



L'exigence éthique et la tarification à l'activité à l'hôpital

Pierre Le Coz

DANS **REVUE DE PHILOSOPHIE ÉCONOMIQUE** 2009/1 Vol. 10 , PAGES 35 À 53
ÉDITIONS **VRIN**

ISSN 1376-0971

DOI 10.3917/rpec.101.0035

Date de mise en ligne : 01/01/2010

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-de-philosophie-economique-2009-1-page-35?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Vrin.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [Cairn.info/copyright](http:// Cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

L'EXIGENCE ÉTHIQUE ET LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ À L'HÔPITAL

PIERRE Le COZ *

Résumé

La difficulté des acteurs de santé à intégrer le critère éthique de l'équité dans leur décision est en partie liée aux émotions déclenchées par la perception sensible des patients. Le souci d'une distribution rationnelle des ressources sanitaires en fonction des besoins de la collectivité n'a pas l'intensité émotionnelle de la compassion. L'intégration progressive de la tarification à l'activité dans les établissements de soin offre l'avantage de relativiser l'influence des émotions spontanées dans la décision médicale. Cependant, elle présente l'inconvénient de favoriser la rentabilité plutôt que l'équité.

Mots-clés : éthique, décision, révision émotionnelle, compassion, crainte, angoisse, égalitarisme, utilitarisme, équité, tarification à l'activité

Abstract

The difficulty for physicians to integrate the ethical criterion of distributive justice in their decision making is partly due to the emotions sparked off by patients' countenance. The concern for a rational distribution of sanitary resources according to the needs of the community doesn't match with the emotional intensity of compassion. The gradual integration of fixing a price scale for a given medical activity in hospitals offers the advantage of balancing the influence of spontaneous emotions in the medical

* Maître de conférence en philosophie à la Faculté de médecine de Marseille (EA 3783), Université Aix-Marseille II, Vice-président du Comité consultatif national d'éthique, lecoz@comite-ethique.fr.

decision. Yet, the drawback lies in the favouring of profitability rather than distributive justice.

Key words : Ethics, decision making, emotional revision, compassion, fear, anguish, egalitarianism, utilitarianism, distributive justice, medical fee

INTRODUCTION

L'hôpital n'est pas une institution comme les autres. Dans un monde souvent perçu comme impitoyable et menaçant, il est l'un des rares lieux où chacun peut trouver refuge, de nuit comme de jour. On ne peut pas aborder l'éthique de la décision à l'hôpital en négligeant cette symbolique chargée d'histoire. C'est ce que rappelle le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) dans un avis récent à la rédaction duquel il nous a été donné de participer : « *L'hôpital est investi d'un devoir d'aide et d'assistance sociale. Sans en être l'aspect le plus visible, cette aide est indispensable à la préservation du lien social dans la cité, au-delà de l'obligation de permanence des soins* » [CCNE (2008), p. 4]. 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. 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 aigüe 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. Comment les professionnels de l'hospitalisation peuvent-ils intégrer dans leurs décisions au quotidien des attentes individuelles et collectives disparates, soigner tout en tenant compte du devoir de respecter les limites budgétaires ?

I. FACTEURS D'ÉMERGENCE DES CAS DE CONSCIENCE

1. *Les ressorts affectifs de la réflexion éthique*

Les conflits de valeur qui alimentent une réflexion éthique apparaissent quand le décideur est le siège d'émotions qui l'inclinent tour à tour dans des directions opposées sans qu'il puisse stabiliser ce processus de révision émotionnelle [Livet (2002a), p. 93-107]. Cette dynamique de révision ne s'enclenche pas lorsqu'une émotion impose sa décision à l'agent du fait de l'intensité avec laquelle il la ressent [Stocker (1983), p. 5-26]. La vivacité de l'émotion qui s'empare de lui le rend réceptif à la valeur d'un principe éthique sans qu'une émotion concurrente ne vienne l'avertir qu'il existe d'autres principes qui n'ont pas moins de valeur éthique et risquent pourtant d'être sacrifiés par sa décision.

La résistance d'une émotion à sa révision par d'autres émotions se renforce par un effet de « contagion affective » lorsqu'elle est partagée par le groupe [Scheler (1954)]. C'est ce qui peut expliquer qu'en dépit de l'ampleur du déficit actuel de notre système assurantiel, il n'existe pas réellement de questionnement éthique au sein d'une équipe soignante lorsqu'il s'agit pour celle-ci de redonner le plein usage de ses facultés à un enfant ou à un jeune adulte. Des déterminants affectifs pèsent puissamment dans cette spontanéité consensuelle. Les membres de l'équipe soignante ont le sentiment qu'ils peuvent compter sur l'empathie de la collectivité et de ses cotisants, qu'ils jouissent de l'approbation de tous à leur indifférence au coût de revient de la guérison du patient. Cette connivence imaginée renforce leur résistance émotionnelle.

Lorsque la prise en charge est purement symptomatique (non curative), la bienfaisance envers le malade n'est pas remise en cause par le coût qu'elle génère, dès lors qu'elle est dispensée à un jeune patient. Le critère du « mérite » transparait subrepticement dans l'opinion dominante selon laquelle celui qui a peu vécu a priorité sur celui qui a déjà toute une vie derrière lui, l'état de santé général du second serait-il meilleur que celui du premier. La dimension affective de cette opinion s'éclaire à la lumière du penchant naturel et universel qui incline à l'amour des enfants [Hume (1969)] et nous fait partager la souffrance de ses proches (parents notamment) par le phénomène inné de la pitié [Schopenhauer (1984)].

L'importance de l'âge du patient dans l'activation des mécanismes de participation affective a été souligné de longue date par les philosophes : « Ordinairement un vieil homme meurt sans être regretté par quiconque. Rarement un enfant meurt sans que le cœur de quelqu'un en soit déchiré » [Smith (1999)]. Cette préférence émotionnelle et spontanée pour les nouvelles générations par rapport aux anciennes explique que lorsqu'un nouveau-né se trouve atteint de troubles neurologiques sévères, il paraît très difficile à la grande majorité des praticiens (toutes nationalités confondues) de faire valoir un argument de type économique pour imposer un arrêt de soin à ce tout jeune enfant, si du moins les parents tiennent absolument qu'il survive. Le scrupule d'une juste répartition des dépenses de santé est rationnel mais sans résonance émotionnelle. Une décision rationnelle ne paraît pas ajustée au contexte. La seule émotion qui pourrait produire un différentiel capable d'affaiblir la force de l'émotion compassionnelle immédiate et infléchir l'équipe médicale dans le sens d'une décision d'arrêt de soin ou d'euthanasie (y compris au rebours de la volonté de ses parents) est l'émotion de crainte dont la vertu éthique est d'alerter sur la valeur du principe de non-malfaisance [Singer (1994)]. Ce principe éthique (d'inspiration hippocratique) enjoint de ne pas nuire à autrui sur le long terme au motif de lui épargner une souffrance à court terme. En ce cas de figure, la crainte révisera la compassion et la décision finale fera prédominer le principe de non-malfaisance sur le principe de bienfaisance, sans quitter le terrain de l'affectivité [Le Coz (2007)]. D'une façon générale, la compassion immédiate est accessible à sa révision par la crainte de

nuire à plus long terme à condition que ce soit le patient et/ou ses proches qui inspirent cette réaction affective.

2. *Le blocage de la révision émotionnelle par l'habitus égalitariste*

La révision émotionnelle qui teste la prétention de l'émotion compassionnelle à dicter une décision est plus difficile lorsque la crainte de nuire concerne non plus le malade lui-même mais des tiers, d'autres patients qui ne tombent pas sous le regard du médecin. Le blocage émotionnel est renforcé par un *habitus* égalitariste consacré par le Code de Déontologie imposant aux médecins le devoir de traiter à égalité tous les malades [René (1996)]¹. Pour le dire dans le langage de Kant [(1957)], le malade est perçu comme une « fin en soi ». Il ne peut être subordonné à une fin qui lui serait supérieure, à commencer par l'intérêt collectif (hormis le cas purement théorique où il y consentirait, et encore). Selon ce paradigme, le médecin doit toujours garder à l'esprit la différence entre le *prix* qui s'attache à la valeur relative de l'objet (valeur indexée à son taux de désuétude et limitée par son statut de simple moyen utilitaire) et la *dignité* de la personne porteuse d'une valeur absolue qui transcende ses particularités (jeune/âgé, curable/incurable, producteur de richesses/improductif, etc.). Sous ce rapport, c'est seulement en créditant le patient d'une valeur inconditionnelle qu'on peut dire d'un médecin qu'il respecte sa *dignité*.

Dans le vocabulaire de la philosophie morale, l'égalitarisme médical s'inscrit dans la perspective d'une « éthique déontologiste » qui privilégie le devoir (« *deon* ») de respecter la dignité de la personne sur toute préoccupation conséquentialiste (« certains actes sont moralement obligatoires ou prohibés, sans égards pour leurs conséquences dans le monde » [Berten (2001), p. 403]). Il demeure aujourd'hui malvenu en France de vouloir pondérer cette éthique déontologiste – ou « personnaliste » [Mounier (1949)] –, par une

1. Cf. *Code de déontologie*, intro. et comm. L. René, préface P. Ricœur, Paris, Seuil, 1996, article 7 : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ».

doctrine qui peine à devenir autre chose qu'un mot d'injure : l'utilitarisme. Cette « doctrine qui donne comme fondement à la morale l'utilité ou le principe du plus grand bonheur » [Mill (1988)] demande que l'on intègre la question du nombre de personnes [Mill (1988)] ayant besoin d'une prise en charge, parmi les critères des décisions sanitaires. Puisque les ressources sont limitées, il faut se résoudre à assumer des choix quelquefois tragiques tels que dérembourser des prises en charge coûteuses à partir d'un certain âge ou investir pour des maladies fréquentes, quitte à délaissier les maladies plus rares. Mais la dichotomie commode qui oppose « bonne éthique » (égalitaire) et la « mauvaise économie » (attentatoire par essence à la dignité des personnes) est tenace. Nous l'avons personnellement vécu à nos dépens lors d'une polémique déclenchée par nos propos sur la nécessité d'intégrer les critères de l'âge et de la qualité de vie des patients dans un contexte de crise des dépenses de santé, à l'occasion d'un entretien publié par un hebdomadaire français à large diffusion [Jeanblanc (2008), p. 54]².

Les tenants de l'approche déontologiste ont coutume de reprocher à l'éthique utilitariste sa logique sacrificielle [Dupuy (1999)]. Mais si plusieurs individus sont privés du remboursement de soins de base pour que puisse être mise en œuvre une thérapeutique aléatoire au profit d'un seul, il est clair qu'ils ont été sacrifiés sur l'autel de la valeur absolue de ce dernier. Le grief peut donc aisément se retourner contre ceux qui l'énoncent.

Dans son Avis n°101, le CCNE a souligné que dans un contexte de pénurie comme le nôtre, le raisonnement déontologiste ne pouvait qu'aboutir à une répartition des soins défavorable aux plus vulnérables plus nettement sacrificielle que dans un modèle utilitariste : « 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 (2008), p. 3].

2. Cf. *Le Point*, 3 juillet 2008, n°1868, notre entretien dans le dossier « Très chers médicaments », p. 58-61 ainsi que notre droit de réponse dans *Le Point* du 21 août 2008, n°1875, « La polémique Le Coz », p. 54.

3. *Relance du processus de révision par l'angoisse*

Tant que la crainte est seulement crainte d'être nuisible à d'autres patients (qui ne sont pas actuellement perceptibles), elle est de trop faible intensité pour amoindrir la compassion qui pousse à secourir ce malade-ci sans prendre en compte d'autres critères (coût, espérance de vie, qualité de vie). C'est seulement quand elle vire à l'angoisse de soins inutilement dispensés à l'intéressé lui-même qu'elle peut relancer le processus de révision émotionnelle. Ainsi, lorsqu'un médecin est en charge de patients qui sont irréversiblement dépendants, du fait de l'altération sévère de leurs facultés physiques et cognitives, l'angoisse de ne pas respecter réellement l'autonomie de la volonté du patient peut troubler sa compassion égalitariste : est-il sûr que tel vieillard dément consent à l'existence socio-médicalisée, élémentaire/alimentaire, institutionnalo-sécuritaire que lui « offrent » les progrès médico-techniques ? Répondre systématiquement par l'affirmative à cette question ce serait présumer qu'il fait toujours bon vivre, ou du moins que la question de la qualité de la vie n'a pas à être posée.

Réfractaire à l'angoisse de nuire, ce point de vue impose de sauvegarder l'existence du sujet âgé et dément qui porte et supporte sa vie sans pouvoir rien en faire. Les responsables administratifs de centres de gériatrie ne manquent jamais l'occasion de nous assurer que les personnes plongées dans pareilles conditions d'existence sont heureuses de vivre, et même apaisées comme elles ne l'ont jamais été. Cela vient de ce que leur esprit absent au monde et replié en lui-même se trouve émancipé du regard des autres, affranchi des pesanteurs de son passé autant que du souci de la mort.

Cependant, l'angoisse que fait naître la perspective d'un tel degré d'inconscience et de dépendance peut jouer en faveur de l'arrêt ou de la limitation des traitements, dès lors que nous sommes nous-même capables de nous transposer dans la situation tragique de l'infortuné. Cette angoisse (qui plaide pour une répartition plus rationnelle et équitable de l'offre de soins) ne saurait être révisée par l'assurance que notre quota de plaisirs ne se trouvera pas forcément entamé par l'amoindrissement de nos fonctions motrices et cognitives. En dépeignant la « perte de la

raison » comme un « ultime état de malheur humain » [Smith (1999)], Adam Smith nous a laissé en héritage une question que le vieillissement de la population rend d'autant plus vive : quel intérêt donnons-nous à une vie si sévèrement désertée par les facultés qui lui donnent son intérêt ? À supposer même qu'une personne démente ne souffre plus, serait-ce parce qu'elle lui octroie quelques pépites de plaisirs rudimentaires que sa vie vaut encore d'être prolongée indéfiniment par des progrès médico-techniques ? Cette angoisse rend audible la réflexion sur l'opportunité d'incorporer le principe d'équité dans la décision médicale, trop nettement concurrencé par la compassion, pour mieux prendre en compte les besoins des générations plus jeunes ou d'autres patients dont l'état de santé est moins sévèrement dégradé.

4. *L'exigence éthique de maintenir la pensée en crise*

Mais si le souci de l'équité peut retrouver sa place parmi les critères de la décision en prenant appui sur le marchepied de la crainte d'être malfaisant, la dynamique du processus de révision émotionnelle peut se trouver bloquée en sens inverse si elle aboutit à la conviction qu'il est nécessaire d'abrégier les jours de certains malades âgés et incurables, en s'efforçant de réduire à néant la compassion qu'ils nous inspirent. Cela reviendrait à emboîter le pas à Nietzsche dans le procès qu'il intente à cette « malsaine compassion chrétienne » à laquelle il oppose la brutalité de son mot d'ordre : « Périssent les faibles et les ratés ! » [Nietzsche (1974)]. L'idée que la tragédie du grand âge et des coûts économiques qui lui sont consacrés au détriment d'autres orientations budgétaires puisse servir de caution à des décisions d'abandon des plus faibles, sinon d'euthanasie collective, annule toute réflexion éthique en bloquant à nouveau le processus révisionnel, et ce, en faveur de l'égalitarisme compassionnel.

La visée du questionnement éthique est de mettre la pensée en crise, d'élucider ses contradictions et ses apories, sans préjuger qu'elles sont solubles pour autant. Une attitude éthique consiste à maintenir l'acuité de notre conscience des conflits de valeurs en présence, en résistant à la tentation de « décider » au sens étymologique du terme (*caedere*, « couper en tranchant »). Le processus de

révision émotionnelle est maintenu dans sa dynamique par la préservation du sens aigu de la contradiction entre, d'un côté, l'absurdité d'une vie trop usée par les années, maintenue dans l'impotence et l'inconscience, et de l'autre les conséquences de décisions euthanasiques en série qui pourraient en découler. Lorsque nous rencontrons des personnes sévèrement déficientes sur le plan cognitif, nous apercevons la vie qui s'attache à elle-même – ce que Hans Jonas a repéré sous le concept de « principe d'approbation de la nature » [Jonas (2000)]. La fragilité d'une vie humaine qui se cramponne fébrilement à elle-même joue en faveur de la compassion et de l'égalitarisme (éventuellement aveugle et sacrificiel) qui s'y rattache. Il existe ainsi une contradiction entre l'impératif d'intégrer les contraintes budgétaires dans les processus de décision afin de favoriser l'augmentation globale de la qualité de vie de la population et la compassion que nous inspire la perception sensible de patients incurables, âgés, atteints de handicaps majeurs ou de maladies dégénératives dont la vulnérabilité du visage évoque l'interdit d'abandonner et de tuer [Lévinas (1984)]. C'est la conscience du caractère insurmontable de cette contradiction qui sauvegarde la qualité éthique de la décision, en maintenant la dynamique de révision.

II. ÉVALUER LES ACTES POUR RATIONALISER LES DÉCISIONS À L'HÔPITAL

2. *Évaluer les actes pour rationaliser les décisions à l'hôpital*

2.1. *La tarification à l'activité et les risques de glissement de l'équité vers la rentabilité*

Le problème est qu'en voulant éviter d'absolutiser une émotion au détriment d'une autre pour sauvegarder la tension entre déontologisme et utilitarisme, nous pouvons aboutir à paralyser la décision. De fait, la révision émotionnelle peut être source d'une angoisse stérile parce que sans issue, l'agent décisionnel étant rendu sensible à des principes éthiques différents qui tirent sa décision dans des directions opposées dont aucune ne le satisfait [Livet (2002b)]. L'angoisse l'alerte sur la nécessité de continuer à chercher,

en essayant de gagner du temps, en consultant des tiers; mais arrive le moment où il faut se risquer à hiérarchiser les principes éthiques, à mettre un terme au processus de révision émotionnelle sous peine de sombrer dans « l'irrésolution » [Descartes (1649)].

Comment éviter que cette sortie hors du régime d'oscillation émotionnelle soit entachée d'arbitraire? L'intégration récente en France, de la « tarification à l'activité » dans les établissements de soin offre une occasion d'enrichir l'éventail des expériences émotionnelles au-delà de la compassion, de la crainte ou de l'angoisse. Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et progressivement mise en place en France, cette procédure d'évaluation de l'activité (baptisée « T2A ») est source de controverses qui s'intensifient à mesure que sa mise œuvre dans les hôpitaux s'étend à l'ensemble des secteurs de l'activité clinique [Weber (2008), p. 436-438]. Du point de vue qui nous intéresse ici, la question est de savoir si un tel outil d'évaluation permet de réactiver la dynamique de la révision émotionnelle en situation d'aporie. À première vue, l'avantage du mécanisme de tarification à l'activité est de donner une impulsion nouvelle à l'équité, en élargissant le spectre des émotions ressenties par les soignants, du champ des personnes malades à la sphère des établissements de santé auxquels appartiennent les décideurs. Les acteurs hospitaliers peuvent trouver matière à de nouvelles expériences émotionnelles dans le fait qu'ils sont impliqués de plus près dans la gestion de l'institution sanitaire à laquelle leur destin se trouve scellé par la tarification à l'activité. Ils sont accessibles à de nouvelles émotions telles que la crainte que leur structure d'exercice ne tombe en faillite, ou, positivement, la gratification de favoriser la compétitivité de leur structure (pôle ou établissement).

Cette extension du critère de l'équité du domaine des personnes malades aux structures, limite les inégalités entre hôpitaux que creusait l'ancien système de « dotation globale »³, propice aux

3. Ce nouveau mode de financement s'est peu à peu substitué au système dit de la Dotation Globale de Financement (DGF) qui ventilait les budgets depuis 1984. Les failles de ce système ont été mises en évidence par l'augmentation exponentielle de la consommation médicale en France. Il comportait trois défauts majeurs : la DGF n'était pas sensible aux fluctuations d'activité des établissements d'une année sur l'autre; elle intégrait peu ou pas l'impact des innovations, ce qui était préjudiciables pour les CHU;

« rentes de situation » [Crémieux et Deugnier (2007), p. 32-39]. Indifférent aux variations de l'activité territoriale des hôpitaux en fonction du volume des besoins de la population, le mécanisme du budget global ne présentait aucun élément incitatif, confinant la révision émotionnelle dans la sphère de l'intersubjectivité, au détriment de l'équité. La T2A pondère l'égalitarisme compassionnel par un souci d'équité qui récompense les meilleurs soins aux meilleurs coûts, grâce à une meilleure visibilité dans l'usage des biens de santé (qui fait quoi? avec quel argent? ses choix sont-ils justifiés?). Elle chasse définitivement la perception négative de l'hôpital public comme « consommateur d'argent public » en assurant sa promotion en qualité de « producteur d'une valeur ajoutée » que les recherches en économie de la santé ont rendue toujours plus mesurable. Le faible coefficient affectif dont était lesté le souci d'équité est majoré par la perspective plus personnalisée d'une évaluation au mérite, de l'évaluation de l'établissement de santé où il exerce en fonction de son niveau d'activité. Le souci d'équité n'est plus perçu comme une limitation de l'égalitarisme par des considérations macro-économiques d'ordre général mais par un souci plus concret et plus incitatif de dégager des ressources pour cet établissement-ci, celui dans lequel travaille l'acteur hospitalier qui voit plus concrètement comment son souci de limiter les dépenses et de dégager des recettes se traduit dans la pratique, sur son lieu d'exercice. L'intérêt collectif perd son caractère trop abstrait.

Cependant, de l'avis des professionnels, si la tarification à l'activité est un instrument qui paraît bien adapté aux actes effectués dans des services spécialisés tels que la cancérologie, la cardiologie ou l'immunologie, il n'en va pas de même pour d'autres secteurs d'activité. Pour être éthique, une décision médicale doit prendre en compte les missions plurielles dévolues à l'hôpital. Elle doit, en d'autres termes, admettre l'irréductible hétérogénéité des intérêts des patients, selon que leur prise en charge s'inscrit dans une perspective thérapeutique ou se dilate à d'autres dimensions

surtout ce système péchait par son opacité au regard des comptes de l'assurance maladie, privilégiant le financement de structures inertes plutôt que leur activité et leur évolution.

(palliative mais aussi préventive ou psychosociale). Or, en lieu et place d'une évaluation des soins dispensés en fonction de finalités diverses ajustées aux besoins des patients, la T2A nous met en présence d'un dispositif de financement rétrospectif des actes selon une cotation précise qui accorde tacitement une place prépondérante à l'investissement technologique. Dans son avis n°101, le CCNE fait observer que cette valorisation de l'acte n'est pas appropriée au cas de maints patients notamment ceux qui sont accueillis « en médecine générale, en psychiatrie, en gérontologie, ou en pédiatrie, dont le coût réel de la prise en charge n'apparaît pas dans la grille de calcul » [CCNE (2008), p. 11]. La tarification à l'activité ne permet pas de valoriser toutes les missions attribuées au système hospitalier, la prise en charge de certaines pathologies qui ne peuvent être soignées au domicile du patient, et qui outrepassent la dimension thérapeutique *stricto sensu*. Elle ne peut donc dynamiser le processus de révision émotionnelle et contribuer à incorporer le principe d'équité dans les critères de la décision que dans les secteurs d'activité qui se prêtent à l'application de cet instrument de mesure.

Plus préoccupant encore, la motivation des professionnels de santé à intégrer la dimension d'équité dans leur décision se trouve purement et simplement annulée par le sentiment qu'ils ont de répondre à une exigence de *rentabilité*. En effet, leur établissement de santé les incite à privilégier les soins pourvoyeurs de ressources, c'est-à-dire « ceux dont le coût réel est inférieur aux recettes que procure leur tarification » [CCNE (2008), p. 3]. La presse critique et la littérature médicale se font, du reste, régulièrement l'écho d'un sentiment diffus chez les acteurs de soin hospitalier : la T2A fait pencher la balance du côté de la gestion comptable et du quantitatif [Grimaldi et Timsit (2006), p. 20-21]. Elle minore ce qui, dans une décision médicale, se dérobe au calcul et à la programmation, à la commande et à la planification, en un mot, tout ce qui relève de ce que Heidegger nommait la « pensée qui médite » en opposition à la « pensée qui calcule » [Heidegger (1966)] et qui requiert le temps du colloque singulier. Le Comité d'éthique cite les cas de « la prise en charge aux urgences d'une femme battue, le temps passé à réfléchir à un diagnostic difficile, à convaincre une personne âgée de l'opportunité d'un traitement, ou encore l'éducation

aux soins d'un patient et de sa famille » [CCNE (2008), p. 11]. Cette logique d'évaluation par les actes peut même aller jusqu'à tarir à sa source les réactions affective de base qui concourent à la révision émotionnelle en pervertissant le sens d'une activité clinique, comme on le voit avec la psychiatrie, actuellement menacée par la T2A de glisser dans un automatisme prescriptif médicamenteux généralisé. Les revers d'une prescription médicamenteuse qui court-circuite le temps d'apaiser les angoisses dont un patient est assailli (par exemple à la suite d'une hallucination auditive) sont non seulement d'ordre éthique puisque les émotions telles que la compassion et la crainte n'ont pas le temps de s'éprouver et de s'exprimer, mais d'ordre économique. En effet, les risques de récurrence et de chronicisation de troubles psychiques s'accroissent à mesure que se réduit le temps de rassurer le patient au sujet de ses épisodes d'« anormalité » [Kress (1998)].

Participe également à la falsification du processus émotionnel des professionnels hospitaliers appartenant à des secteurs où le critère qualitatif est prépondérant, la conscience que leur bonne volonté est desservie par des tarifs qui se révèlent *in fine* trop faibles pour dégager des recettes. Des émotions nouvelles parasitent la dynamique révisionnelle, celles qui s'attachent à la mauvaise conscience lorsqu'ils se livrent à des activités qui ne sont pas rentables compte tenu du faible nombre de patients et de l'importance des investissements (ce qui est le cas par exemple de la dialyse pédiatrique). Ici, la T2A fait naître de nouvelles émotions, mais ce ne sont plus des émotions qui activent l'attachement des personnes à des principes éthiques.

2.2. Sans un critère qualitatif, la décision hospitalière perd sa dimension éthique

Pour limiter l'usage de l'outil T2A aux seuls secteurs d'activité qui lui assignent sa pertinence, le plan de la réforme hospitalière a prévu un certain nombre de missions générales confiées à la charge de l'État. Ce financement entre dans ce que l'on nomme le régime des MIGAC (Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation). Il permet de réhabiliter les pratiques médicales qui ne sont pas d'essence purement thérapeutique et de redonner aux émotions qui nous éveillent à la valeur de principes éthiques, la possi-

bilité de se ressentir au travers d'un dialogue non chronométré avec le patient.

Ce système compensatoire révèle toutefois ses limites au regard de la pratique. L'enveloppe MIGAC est ciblée pour financer des missions transversales identifiées et organisées mais demeure inadaptée pour certains services tels que, par exemple, le travail d'expertise produit par nombre de médecins de Centre Hospitalo-universitaire (CHU) lorsqu'il s'agit de relire un examen radiologique, d'interpréter un bilan biologique ou d'explicitier des résultats de tests génétiques au service de confrères de Centre Hospitalier Régional (CHR) ou libéraux. De plus, de nombreuses MIGAC ne sont pas financées faute d'avoir été bien identifiées par les établissements. Enfin, il apparaît que les pouvoirs publics s'astreignent, pour des nécessités budgétaires, à limiter le plus possible l'enveloppe de financement des MIGAC en laissant les hôpitaux gérer les coûts liés aux missions ne relevant pas de la T2A.

Le budget de l'hôpital sert alors à financer les missions d'intérêt général que l'État devait théoriquement prendre en charge. Si l'hôpital veut limiter ses dépenses, il a tout intérêt à inciter les professionnels à faire passer le maximum de frais dans le registre de la T2A. Ainsi, ce que la réforme n'autorisait pas – la limitation tendancielle des soins aux seules activités donnant lieu à une tarification officielle – se trouve encouragée pour assurer l'équilibre du budget hospitalier. Il s'ensuit un conditionnement émotionnel des acteurs de soin pour le moins problématique au regard de l'éthique puisque les médecins hospitaliers se sentent valorisés professionnellement quand ils facturent des soins tarifables qui n'entament pas le budget de l'hôpital, lorsqu'ils sélectionnent les patients les plus « rentables » au détriment des patients les plus « coûteux », ou qu'ils augmentent la durée de séjour des patients curables et diminuent celle des patients les plus lourds.

De ces considérations, il ressort que par la tarification à l'activité, le souci de l'équité, de la juste répartition des biens de santé entre tous, tend à se concrétiser au détriment de l'égalité d'accès au soin pour tous et du principe déontologiste du respect de la dignité de la personne qui lui est corrélatif. Certes, nous avons pointé les effets insidieusement sacrificiels d'un *habitus* égalitariste qui dédaigne les critères de l'espérance et de la qualité de vie

au non d'une prétendue « dérive utilitariste ». Le ton juste est celui de la tension entre les deux valeurs, le maintien de la pensée en crise, entre compassion et crainte, égalité et équité, bienfaisance individuelle et intérêt collectif. Face à cette impasse, dans l'avis n°101 auquel nous avons participé, le CCNE recommandé de complexifier la grille d'évaluation actuelle. Il suggère que d'autres critères prenant en considération les aspects qualitatifs de la décision médicale (l'information, l'écoute, l'interrogatoire clinique) soient spécifiés et définis afin d'évaluer les services non techniques rendus au patient et ainsi éviter d'affecter des systèmes de cotation à des usages pour lesquels ils ne présentent qu'un faible degré de pertinence. Mettant en garde contre « *la tyrannie du tout quantitatif* », le Comité d'éthique estime indispensable que puissent être évalués – c'est-à-dire ressentis sur un plan affectif par les personnels de soin comme « valorisants » – un certain nombre de coordonnées :

- les soins relevant d'actions non instrumentales ;
- la dimension sociale de la prise en charge ;
- l'innovation dans le soin ;
- les bénéfices indirects apportés à l'ensemble de la population.

Le corps médical doit continuer à ressentir des émotions gratifiantes en relation avec ces quatre activités. Cela reste encore possible si dans le calcul des dépenses attribuées au système de santé sont intégrés les coûts que représenterait pour la société l'absence ou l'abandon partiel d'une stratégie de soin efficace quoique faiblement « tarifable » à l'aune de « l'activité réelle ». Dit autrement, le danger lié à l'usage exclusif d'un instrument de mesure pour évaluer la décision en milieu hospitalier est de balkaniser le secteur de la santé en négligeant le « manque à gagner » pour la société (« augmentation de la morbidité, de la mortalité et du taux d'invalidité, perte de main d'œuvre active, dépendance accrue des personnes » [CCNE (2008), p. 6]). C'est un fait constamment négligé que les dépenses de santé produisent des appels d'offres sur le marché, qu'elles mobilisent des investissements qui présentent un impact bénéfique sur l'activité économique d'un pays, sans parler des effets positifs de l'industrie pharmaceutique sur l'emploi et la croissance. Ces bénéfices indirects ne sont pas forcément réfractaires à toute tentative de quantification. Le Comité a noté en ce sens que « le coût réel par rapport au produit

intérieur brut d'une politique se trouverait réduit à un niveau beaucoup plus acceptable si on en déduisait les dépenses que la société devrait assumer en son absence » [CCNE (2008), p. 6].

CONCLUSION

La philosophie égalitariste qui a régi jusqu'alors les mœurs de nos hôpitaux est aujourd'hui en crise du fait des limites criantes de sa justification éthique par la prétendue menace du danger « utilitariste » vers une dérive sacrificielle de l'intérêt individuel sur l'autel de l'intérêt collectif. Il devient de plus en plus manifeste qu'elle glisse elle-même sur la pente du sacrifice des uns au bénéfice des autres. L'âge de l'individualisme, où le soin pouvait être dispensé à tous, sans que la question du coût économique n'interfère dans les critères décisionnels, aura probablement été une parenthèse de notre histoire. Le problème contemporain est marquée par le spectre du vieillissement de la population, la perplexité du maintien de la vie sans l'humanité, aux confins d'un acharnement thérapeutique qui pousse une fraction majoritaire de notre société à réclamer testament de vie et droit à l'euthanasie [Aurenche (1999)].

Désormais, l'enjeu est de réconcilier l'éthique et l'économique en pondérant le critère égalitariste par l'exigence d'équité, le respect de la vie par le souci de la qualité de la vie. Assurément, le critère économique n'appartient pas au processus de la décision médicale au même titre que le respect de l'autonomie, le devoir de bienfaisance ou le scrupule de non-malfaisance. Ce qu'on nomme, dans la littérature éthique, le « principe d'équité » [Beauchamp et Childress (2001)] n'éveille en nous aucune émotion, à la différence d'expériences affectives telles que la compassion ou la crainte qui alertent le décideur sur les valeurs auxquelles il est attaché. Dans une société d'abondance, le principe d'équité n'aurait pas lieu d'être tandis que, quel que soit le budget attribué au domaine de la santé, les autres principes (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance) garderont toujours leur pertinence du fait qu'ils prennent corps dans une intersubjectivité génératrice d'expériences émotionnelles. Privé de tout halo affectif, le principe d'équité ne reçoit de signification éthique qu'en fonction d'une réalité pénurie qui

oblige à l'incorporer dans le processus décisionnel. Lorsqu'un choix n'est pas lucidement et collectivement assumé, il a toutes les chances d'être dicté par des indicateurs de santé technocratiques déconnectés de la réalité empirique.

Il est donc opportun que la puissance publique ait pris ses responsabilités et engagé des réformes. Modification du mode d'allocation budgétaire des hôpitaux, la tarification à l'activité (T2A) est une manière de répondre aux exigences de concrétisation du principe d'équité et de juste répartition des ressources de santé, en produisant de nouvelles expériences affectives qui dynamisent la réflexion éthique en suscitant de nouvelles émotions. Là où fait défaut la rationalisation, c'est le rationnement qui prévaut, toujours au détriment des plus défavorisés. Il n'est donc pas faux de dire que la rationalisation budgétaire, par la valorisation de l'activité réelle des établissements de santé, est au service de l'exigence d'équité.

Pour autant, le mode actuel d'application du dispositif « T2A » soulève des interrogations au cœur desquelles se trouve le sens de la notion d'« acte » : qu'est-ce qu'agir ? L'action se réduit-elle à la prescription ? Le concept d'« activité réelle » mis en place par la réforme hospitalière en vue de rémunérer équitablement les établissements publics ou privés, induit des confusions entre l'impératif d'équité et un niveau de *rentabilité* mesuré au nombre d'actes quantitativement enregistrés et paramétrés. Sans doute, la T2A est-elle ajustée à l'évaluation d'actes *techniques* effectués au cours de diagnostics ou de soins médicaux (actes chirurgicaux compris) ; mais elle est inadaptée à la demande sociale croissante en matière de suivi des maladies chroniques, de soins préventifs et palliatifs.

Le risque de la valorisation abusive de l'acte technique peut entraîner un alignement pur et simple de l'hôpital sur le modèle de l'entreprise, aboutissant à faire de la santé un produit comme un autre et à indifférencier l'activité hospitalière dans l'univers des sociétés de service en général. Le danger est que la réduction des coûts économiques s'accomplisse au prix d'un « coût symbolique », l'hôpital se trouvant progressivement destitué de sa signification sociale de refuge de la souffrance humaine. Plutôt qu'à une diversification des émotions capable de dynamiser le processus révi-

sionnel, la tarification de l'activité pourrait aboutir à sa perversion, en attaquant à sa racine les émotions de base comme la compassion ou la crainte, par la production de nouvelles émotions telles que la mauvaise conscience de soigner des patients coûteux pour l'hôpital.

Pour qu'un médecin ne devienne pas un prestataire de services sur un marché où le corps humain serait livré aux valeurs de la rentabilité et de la performance, le Comité national d'éthique a recommandé d'utiliser des instruments d'évaluation adaptés à la pluralité des objectifs de l'hôpital. L'idée maîtresse du rapport du Comité d'éthique est qu'« on ne peut pas se limiter à un *équilibre comptable qui ne tiendrait compte que du passif* (le coût des services) sans les mettre en balance avec l'*actif* qui en est la contrepartie (les bénéfices pour la collectivité) » [CCNE (2008), p. 3]. Les pouvoirs publics doivent tenir compte de la valeur ajoutée pour la société d'une prise en charge coûteuse, quand bien même elle ne saurait être « comptabilisée en termes de revenus » [CCNE (2008), p. 6].

RÉFÉRENCES

- AURENCHE S., 1999, *L'euthanasie, la fin d'un tabou ?*, Strasbourg, Droit de regard-European Science Foundation.
- BEAUCHAMP T.L. and CHILDRESS J., 2001 (1979), *Principles of Biomedical Ethics*, 5^e ed. Oxford, Oxford UP.
- BERTEN A., 2001 (1996), « Déontologisme », dans M. Canto-Sperber (dir.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, PUF.
- CCNE, 2008, Avis n°101, « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier », *Les Cahiers du CCNE*, n°54.
- CRÉMIEUX F. et DEUGNIER M., 2007, « Principes de régulation des dépenses hospitalières », *Esprit*, n°331, p. 32-39.
- DESCARTES R., 1989 (1649), *Les passions de l'âme*, dans *Œuvres philosophiques*, vol. III, Paris, Bordas.
- DUPUY J.P., 1999, *Éthique et philosophie de l'action*, Paris, Ellipses.
- GRIMALDI A. et TIMSIT J., 2006, « Hôpital entreprise contre hôpital public », *Le monde diplomatique*, n°630.
- HEIDEGGER M., 1966 (1959), *Sérénité*, dans *Question III*, Paris, Gallimard.
- HUME D., 1969 (1739), *A Treatise of Human Nature*, E.C. Mossner (ed.), Baltimore, Penguin Books.

- JEANBLANC A., 2008, « La polémique Le Coz », *Le Point*, n°1875.
- JONAS H., 2000, *Une éthique pour la nature*, Paris, Desclée de Brouwer.
- KANT E., 2009 (1783), *Fondements de la métaphysique des mœurs*, trad. fr. V. Delbos, rééd. Paris, Vrin.
- KRESS J.J., 1998, « Éthique de la décision thérapeutique en psychiatrie », dans J.-M. Mantz, P. Grandmottet et P. Queneau (dir.), *Éthique et thérapeutique, témoignages européens*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg.
- LE COZ P., 2007, *Petit traité de la décision médicale*, Paris, Seuil.
- LÉVINAS E., 1984, *Éthique et infini*, Paris, Livre de Poche.
- LIVET P., 2002, *Émotions et rationalité morale*, Paris, PUF.
- 2002, « Emotions, Revision, and the Explanation of Emotional Actions », *European Review of Philosophy*, vol. 5.
- MILL J.-S., 1988 (1861), *L'Utilitarisme*, trad. fr. G. Tanesse, Paris, Flammarion.
- MOUNIER E., 1949, *Le Personnalisme*, Paris, PUF.
- NIETZSCHE F., 1974 (1895), *L'Antéchrist*, Paris, Gallimard.
- RENÉ L. (dir.), 1996, *Code de déontologie*, Paris, Seuil.
- SCHELER M., 1954 (1923), *The Nature of Sympathy*, Londres, Routledge & Kegan Paul.
- SCHOPENHAUER A., 1984 (1818), *Le Monde comme volonté et comme représentation*, supplément au livre premier, trad. fr. A. Burdeau, Paris, PUF.
- SINGER P., 1994, *Should Baby Lives?*, Oxford, Oxford UP.
- SMITH A., 1999 (1759), *Théorie des sentiments moraux*, trad. fr. M. Biziou, Paris, PUF.
- STOCKER M., 1983, « Psychic Feelings; their Importance and their Irreducibility », *Australasian Journal of Philosophy*, vol. 61.
- WEBER J.-C., 2008, « Lettre à la rédaction : de la non-pertinence hospitalière à l'impertinence de la médecine », *La Revue de médecine interne*, n°29.