS, ANAES, etc. 590
CNAM, HCAAM, IGAS, rapports publics, etc. 591

Contributions ordinales et syndicales 593
Circulaires, Instructions, Régulations, etc… 593
CCNE, CE, CNA, etc 594
Autres 594
Lois, règlements, décrets et ordonnances *595*
Jurisprudences *599*
Jurisprudences judiciaires 599
Jurisprudences administratives, constitutionnelles et ordinales 601
Jurisprudences européennes 602
Autres *602*
INDEX 604
TABLE DES MATIERES 609

Résumé en français :

L'établissement de santé est progressivement devenu une entreprise de soins, avec toutes les caractéristiques économiques et gestionnaires que cela implique. La place essentielle de « l'éthique du soin » est grandement perturbée par la prise en compte de considérations de performance désormais indispensables. La notion même de performance demeure débattue, faute d'approche univoque les structures sont exposées à des injonctions paradoxales. Le cadre normatif ne remplit qu'imparfaitement son rôle de régulation tant les régimes juridiques successifs manquent de cohérence. Les objectifs adressés aux professionnels de santé sont imposés sans qu'une logique d'ensemble puisse se faire jour. Concilier, voire réconcilier, les notions d'éthique du soin et de performance de l'activité s'avère d'une impérieuse nécessité. Le recours à la norme, dans ses fonctions d'organisation et d'arbitre, permet d'aborder les enjeux et logiques de la confrontation sous un angle encore non prospecté.

Titre et résumé en anglais :

The health establishment has gradually become a care company, with all the economic and managerial characteristics that this entails. The essential place of "the ethics of care" is greatly disturbed by the taking into account of performance considerations that are now essential. The very notion of performance remains debated, for lack of a unambiguous approach the structures are exposed to paradoxical injunctions. The normative framework only imperfectly fulfills its role of regulation as the successive legal regimes lack coherence. The objectives addressed to health professionals are imposed without an overall logic being able to emerge. Reconciling, even reconciling, the notions of ethics of care and performance of the activity proves to be an imperative necessity. The use of the norm, in its functions of organization and arbiter, makes it possible to approach the issues and logics of the confrontation from an angle that has not yet been explored.

Discipline :

Droit privé et sciences criminelles

Mots-clés :

Établissement de santé – Performance – Régulation – Système de santé

Intitulé et adresse de la Faculté ou du Laboratoire :

École de Droit de la Santé – UR-UM 206 – Faculté de droit et science politique – Université de Montpellier – 39 Rue de L'Université – 34060 Montpellier