



1991 - 2021 : trente ans de réformes en questions

Planification, contractualisation, évaluation en santé

Invitation à un colloque épistolaire 2021 (de février à octobre)

1. L'argument du colloque

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière apparaît avoir ouvert un mouvement de transformations législatives et réglementaires majeures du système de santé dont la cohérence, la spécificité française et la durabilité restent à interroger. Ce mouvement a refondu les organisations de santé qui ne sont plus ordonnées de manière centrale par les médecins hospitaliers. Constituant une sorte de « technostructure sanitaire », de multiples agences qui n'existaient pas auparavant se sont emparées de sujets concernant directement les professionnels de santé : la clinique et son organisation, la qualité des soins et son évaluation. Ce mouvement a permis une régulation assez précise et contrôlée des dépenses d'assurance maladie à l'aide d'un financement inédit (la tarification à l'activité - T2A) et d'une ligne hiérarchique constituée du ministère à chaque unité. La loi de 1991 semble ainsi avoir introduit un bouleversement dans le fonctionnement du système de santé comparable à ce que fut le rapprochement des hôpitaux et de l'université engagé au début du 19^{ème} siècle et dont l'aboutissement fut les ordonnances, dites Debré, de 1958.

Cette analyse reste, néanmoins, à interroger. La cohérence d'un mouvement de réformes n'est peut-être qu'une reconstruction *a posteriori* oubliant la contingence de l'action publique et politique. Son caractère national est également ambigu. Liées au Nouveau Management Public (NMP), les réformes des trente dernières années ont constitué un savant mélange de traditions administratives séculaires et d'importations de notions et d'outils en provenance, en général, du management des grandes entreprises. Enfin et surtout, il est possible que le cycle trentenaire inauguré par la loi de 1991 touche à son terme sous l'effet de l'épuisement de sa dynamique, comme des remaniements apportés face à la pandémie de la Covid.

Il est proposé de traiter ces questions au cours d'un « colloque épistolaire » ouvert et libre, animé tout au long de l'année 2021 dont la conclusion aura lieu les 24 et 25 novembre 2021.

1.1 La logique des réformes du système de santé et sa critique

Parmi les transformations du système de santé entreprises depuis une trentaine, voire une quarantaine, d'années, la loi de 1991 portée par le ministre de la Santé, Claude Evin, a constitué un jalon décisif.

La loi de 1991 : planification, contractualisation, évaluation

Voté après quasiment trois années de débats, de recherches de compromis et d'ajustements progressifs, la loi du 31 juillet 1991 a ouvert le principe de l'ancrage du système hospitalier dans une perspective de santé publique. Cet ancrage sera sans cesse réaffirmé et consolidé dans les textes ultérieurs. Elle introduit logiquement des modalités de planification sanitaire sous la forme des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) qui seront intégrés dans les PRS en 2009 (loi HPST). Attaché au développement d'une logique contractualiste entre les acteurs, même publics, le législateur et le gouvernement de M. Rocard ouvrent également la voie à une plus grande autonomie des établissements de santé qui doivent développer un projet médical, puis d'établissement en cohérence avec le SROS. Au cours des mandatures suivantes, les Ordonnances de 1996 ne mettent pas en cause cet héritage et le consolident plutôt en le teintant des couleurs du Nouveau Management Public : création d'agences dans les différents domaines concernés, contractualisation renforcée entre les différents échelons du système de santé (ARH, puis ARS en 2009, CHT, puis GHT en 2016, établissements, pôles). C'est également la loi de 1991 qui instaure une collecte obligatoire des données du PMSI par les établissements dont l'aboutissement sera la T2A votée en décembre 2003. Elle renforce, en outre, les évaluations de la qualité des soins engagées quelques années auparavant avec l'ANDEM et conduit, entre autres, à la création postérieure de l'ANAES, puis de l'HAS.

Quasiment toutes les transformations majeures du système de santé engagées au cours des dernières décennies ont été initiées ou ont été puissamment relayées par la loi de 1991. Rarement mise en cause par la suite, le triptyque planification, contractualisation, évaluation a, au contraire, été systématiquement approfondi (par des dispositifs et des outils plus précis) et élargi (notamment, à l'ensemble des acteurs de santé et médico-sociaux d'un territoire). Au-delà de son rôle, la reprise de ses principaux éléments constitutifs par les lois ultérieures laisse entendre qu'une logique a prévalu à l'ensemble des réformes du système de santé depuis une trentaine d'années.

Une logique de rationalisation

Apparemment, la loi de 1991, puis les ordonnances de 1996, comme celle sur les pôles en 2005 et la loi HPST jusqu'à celle du 26 janvier 2016 n'ont eu de cesse d'introduire dans l'organisation du système de santé les principes de la rationalité instrumentale dans l'exact sens qu'en donne Max Weber. Ces textes exigent que les dépenses dévolues à la santé s'inscrivent strictement dans un rapport objectifs / moyens traité sous l'angle de l'efficacité ou de l'efficience, c'est-à-dire de la performance. La santé publique doit officiellement fixer les objectifs du système de santé. Parallèlement à l'instauration de la T2A et des pôles (en 2005), une loi relative à la politique de santé publique a même été établie en 2004 pour les préciser dans le cadre de la transition épidémiologique que connaissent de nombreux pays. Ces objectifs sont traduits nationalement en objectif de dépenses d'assurance maladie. Ils sont opérationnalisés par les ARS, les GHT et les pôles selon une hiérarchie construite de toutes pièces en trente ans. Afin que leur mise en œuvre puisse avoir le

soutien des acteurs locaux, une certaine latitude est laissée aux opérateurs, c'est-à-dire aux établissements qui peuvent entrer dans une démarche active au regard des objectifs fixés. La T2A et l'articulation des sections budgétaire d'investissement et d'exploitation sont les principaux moyens de leur autonomie relative. Pour pallier les dérives possibles de trop de latitude dans un domaine où le patient, vulnérable par définition, doit être protégé, la promotion de la qualité des pratiques professionnelles et leur évaluation sont déployées sous une forme non moins implacable : formalisation de recommandations et des droits des patients, traçabilité des pratiques, certification des établissements et accréditation des professionnels, judiciarisation des relations avec les patients, publicité des résultats, financement à la qualité obtenue (en cours). Progressivement, enfin, la rationalisation est étendue du seul établissement public de santé à l'ensemble des acteurs dédiés à la santé sur un territoire au travers, notamment, de la notion de parcours (en cours également).

Cette logique de rationalisation a, donc, été promue de part en part des trente dernières années avec une grande constance et quels que soient les gouvernements. Cette logique mérite, cependant, d'être questionnée.

Une logique à interroger dans sa cohérence et son contenu

La reconstruction *a posteriori* d'une logique intégrant la plupart des aspects des réformes de santé depuis trente ans peut être aussi entendue comme une forme de rationalisation intellectuelle négligeant la contingence de l'action publique.

Les gouvernements de Gauche et de Droite, alternativement au pouvoir, n'ont pas porté la même politique de santé. L'extension de la couverture de l'assurance maladie (instauration de la Couverture Médicale Universelle - CMU - en 1999 refondée en 2016) et l'affirmation des droits des patients (loi de 2002) ont été, entre autres, avancées par la Gauche, tandis que la tarification « libérale » qu'est la T2A (permettant une régulation par la compétition, plus que par la planification étatique) a été soutenue par la Droite avec l'objectif d'une convergence tarifaire entre le privé et le public. Il existe des marqueurs des différents groupements politiques qui ont été pleinement assumés sur les trente dernières années et qui nuancent la logique unique qui aurait été à l'œuvre. Certes, le PMSI a été initié et porté par des gouvernements socialistes et son aboutissement, la T2A, a été mis en œuvre et promu par des gouvernements de Droite. Mais, ne s'agit-il pas de l'un de ces retournements dont l'histoire est si friande ? Le développement homogène et linéaire d'une politique de l'Etat en matière d'organisation des soins mérite, donc, pour le moins d'être questionné.

La rationalisation du système de santé, pour autant qu'elle constitue une interprétation valide des trente dernières années, requiert également une mise en critique portant sur son contenu. La rationalité instrumentale qui la sous-tend a été pleinement déployée au détriment de la rationalité axiologique dont se prévalent les professionnels de santé. Malgré leur complémentarité (on peut être rationnellement au service des valeurs que l'on défend), elles finissent par s'opposer dans le sens où la rationalité axiologique a pour critère premier la conformité aux valeurs défendues, tandis que la rationalité instrumentale a pour critère central le rapport entre la fin et les moyens (Weber 1919). L'une suppose une inconditionnalité, voire une certaine gratuité, l'autre introduit un calcul relativiste dans toutes les opérations engagées. La première donne sens à l'action, réduite à la performance d'une pièce d'un moteur par la seconde. L'écrasement de la rationalité axiologique par l'instrumentale est sans doute l'une des fondements de la crise durable des professionnels et des organisations de santé. L'hypothèse mérite pour le moins d'être enrichie et discutée. Ces premières questions portant sur l'histoire des réformes engagées depuis trente ans peuvent être complétées par une interrogation sur leur extension géographique.

1.2 Une mondialisation et une acculturation

Les réformes du système de santé engagées en France depuis une trentaine d'années et son triptyque planification – contractualisation - évaluation l'ont également été dans la plupart des pays de l'OCDE posant la question d'une spécificité de leur déploiement dans l'espace national.

Une évolution mondiale

La plupart des Etats ont créé des agences indépendantes en charge de la santé publique (Santé Publique France, Public Health England, Robert Koch Institute en Allemagne) afin de déterminer les enjeux de santé publique et de donner un cap aux politiques publiques en la matière. Afin de les concrétiser, des modalités différentes de contractualisation ont été mises en œuvre tout en recourant de manière très large à l'organisation polaire (Lega and Pietro 2005) et à un mode de financement davantage fondé sur l'activité (Le Menn and Milon 2012; Véran 2017). Concernant l'évaluation des agences ont été ouvertes afin de superviser la qualité des soins (HAS en France, National Institute for Health and Care Excellence - NICE - au Royaume-Uni, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit und Gesundheitswesen en Allemagne). Des procédures formelles et précises de la qualité et de la gestion des risques en ont découlé conduisant à l'évaluation périodique des établissements un peu partout dans le monde. De même, la réduction du nombre de lits de MCO concerne la quasi-totalité des pays anciennement industrialisés (Garel, Bouinot, and Villeret 2008). La rationalisation des systèmes de santé apparaît une tendance générale et internationale, même s'il existe des différences d'un pays à l'autre.

Avec de nombreuses spécificités

Les disparités entre les systèmes de santé restent majeures, même s'il est aisé de supposer que les systèmes originellement bismarckien et beveridgien se rapprochent (le système français en étant un exemple avec, notamment, la Contribution Sociale Généralisée (CSG) introduite en 1990 et la CMU). La part du public reste, néanmoins, considérablement plus importante en Angleterre (en dépit de l'introduction d'acteurs privés) qu'en France et celle du privé associatif conserve sa place dominante en Allemagne (malgré un réel mouvement de privatisations).

En outre, certaines politiques ont pu diverger au cours des trente dernières années. Certains pays, les Pays-Bas par exemple, ont introduit une concurrence de leurs assureurs en santé qui, eux-mêmes, devaient mettre en compétition les pourvoyeurs de soins, tandis que la France s'est limitée à une compétition très encadrée entre les établissements privés et publics à l'échelon local sans jouer celle entre les assurances. En matière d'organisation du système de santé, une relative centralisation s'est opérée, en France, avec le resserrement de la ligne hiérarchique entre l'échelon national et les services opérationnels, tandis que certains pays, le Royaume-Uni, l'Espagne, s'engageaient dans une dévolution complète. Enfin, si le PMSI est un outil largement partagé, de multiples versions nationales ont été élaborées, parfois dans des perspectives très différentes (le PMSI anglais est conçu pour être synthétique, tandis que le français entend rendre compte précisément de la formation compliquée des coûts).

Une traduction incertaine

Le jeu des similitudes et des différences révèle une question plus âpre, celle de la traduction dans l'espace national d'orientations générales. Le NMP a influencé l'organisation des services publics dans une majeure partie des Etats de l'OCDE et au-delà de l'OCDE. D'un côté, Le NMP a été introduit en France sous la forme de structures, d'outils et d'un certain vocabulaire au prix élevé d'une torsion des principes du droit public (Chevallier et Rouban 2003). L'assimilation du NMP apparaît profonde.

De l'autre, il n'est pas sûr que la gestion des personnels et de leur carrière ait évolué en trente ans, que l'évitement et la prise de risque se soient transformés ou que la défiance entre le public et le privé se soit amoindrie en dépit des efforts de rapprochement. L'évolution des traits culturels de l'administration du système de santé apparaît ambiguë. La dynamique de l'acculturation de principes exogènes à l'administration française, ceux du NMP, reste donc à préciser dans le secteur de la santé de manière détaillée en raison de la capacité des acteurs à reprendre les mesures préconisées selon leurs conceptions et leurs intérêts. Une disposition (par exemple, l'ouverture des postes de la haute administration hospitalière à des non fonctionnaires) peut être votée et actée tout en étant invalidée au cours de sa concrétisation par les acteurs concernés qui trouvent les relais suffisants pour en entraver la mise en œuvre. La confluence subtile entre cultures traditionnelle et importée renvoie aux alliances politiques et aux formes économiques dans lesquelles s'inscrit le secteur de la santé.

1.3 Vers une nouvelle régulation macro-économique et du secteur de la santé ?

Avec les nuances qui viennent d'être évoquées, le mouvement de réformes initié dans les années 80 et engagé par la loi de 1991 semble connaître un relatif épuisement dans les années 2010, voire un renversement de tendances.

Une mise en cause globale des trente dernières années

A l'échelle du secteur de la santé, l'ONDAM n'est plus régulée de manière aussi restrictive depuis 2019, certes en raison de la pandémie, mais non pour ce seul motif. « *Au total, l'ONDAM pour 2021 apparaît comme l'addition d'une augmentation des moyens (+5,1 Md€) supérieure à celle constatée en moyenne depuis cinq ans (4 Md€), de mesures nouvelles au titre du « Ségur de la santé » (7,4 Md€), pour la plus grande part sous forme de revalorisations salariales dans les établissements de santé et médico-sociaux, et d'une provision de 4,3 Md€ de mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire. Depuis 2019, hors mesures exceptionnelles pour faire face à la pandémie, l'ONDAM progresserait ainsi en deux ans de 4,3% par an en moyenne, soit deux fois plus vite que sur les cinq dernières années (2,2% en moyenne annuelle)* » souligne le troisième avis du comité d'alerte sur les dépenses d'assurance maladie du 15 octobre 2020. De même, la rentabilité hospitalière des établissements publics établie par la Drees (Σ déficits et excédents cumulés / Σ recettes) semble avoir atteint son étiage en 2017 et être contenue depuis à moins de 1% limitant la pression financière exercée sur les établissements.

Les restructurations hospitalières, symboles et modalités centrales de la rationalisation de l'organisation de soins, ont été temporisées pendant la pandémie et semblent faire l'objet d'une attention ambiguë. Les pouvoirs publics apparaissent hésiter entre leur poursuite, telle qu'elles ont été menées depuis une trentaine d'années, et un changement de politique quant à l'organisation des soins. La réduction de l'offre capacitaire et la graduation des moyens ne seraient plus les objectifs prioritaires en la matière comme en témoigne la perspective d'une ouverture ou réouverture de 4000 lits « à la demande », c'est-à-dire prêts à être opérationnels.

Quant aux établissements, à leur financement et à leur gouvernance, le renversement est tout autant manifeste. La pondération de la T2A par d'autres formes de financement date du milieu des années 2010 et la recherche de formules alternatives s'accroît. Plus révélateur, alors que le service de spécialité faisait figure de survivance héritée de l'ancien monde hospitalier (celui du 20^{ème} siècle), il redeviendrait doté d'une certaine valeur puisque, selon les termes du ministère de la santé, il est prévu de « *remettre le service et le chef de service au cœur de l'hôpital* ». Il est, en outre, précisé que « *les services deviennent l'échelon de référence en matière de qualité et de sécurité des soins et d'encadrement et les chefs de service sont reconnus légalement. La loi portant réforme de l'hôpital et*

relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 dite HPST les avait écartés de la gouvernance, pour rapprocher logiques budgétaires et logiques médicales. » Qu'il s'agisse d'une annonce limitée à la qualité des soins ou de l'amorce d'une transformation plus profonde, il n'en reste pas moins que la parole publique devient attachée à la reconnaissance d'une entité organisationnelle dédiée à des préoccupations professionnelles, plus que gestionnaires.

La fin des années 2010 serait donc à nouveau porteuse d'une mise en cause globale de la logique antérieure d'organisation du système de santé. Il ne s'agit plus de réévaluer un dispositif particulier par une mesure partielle, mais de revoir ses modalités de planification, de contractualisation, voire d'évaluation à partir d'une logique nouvelle qui reste à identifier. L'école de la régulation (Boyer 2015a) pourrait en fournir une interprétation.

L'hypothèse d'un changement de régulation macro-économique

Le secteur de la santé connaît un développement autonome du fait de l'évolution des dispositifs médicaux, des médicaments et des pathologies. Les transformations endogènes qui en découlent sont, cependant, enchâssées dans des évolutions sociétales tout autant décisives. L'érosion de l'autorité des professeurs de médecine n'est ainsi pas plus marquée que celle des autres professeurs, des prêtres, des avocats ou des politiques.

Le développement du secteur de la santé entre 1945 et les années 80 résulte, selon l'école de la régulation (Boyer 2015a), d'une alliance entre industriels et syndicalistes sous l'égide des Etats, alliance consistant à accorder aux salariés les gains futurs de productivité de manière mesurée et anticipée. La santé fut à la fois une rémunération accordée à la population travaillant (notamment, dans les systèmes bismarckiens), une garantie de disponibilité de la main-d'œuvre et une source d'investissement et de profit. Dès lors qu'à partir des années 80, la régulation économique devient financière et non plus étatique, les placements boursiers constituant la forme majeure d'anticipation des profits futurs, l'assurance santé n'apparaît plus comme « *une bonne nouvelle* » (Batifoulier 2015)(p. 4). L'Etat-providence constitue davantage un coût qu'une distribution ex ante des richesses produites d'autant qu'avec l'internationalisation des échanges les entreprises exportatrices n'ont guère de bénéfice à l'enrichissement de leur propre main-d'œuvre. La demande de réduction des dépenses par redistribution ou de limitation de leur hausse, dont celles liées à la santé, en fut la conséquence.

La crise financière de 2008, l'acceptation de plus en plus difficile des accords commerciaux internationaux, le rôle assez effacé de l'OMC depuis une dizaine d'années, les replis nationalistes et l'intervention croissante des Etats dans les économies nationales pourraient signifier l'épuisement du modèle d'accumulation qui s'est mis en place à la fin des années 70. Dans le modèle émergent, la santé et l'éducation joueraient un rôle majeur – l'épisode Covid en témoigne - et seraient complémentaires. L'accumulation deviendrait principalement une accumulation de capital humain, valorisé notamment en termes de bien-être et de compétences. « *La recherche de la prospérité pourrait se substituer à celle de la croissance* » (Boyer 2015b)(p. 21) donnant lieu à un « *capitalisme anthropogénétique* » (p. 26) à préciser et à critiquer.

Une nouvelle utopie réaliste ?

Les organisations de santé ont été construites sur des utopies qui survivent même si les croyances et les conditions matérielles de leur affirmation ont largement disparu (Peter 2001). Le capitalisme anthropogénétique n'est qu'une utopie de plus qui mérite, néanmoins, quelques précisions : les activités et les organisations de santé devraient être transformées dans les années à venir par la

confluence d'évolutions liées, notamment, aux technologies de santé, à la place du patient et à ce qui peut être dénommée « la décroissance ».

Parmi les technologies de santé, il en est une qui devrait avoir un impact majeur, celle liée à la numérisation de l'information. Elle concerne, en particulier, les données de santé individuelles et les données de santé agrégées. Elle remanie également le rapport à l'espace facilitant le « à distance », les télé-consultations, -radiographies, -examens et -interventions, ainsi que le suivi individuel ou professionnalisé de l'état de santé des personnes via les objets connectés. Ce réseau de technologies peut être utilisé pour mettre à disposition auprès de nouvelles personnes et plus rapidement des compétences rares et des possibilités d'investigation / intervention onéreuses. Il constitue également un remarquable outil d'évaluation et de contrôle individualisé susceptible de refondre les modèles assurantiels établis dans le courant du 20^{ème} siècle. Il s'agit d'une première évolution susceptible de façonner les réformes des prochaines années.

La place du patient n'était pas au centre de la loi de 1991, mais elle est devenue au cours des trente dernières années un enjeu majeur de la transformation du système de santé. L'expérience du patient peut être réduite à celle de sa satisfaction, proche de celle d'un consommateur et déterminée par quelques facteurs (la disponibilité du personnel, les conditions hôtelières d'accueil, etc.). Ou elle peut être entendue comme une expérience existentielle touchant fréquemment à l'intégrité physique, la dignité, la capacité de vie et la mort du patient. L'appréhension de la voix du patient dans l'espace des soins hospitaliers et ambulatoires n'est pas sans lien avec le crédit qu'on lui porte, voire avec l'autorité qu'on lui accorde. Son émergence serait alors à situer au regard du déclin de l'autorité des professeurs ouvrant une comparaison possible entre les paroles des professionnels, des gestionnaires et des patients dans l'espace du soin. Dans cette perspective, la comparaison peut relever de l'analyse sociologique (ce qui autorise ces acteurs à prendre parole dans le monde contemporain) comme de l'appareillage organisationnel (les modalités par lesquelles leurs paroles se forment et échangent dans un staff, autour du lit d'un patient, etc.).

Enfin, une nouvelle utopie hospitalière ou des organisations de santé ne peut qu'être réfléchie dans le cadre de ce qui peut être appelé la « décroissance » consistant à la fois en une rationalisation des consommations nécessaires au développement et une réorientation de celui-ci : une accumulation de capital humain, plus qu'une accumulation de monnaie. La traduction de cette perspective dans le champ de la santé reste à accomplir conduisant sans doute à revisiter la consommation d'actes et de médicaments, les alternatives plus ou moins sérieuses ou frauduleuses aux soins usuels, l'accueil et la prise en charge des patients.

Au final, les réformes engagées dans les années 90 et 2000 qui ont profondément restructuré le système de santé ont été conduites au nom de la rationalité instrumentale et semblent s'épuiser pour donner lieu à l'émergence d'une nouvelle utopie hospitalière. Ces propositions méritent discussion. Il est possible d'interroger l'ampleur du changement et de soutenir une capacité de résistance intacte du corps médical et des fonctionnaires face à la « managérialisation » des hôpitaux et à l'introduction d'éléments exogènes à leurs pratiques culturelles. L'ouverture possible d'un nouveau cycle de réformes peut être tout autant questionnée. Il est proposé à des professionnels de la santé, des fonctionnaires de la santé et aux enseignants-chercheurs de se positionner en faisant part de leur expérience, de leurs observations, de leurs intuitions ou de modélisations éventuelles permettant de donner plus de précision et de profondeur au panorama, sujet à critiques, qui vient d'être tracé. La formule adoptée est celle d'un colloque épistolaire dont le but est la progression d'une intelligibilité, celle des réformes du système de santé engagées depuis 30 ans et de leurs perspectives. Une base est fournie avec le présent document. L'objectif est de progresser par la

multiplicité, la diversité et l'acuité d'analyses se confrontant et se répondant. Les modalités techniques de ce colloque épistolaire sont précisées ci-après.

2. Pour participer au colloque épistolaire

2.1 Participants au colloque

Sans restriction : professionnels de santé, responsables gestionnaires, enseignants-chercheurs en gestion, économie, droit, sociologie, sciences politiques, histoire de la médecine et de la santé, notamment.

2.2 Format des réponses

Plusieurs formats sont envisageables :

- le témoignage ou l'essai (moins de 2000 mots) pouvant porter sur une expérience, l'observation de certaines politiques ou pratiques, une mise en perspective historique, une esquisse théorique, notamment ; l'accent peut être placé sur la planification, la contractualisation ou l'évaluation en santé ou sur un autre thème afférant à la transformation du système de santé ;
- le billet exprimant une intuition ou une réaction « à chaud » (moins de 500 mots),
- l'article plus académique (moins de 6000 mots).

Le but est de discuter l'interprétation des réformes engagées il y a trente ans en critiquant, nuanciant l'argument du colloque, en faisant ressortir un aspect oublié, en proposant un modèle explicatif, etc.

L'idéal est de défendre une position, puis de soulever des questions pour que le débat puisse se poursuivre.

2.3 Envoi des contributions au débat

Les contributions envisagées sont à adresser à l'adresse suivante : colloque-sante.30ans@u-pec.fr

2.4 Modalités du débat

Les réponses seront analysées au fil de l'eau par le comité scientifique (tous les quinze jours environ de mars à septembre 2021), puis accessibles sur le site de l'IRG (Institut de Recherche en Gestion) et de Sciencesconf.org (sante30ans), afin que les contributions puissent se répondre.

2.5 Finalisation du débat

Le colloque épistolaire donne lieu à :

- un ouvrage ordonnant les contributions (potentiellement chez Séli Arslan),
- des présentations qui seront discutées dans le cadre du congrès Aramos, soit les 24 et 25 novembre 2021. Lieu du congrès Aramos : Conseil Economique, Social et Environnemental, Palais d'Iéna, 1 place d'Iéna, 75016 Paris (en cours de confirmation).

2.6 Organisation

Comité organisateur du colloque : Jean-Paul Dumond, Justine Arnoud, Mathias Béjean, Dominique Letourneau, Alvin Panjeta, Cédric Tchong, Clémence Zacharie.

Comité scientifique : à finaliser

3. Bibliographie

- Batifoulier, Philippe. 2015. "Aux Origines de La Privatisation Du Financement Du Soins : Quand La Théorie de l'aléa Moral Rencontre Le Capitalisme Sanitaire." *Revue de la régulation* 17.
- Boyer, Robert. 2015a. *Economie Politique Des Capitalismes*. Paris: Editions La Découverte.
- . 2015b. "L'essor Du Secteur de La Santé Annonce-t-Il Un Modèle de Développement Anthropogénétique ?" *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*: 1–22.
- Chevallier, Jacques, and Luc Rouban. 2003. "Introduction." *Revue française d'administration publique* 105/106(La réforme de l'Etat et la nouvelle gestion publique): 11–24.
- Garel, Pascal, Claire Bouinot, and Sébastien Villeret. 2008. "Les Capacités Hospitalières. Rationalisation Dans Les Pays Membres de l'Union Européenne." *Gestions hospitalières* 480: 617–22.
- Lega, Federico, and Carlo Pietro. 2005. "Converging Patterns in Hospital Organization: Beyond the Professional Bureaucracy." *Health Policy* 74: 261–81.
- Le Menn, Jacky, and Alain Milon. 2012. *Rapport d'information Sur Le Financement Des Établissements de Santé*. Paris: Sénat.
- Peter, Jean-Pierre. 2001. "De l'hôpital Comme Utopie En Soi." In *Demain Sera Meilleur : Hôpital et Utopies*, Paris: Musée de l'assurance publique - Hôpitaux de Paris, 53–68.
- Véran, Olivier. 2017. *L'évolution Des Modes de Financement Des Établissements de Santé*. Paris.
- Weber, Max. 1919. *Le Savant et Le Politique*. Paris: Plon.