

Philippe Mossé

Lest Cnrs, 35 Av. J. Ferry 13626 Aix en Provence Cédex

**“Les restructurations hospitalières ;  
quels référents, pour quels compromis ?”**

**Document de travail pour le séminaire ATES N° 5,  
Dijon, novembre 2000.**

(Version 2)

**Introduction**

Depuis 1996, le thème des restructurations a envahi la scène hospitalière sans qu'un accord sur les moyens à mettre en œuvre ni même sur les objectifs à poursuivre soit en vue.

Certes, classiquement, toute restructuration est censée se traduire par une réduction des capacités via une rationalisation économique. Mais, d'une part, cet objectif lui-même est l'objet de débats et, d'autre part, dans le cas de l'hôpital, ces notions sont loin d'être univoques ou de référer à des indicateurs clairs qui pourraient guider une forme ou une autre d'évaluation.

Pour essayer d'en éclairer les enjeux, la MiRe a lancé un programme de recherches sur ce thème<sup>1</sup>. Cette interrogation rencontre par ailleurs, quelques-unes des questions laissées ouvertes à la suite des travaux réalisés au Lest sur la régulation du secteur ou sur l'action publique<sup>2</sup>. C'est pourquoi, afin de préparer ce programme et pour identifier les acteurs et les stratégies à l'œuvre, une recherche a été réalisée<sup>3</sup> qui visait à mettre au jour les sens des actions entreprises ou projetées.

L'objet de ce texte est de mettre en perspective les enseignements de ce travail en les confrontant à la notion de *référentiel* et à l'idée de mutation de l'action publique.

La première partie consiste en une présentation des principaux éléments du contexte socio-économique et de ses évolutions (tant internes qu'externes) qui modifient l'environnement dans lequel se déroulent aujourd'hui les restructurations hospitalières.

La deuxième décrira les deux principaux référentiels mis au jour lors de l'enquête de terrain. Dans une troisième partie seront analysés les modalités et les points d'appui des compromis qui permettent aux restructurations d'avancer.

Enfin, l'expérience hospitalière sera confrontée à l'idée d'un “changement de paradigme” de l'action publique en matière d'allocation des ressources et de processus de décision.

---

<sup>1</sup> Démarré au printemps 2000, ce programme s'articule autour de cinq recherches.

<sup>2</sup> Cf. “Projet de recherche 2000 - 2003”, Lest, 2000, 140 p.

<sup>3</sup> Ph. Mossé, N. Gervasoni et M. Kerleau Les restructurations hospitalières : acteurs, enjeux, stratégies, rapport MiRe, septembre 1999, 83 p. Pour les besoins de cette recherche, une vingtaine d'acteurs du système hospitalier intervenant à différents niveaux ont été interviewés : National (Direction des Hôpitaux, DH), Régional (Agence Régionale de l'Hospitalisation, ARH) ou local (élus ; Directeurs d'établissements). On trouvera dans ce document des précisions sur la méthodologie, le choix des interlocuteurs, etc.

## 1/ L'hôpital entre mutations et tensions :

Les restructurations hospitalières s'inscrivent dans un contexte de mutations profondes que symbolisent et institutionnalisent, au niveau du secteur, les réformes de 1991 / 1996 (1.1). Dans le même temps, chaque établissement est le lieu de tensions fortes liées à sa propre évolution autant qu'à des dynamiques exogènes (techniques, sociales, professionnelles ou économiques) (1.2).

### 1.1/ Une politique hospitalière qui s'affiche

Parmi les institutions nouvelles que les ordonnances adoptées le 24 avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation introduisent, les Agences Régionales de l'Hospitalisation sont sans doute les plus importantes<sup>4</sup>.

Ces Agences dont les Directeurs ont été à l'origine considérés comme de véritables " préfets sanitaires ", ont notamment pour mission de coordonner les développements et les évolutions de l'offre hospitalière publique et privée. Elles regroupent l'ensemble des responsabilités des moyens et des compétences en matière d'harmonisation de l'offre au niveau régional qui étaient auparavant partagées entre les caisses d'assurance maladie et le préfet. De plus, les Agences sont dotées de fonctions nouvelles directement liées à la planification de l'offre et au fonctionnement des hôpitaux. Par exemple, la commission exécutive de l'Agence délibère et statue sur les contrats pluriannuels d'objectifs conclus avec les établissements de santé, après avis des organismes d'assurance maladie, mais elle peut aussi modifier unilatéralement le budget proposé par les établissements.

Parmi ses missions, celle qui retient le plus l'attention des législateurs concerne les restructurations. Plusieurs articles y sont consacrés qui sont autant d'armes incitatives ou contraignantes. Ainsi " toute autorisation de regroupement ou de conversion doit être assortie d'une réduction du nombre de lits ou de places autorisées " (Art. L. 712.11). Conformément à la philosophie planificatrice, l'idée est de restructurer les lits dans les zones où l'offre est jugée excédentaire. Par ailleurs " seuls peuvent être regroupés ou convertis ... les lits ou places ayant fait l'objet d'une occupation suffisante et durable au cours des années précédentes la demande " (art. 712.11). Autrement dit il ne saurait être question d'entériner la suppression de lits fantômes. Plus encore " lorsqu'il est constaté que le taux d'occupation des installations .. ou le niveau des activités des soins ... sont durablement inférieurs à des taux déterminés par décret [en l'occurrence inférieur à 60% durant trois ans], l'autorisation peut être retirée totalement ou partiellement ". Enfin, l'Agence peut inciter ou contraindre des établissements à coopérer ou à fusionner.

Les premiers à s'être élevés contre la création de ces Agences ont été les personnels des DDASS et des DRASS. Outre les problèmes liés à la réorganisation des services et aux restructurations internes, il s'agissait, à l'époque de dénoncer " l'affaiblissement de l'Etat dans son rôle de garant de l'intérêt général " <sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Groupement d'Intérêt Public, les Agences Régionales de l'Hospitalisation sont composées à parité de représentants de l'Etat, désignés par le ministre, et de représentants des caisses d'assurance maladie. Son directeur est nommé par décret en conseil des ministres, en cas de partage des voix, il a voix prépondérante.

<sup>5</sup> In Le Monde, 6 avril 1996

Mais la crainte majeure provenait de l'apparition d'un acteur nouveau nommé par le gouvernement en lieu et place du Préfet qui, jusqu'alors était le responsable de l'action sanitaire et hospitalière en particulier. D'ailleurs G. Johannet voyait dans ces agences, non pas un affaiblissement de l'Etat mais au contraire le signe d'une étatisation et l'enterrement de la décentralisation (Johannet, 1995).

A l'appui de cette thèse on peut noter que les ordonnances d'avril 1996, prévoient en parallèle à ces agences régionales plusieurs institutions à vocation nationale, dont l'ANAES<sup>6</sup>. Leur caractéristique commune est de reposer sur des avis et des travaux d'experts.

Agences et Conférences ont vocation nationale à élaborer des référents pour l'action et l'évaluation dont la validité scientifique ne puissent être mise en doute. Elles construisent un maillage serré de recommandations et d'incitations. Entre elles (et entre les différents niveaux d'action et de réflexion) circule une grande masse d'informations (rapport d'activités, études, compte rendus, etc.) qui donne à l'ensemble une cohérence et une solidité nouvelle par rapport aux instruments précédemment utilisés. Parmi eux, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Social (SROSS) se présente comme un élément central de la planification négociée.

Cette cohérence peut aller jusqu'à produire l'impression d'un carcan puissant défini par l'Etat, ce qui justifierait les craintes d'une centralisation excessive. En fait, malgré la nature des arguments échangés, ce n'est pas le poids quantitatif de l'Etat qui est ici en cause mais la modalité dominante de l'intervention étatique.

Cette politique, visible et affichée au niveau national, ne se déploie pas dans un univers stable que la réforme viendrait soudainement percuter. Au contraire, les hôpitaux sont depuis plus de dix ans le lieu de transformations importantes. Si bien que, dans bien des domaines, les réformes accompagnent des changements qui sont nés en dehors d'elles.

## I.2/ Des dynamiques en tensions

Contrairement au modèle, un temps dominant, de l'hôpital entreprise, les innovations que connaissent les hôpitaux ne peuvent être seulement analysées sous l'angle de transferts ou d'appropriation de pratiques (médicales, gestionnaires, etc.) légitimées dans d'autres lieux et qu'il s'agiraient d'accommoder. Ces pratiques importées sont d'abord des révélateurs de tensions entre différentes sphères d'action, différentes temporalités et différentes conceptions de l'efficacité.

Il ne s'agit pas, ici, de dresser un tableau exhaustif des changements que connaît l'hôpital mais d'esquisser le cadre dans lequel la question des restructurations émerge aujourd'hui en tant qu'objet de régulation, de débat et d'analyse.

Dans ce but, trois de ces tensions majeures, en lien avec les réformes et les innovations, notamment organisationnelles et gestionnaires seront présentées.

### *Des organisations ouvertes / des outils de pilotage centripètes*

L'évolution de l'hôpital est majoritairement centrifuge si bien que sa légitimité se construit autant à sa périphérie qu'en son centre.

Qu'il s'agisse de Santé Publique (ses priorités étant décidées au niveau régional par des experts extérieurs) ou de respect d'enveloppes budgétaires (fixées d'abord par le Parlement et le Gouvernement),

---

<sup>6</sup> L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) a une triple mission. D'une part, elle doit produire et diffuser les référentiels de pratiques élaborés par les experts. D'autre part, elle est chargée d'une mission d'évaluation en santé dans le champ hospitalier et ambulatoire, reprenant les missions de l'ANDEM. Enfin, l'ANAES est chargée de l'Accréditation. Disposant d'un délai de cinq ans, tous les établissements privés et publics se sont engagés dans une démarche dont l'objectif est d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité de l'établissement.

les frontières à l'intérieur desquelles se déploient les stratégies des établissements sanitaires sont tracées en des lieux qui leur sont le plus souvent éloignés. Partenariats, réseaux, conventions d'activité, groupements divers, etc., font de l'hôpital le centre d'interventions hors les murs, de plus en plus diversifiées.

Or, face à ces évolutions, les outils de gestion restent fondamentalement centrés sur une conception fermée de l'établissement.

#### *Maintenir la cohérence dans la flexibilité*

Dans les entreprises émergent à la fois des impératifs de flexibilité et des impératifs d'engagement et de mobilisation (dans des projets, de la polyvalence, etc.).

A l'hôpital, cette tension n'est pas nouvelle. Mais la récente inscription dans le temps (le lustre) et l'espace (régional) de la mise en phase de la cohérence interne (projet d'établissement, etc.) et de la cohérence externe (Sross, etc.) modifie la donne.

Invité à définir tout les cinq ans son projet, chaque établissement doit organiser en interne une forme de mobilisation permanente. Certes, les lieux de négociation formels ont vu leur rôle renforcé par les réformes de 91 et 96, mais, dans le même temps, l'apparition de modes managériaux basés sur la participation directe, a réduit la place et la fonction des acteurs collectifs institués (syndicats, groupes professionnels, etc.).

De plus le calcul économique de court terme conduit souvent à un recentrage sur les activités soignantes au détriment d'activités logistiques, externalisées. Il en résulte que, en contradiction avec l'objectif de mobilisation, l'hôpital se trouve pris dans une dynamique de flexibilité et de fragilité croissantes du rapport à l'emploi (CDD, CES puis emploi jeunes, temps partiel, sous-traitance, etc.).

#### *“ Sois responsable ”*

Parmi les dynamiques impulsées par les réformes, la contractualisation est sans doute la plus visible. L'hôpital devient peu à peu le lieu d'un réseau de plus en plus complexe de contrats emboîtés. Qualifié d'Objectifs et de Moyens, le contrat qui lie chaque établissement à son Agence Régionale de l'Hospitalisation est davantage perçu comme une contrainte que comme la concrétisation des marges de manœuvre saisies ou à saisir. L'impossible affichage de la politique de restructuration, lors même que la réduction du nombre de lits de court séjours inscrit dans une tendance qui s'est installée il y a vingt ans, est l'illustration médiatisée de cette ambivalence.

Il en est de même pour l'Accréditation, les relations à la sous-traitance, la mise en réseau, le partage d'équipements, etc. Autant de formes de contractualisation entre partenaires divers qui combinent des relations de concurrence avec les impératifs de la coordination et de la complémentarité<sup>7</sup>.

Chaque établissement, est ainsi l'objet et le lieu de stratégies contradictoires. L'idée, défendue par les tenants de l'hôpital entreprise, selon laquelle on assisterait à une classique et convenue forme de résistance au changement a fait long feu : cette vision, à son tour, résiste mal à un regard sur les changements permanents et profonds dont tous les établissements sont l'objet et les sujets.

L'hypothèse est ici que les restructurations concrètes, et l'émergence d'un débat sur leur légitimité, sont le lieu principal sur lequel s'exercent ces tensions ; à ce titre elles sont révélatrices du type de régulation qui, après la période de croissance<sup>8</sup>, se met progressivement en place.

## **2/ Des référentiels contradictoires :**

Les fermetures de services ou d'établissements souvent décidées au nom de la politique de rationalisation et de l'allocation optimale des ressources, doivent composer avec d'autres objectifs politiques, financiers, économiques (territoire, emploi, besoins de santé, etc.). Inscrites dans les réformes, accompagnant des évolutions professionnelles et organisationnelles endogènes, les

---

<sup>7</sup> Dans cet esprit, après d'autres mais poussant la logique au bout, G. Lauray plaide pour l'éclatement des services et le remplacement des territoires organisés par la généralisation des relations client/fournisseur entre les différentes entités qui constituent un hôpital (Lauray, 1999).

<sup>8</sup> Période des trente glorieuses que Ch. Maillard a qualifié de “ far west hospitalier ” (Maillard, 1986).

restructurations hospitalières (et chaque restructuration) reposent donc d'abord sur une pluralité de logiques et de sens.

Pour mettre de l'ordre dans cette diversité, et parce que la notion se prête à l'interprétation de discours, tout autant que des actions, la notion de référentiel telle qu'elle est définie par P. Muller et B. Jobert a été utilisée dans l'analyse des entretiens auprès de protagonistes du système hospitalier.

Le référentiel doit ici être entendu comme "l'ensemble de normes ou images de références en fonction desquelles sont définis les critères d'intervention de l'Etat ainsi que les objectifs de la politique considérée" (Muller, 1990).

La recherche de référents a d'abord permis d'identifier un socle commun à l'ensemble des représentations et des justifications (2.1). Elle a aussi mis en évidence que, au-delà de cet accord les acteurs mobilisaient deux référents antagonistes (2.2). Ceux-ci se trouvent aujourd'hui en concurrence dans ce que P. Muller appelle une lutte "pour" le référentiel.

Dans une certaine mesure, l'accord, le socle commun, tient lieu de référent global en ce qu'il fournit aux conflits, leur domaine de définition et leurs supports légitimes ; "Le référentiel global n'est pas un consensus mais il balise le champ intellectuel au sein duquel vont s'organiser les conflits sociaux" (Muller, 1990).

## 2.1/ En guise de référent global, un constat partagé

Des entretiens réalisés deux constats communs se dégagent. D'une part le mode de régulation antérieur s'avère inadapté, d'autre part, des restructurations sont aujourd'hui nécessaires.

A propos du premier constat, il faudrait sans doute parler d'obsolescence du régime de régulation antérieur du secteur de la Santé.

En effet, toutes les personnes rencontrées au cours de l'étude s'accordent pour dire que les modes de régulation mis en place durant la période de croissance ne sont plus pertinents. Ces derniers ne sont pas tout à fait éteints et sont réputés fondés sur la résolution des problèmes et des conflits par la logique quantitative du "toujours plus" : "*Le système que nous avons permet tous les excès. Vous pouvez multiplier les actes, plus vous multipliez les actes et plus votre patient est content, c'est simple*" (Elu)<sup>9</sup>.

C'est pourquoi, malgré les efforts de planification (cartes sanitaire, SROSS, projets d'établissements), l'effet d'imitation était <sup>10</sup> et restait très fort : "*La fusion entre X et Y date de plus de vingt ans. X a eu peur de se faire absorber par Y. En 1987 on a autorisé la première IRM à l'hôpital Y, elle a été implantée en 1992 ; j'ai immédiatement fait savoir que la prochaine devrait être pour X et elle a été implantée en 1996*" (Dir hôpital).

Implicitement, et souvent explicitement, le constat d'obsolescence des outils et des orientations de la régulation est justifié par les contraintes nouvelles liées au respect de l'équilibre budgétaire au plan macro économique. Il est relayé par la littérature professionnelle, aussi bien du côté médical qu'administratif. Il est renforcé par les très nombreuses circulaires et réglementations émanant du Ministère et de la Direction des Hôpitaux qui, inlassablement en appellent à la responsabilité économique de l'ensemble des acteurs hospitaliers. Il rejoint les résultats de travaux académiques consacrés à la régulation du secteur sanitaire et qui, majoritairement concluent que l'efficacité cède peu à peu la place à l'efficience.

---

<sup>9</sup> Après chaque citation est brièvement indiquée la qualité de la personne interviewée.

<sup>10</sup> Cf. A P Contandriopoulos et Y. Souteyrand, 1997.

Ce constat est également compatible avec le souci d'équité. L'idée selon laquelle le laxisme conduit à des situations déséquilibrées selon les régions, les secteurs ou les activités est en effet partagée par l'ensemble des protagonistes.

Enfin, résumée par la notion de "maîtrise médicalisée", cette conviction est commune au secteur libéral et au secteur public dont les acteurs refusent, et la "maîtrise comptable" et l'absence de maîtrise.

L'objectif d'équité, concrétisé par le souci de réduire, à moyen ou long terme, les inégalités de dotation budgétaire par habitant selon les régions, semblent donc opportuns et pertinents. La péréquation, en cours, et qui porte lentement ses fruits doit être confortée au plan local auquel elle donne un cadre et un horizon <sup>11</sup>.

Lorsque des actions sont effectivement entreprises, dans ces deux domaines de la maîtrise et de la réduction des inégalités elles rencontrent, dans leur principe, une sorte d'assentiment général : *"La partie hospitalière est le seul champ aujourd'hui sur lequel on fait véritablement un ersatz de péréquation, plus qu'un ersatz car quand on voit l'écart entre le taux moyen d'évolution des dépenses autorisées dans la France entière et par exemple la situation en Ile-de-France, on voit qu'il y a quand même un niveau de décrochage significatif par rapport à ce taux moyen, (...) Cela rejoint la question des restructurations ... parce qu'en fait c'est ça qui est en cause"* (DH).

Ce premier constat se double en effet, d'un accord sur la nécessité de mettre en place une politique de restructuration dans le secteur de la santé.

Pour les uns, cette évolution concerne d'abord la place des établissements relativement à l'ensemble des participants au système de santé. *"Je crois qu'il y a maintenant un consensus général sur l'idée que les établissements doivent évoluer, s'insérer dans leur environnement, s'ouvrir à leur environnement"* (D.H.).

Ce constat général laisse cependant entier la question des moyens à mettre en œuvre pour parvenir à cette recomposition. Contrairement à l'intuition, les restructurations peuvent s'accompagner de ressources supplémentaires ; cet apport peut même constituer une des conditions du succès de cette nouvelle dynamique : *"Nous sommes d'accord sur l'idée qu'il y a besoin de restructurations dans le monde hospitalier et dans le monde sanitaire et social, qu'il y a besoin de restructuration au sens français du terme, c'est-à-dire d'avoir des budgets qui permettent de modifier la structure actuelle..."* (Syndicaliste).

Mettre en regard les points de vue des acteurs rencontrés fait donc d'abord émerger la polysémie du terme même de restructurations, importé du secteur industriel avec sa connotation péjorative (redéploiement, délocalisation, licenciements) dont il faut se défaire : *"Un certain nombre d'opérations portent aujourd'hui le nom de restructuration et s'apparentent plus à une diminution du potentiel de l'offre de soins ou à une diminution du potentiel sanitaire et social. (...) L'idée de la restructuration c'est de faire évoluer la façon dans laquelle les choses sont organisées(...)"* (élu).

---

<sup>11</sup> Le coefficient de variation des moyennes régionales de la valeur des points ISA, indicateur de la politique de péréquation mise en place depuis 1997 entre les Régions françaises, est passé de 0,074 en 1997 à 0,070 en 1998 (Drees / Direction des hôpitaux).

Les discours traduisent, à la fois, une difficulté à définir le terme, un regret par rapport à cette absence de définition commune et une volonté affichée de trouver des terrains d'entente.

Cette volonté se trouve chez les acteurs du niveau national ; assez logiquement celui-ci a besoin qu'une définition consensuelle émerge pour avancer dans la définition d'une politique : *“ La restructuration, très concrètement, on ne sait pas ce que c'est. On est quand même sur un sujet dans lequel ce qu'on regarde est très différent. Donc il faut peut-être serrer le champ et savoir ce qu'on veut regarder. ”* (DH).

Mais au plan local, ce souci existe aussi. S'accorder sur le terme serait faciliter le dialogue entre les protagonistes *“ Alors, ce serait très important ... on en a parlé avec la Direction des Hôpitaux récemment, ce serait de faire un petit glossaire qui consisterait à dire une restructuration, une recomposition, une coopération, c'est quoi ? De façon à ce que tout le monde essaye de mettre la même chose derrière (...) Il y a certainement derrière le même terme des choses différentes, mais il faudrait qu'on arrive à parler à peu près les uns, les autres, de la même chose ”* (ARH).

Force est de constater que malgré cette volonté la tâche semble insurmontable. S'entendre sur une acception commune, apparaît plus comme un idéal que comme un besoin. C'est que parvenir à un accord réel sur le terme impliquerait, sans doute, plus que l'explicitation des représentations, l'évaluation des pratiques.

Dans ce domaine aussi la transparence, réclamée par principe, comporterait, si elle était effective, plus d'inconvénients que d'avantages.

## 2.2/ Des référentiels contradictoires mais cohérents:

L'analyse des entretiens a montré que, deux référentiels guident les actions, les décisions, et les justifications. Selon les référents, les protagonistes perçoivent différemment les objectifs à poursuivre, les démarches à suivre et les évaluations à mener.

Le premier référentiel, met l'accent sur la décision, le résultat visé, les incitations et les indicateurs quantitatifs. Le motif des restructurations, leur point de départ est d'abord de type gestionnaire, voire comptable : *“ Le départ de l'opération de fusion c'est ... la prise de conscience d'un point ISA élevé ”* (Dir. Hôp.).

Dans ce premier référentiel, l'allocation des ressources et ses critères comptables sont présentés comme étant les garants d'une certaine efficacité mais aussi d'une certaine équité : *“ Regardez la circulaire budgétaire annuelle quand le Ministère de la Santé diffuse l'ONDAM hospitalier avec la répartition des enveloppes par région. Il ne se contente pas de dire : “ Vous avez X milliards de francs en région Rhône-Alpes, Y milliards en région Languedoc-Roussillon.. Il livre également le mode d'emploi : “ vous allez répartir ces crédits de telle et telle façon ” ”* (DH).

Assez logiquement, cette démarche est perçue comme renforçant le poids de La Direction des Hôpitaux par rapport à celui des Agences Régionales.

Celles-ci sont alors cantonnées à un rôle de relais local d'une politique définie nationalement : *“ Pour le secteur public, on est dans un système plus classique où effectivement la fonction de tutelle et de rôle d'allocation de ressources descendant des A.R.H. vers les Etablissements est clairement reconnu et établi... je conçois et nous considérons à la DH que nous sommes chargés de la définition des éléments de la politique hospitalière dans son système d'allocation*

*deressources et d'organisation du système de soins qui doit ensuite être relayé aux spécificités régionales par les Agences ” (D.H).*

Ce rôle d'ajustement correspond pour partie à la politique de contractualisation en cascade qui est au principe des réformes de 1991 / 1996 ; toutefois, dans ce référentiel et en amont de cette cascade, le contrat doit être remplacé par l'enveloppe.

De ce fait, le dialogue peut paraître faussé : *“ Les ARH c'est une super bonne idée mais ils ont l'obligation de ne pas dépasser leur budget et ils ne pourront nous donner quelque chose que si ils peuvent compter sur des fermetures de cliniques .. c'est un jeu de dupes ; qu'on nous coupe la tête ça ira plus vite ”* (Dir. Clinique).

Pour ce Directeur d'agence au contraire *“ La marge de manœuvre est totale.. On peut demander des rallonges à la Direction des Hôpitaux ..mais on essaye d'abord de trouver en interne des solutions ; quand on voit le taux d'occupation de certains services on peut faire quelque chose.. ”* (ARH).

Dans cette logique, une négociation trop ouverte vient perturber la marche vers l'objectif visé : *“ En fait les restructurations sont difficiles à mettre en place parce que ça implique les pouvoirs politiques .. dès qu'il s'agit de regrouper deux établissements il y a les maires qui s'en mêlent ”* (ARH).

A l'appui de ce premier référent, l'image “ repoussoir ” serait la négociation sans fin qui fait le lit de l'inertie ou des rapports de force. Pour être efficace, la restructuration doit reposer sur un calendrier précis, connu des protagonistes, et au respect duquel un acteur identifié doit veiller.

Cette première conception de la politique de restructuration comporte une forte dimension **technique**. Dans cette conception, l'objectif de réduction des coûts des établissements hospitaliers s'inscrit dans le cadre d'une démarche descendante, dans laquelle les principes de régulation sont comptables et financiers. Les indicateurs adéquats avec cet objectif et le sens de cette démarche sont quantitatifs, fondés sur un système d'information fonctionnant en routine.

Cette conception technique de la politique de restructuration n'est pas sans rappeler un attribut de la rationalité substantielle, caractérisée par l'identification d'un objectif et des moyens à mettre en œuvre pour l'atteindre. Si des ajustements successifs sont réalisés, c'est au nom de l'écart constaté entre la réalité chiffrée et les objectifs visés.

Dans ce cadre, l'administration est efficace “ parce qu'elle accroît dans des proportions considérables la calculabilité des résultats, puisque le système est défini indépendamment des qualités et des défauts des exécutants. Ainsi, il devient possible de pronostiquer qu'une décision prise au sommet sera appliquée par la base “ sans haine ni passion ” et sans qu'il soit nécessaire de renégocier à chaque fois l'ensemble du système de décision ” (P. Muller, 1990).

Ici, clairement, la raison d'être du référentiel technique est la volonté d'évacuer tout arbitraire dans l'accompagnement et la mise en place des restructurations.

La logique administrative et planificatrice, pour être effective et efficace, doit non seulement s'appuyer sur des indicateurs et des calendriers clairs et rétifs à toute manipulation, mais encore s'afficher comme telle.

L'explicitation de sa propre détermination est un élément à part entière de la stratégie réformatrice. D'où la recommandation qui figure dans le rapport pour le plan qui a précédé, et influencé, la réforme de 1996 :

*“ L'Agence disposerait d'une enveloppe régionale de financement dont le montant serait fixé au niveau national ... Au départ la base du calcul serait l'existant ... Son calcul pourrait ultérieurement être affiné dès lors que l'on disposerait d'une meilleure connaissance des facteurs de risques face à la maladie. En tout état de cause, les indicateurs d'ajustement retenus ne devraient pas être manipulables par les acteurs ”* (Soubie, 1993).

Dans cette perspective, il s'agit de borner le plus "objectivement" possible les marges de manœuvre des acteurs locaux et, notamment, régionaux. Notons que, dans la configuration française la régulation par le financement a l'avantage de l'efficacité puisque les régions n'ont pratiquement pas de possibilités de trouver des ressources spécifiques.

Le second référentiel privilégie la procédure, la négociation et les indicateurs qualitatifs.

L'objectif de rationalisation n'en est pas absent ; il est subordonné à l'identification préalable des besoins de santé auquel l'hôpital doit répondre. Il s'accompagne d'un plaidoyer pour une démarche ascendante. Présenté comme devant se substituer à la logique technico-administrative, ce second référentiel s'identifie volontiers à la modernité : "*Nous accordons beaucoup d'importance aux contrats .. nous passons d'une logique tutélaire à une logique de négociation*" (ARH).

Ce passage favorise *a priori*, les échelons de proximité, mais, conformément aux analyses que la notion a inspiré, ce référentiel possède la particularité de concerner tous les échelons du système.

Ainsi, ce second référentiel transparaît-il dans le discours de la tutelle : "*Je préfère travailler en disant : il y a des consensus d'experts ; la légitimité de la direction des hôpitaux dans une démarche d'anticipation, c'est probablement d'organiser des remontées d'informations et des avis d'experts, pour identifier les 10, les 20, les 30 sujets qui sont émergents et qui vont forcément amener le Ministère de la Santé à définir une doctrine, une politique. (...) C'est parce qu'elle est la Direction des Hôpitaux, parce qu'elle est en contact permanent avec les régions et avec les établissements de santé, c'est de dire : " je suis le réceptacle, je suis le catalyseur d'un certain nombre de questions qui peut-être, toutes seules, ne seraient pas traitées spontanément..."*" (D.H.).

Derrière cette manière de concevoir l'action publique se retrouve l'idée d'un Etat arbitre des attentes citoyennes.

La fonction relais jouée par l'ARH est diamétralement opposée à celle pourtant définie par le même terme au sein du référentiel technique : "*On rappelle au départ que c'est aux établissements de prendre l'initiative et de proposer un certain nombre de choses et de s'organiser entre eux. Nous, on intervient au fur et à mesure pour caler les opérations avec eux, au fur et à mesure qu'elles avancent... D'où l'importance de la pédagogie, il faut expliquer en permanence aux établissements qu'il n'y a pas les tâches nobles et celles qui ne sont pas nobles...*" (ARH).

Dans ce second référentiel, le flou concernant l'objectif et sa possible redéfinition dans le cours des choses, n'est pas un problème, c'est une solution : "*(Une restructuration) ça ne veut pas dire qu'on aura des économies .. d'ailleurs on n'est pas bien capable de le calculer*".

Ici, le danger viendrait de l'objectif explicite et affiché, dont les acteurs deviendraient peu à peu dépendants au point de confondre moyens et fins.

Par contraste avec le premier, qualifié de technique, ce second référentiel peut être qualifié de **politique** en ce qu'il est fondé sur l'introduction et la prise en compte des acteurs aux différents niveaux de la mise en œuvre de la politique de restructuration.

Cette conception politique des restructurations rejoint l'une des caractéristiques de la rationalité procédurale. L'issue de la politique de restructuration n'est pas définie *a priori* et la coordination repose sur des procédures jugées optimales.

Au plan opérationnel, des rapports pacifiés de coopération entre des protagonistes *a priori* opposés sont présentés comme des garants de l'efficacité.

Celle-ci est construite à partir des actions diverses mises en œuvre par les acteurs locaux et dans la perspective de répondre aux besoins de santé de la population. "*Il y a des dossiers de*

restructuration dont on se dit : “ bon, c’est pas forcément ce qu’on attendait, tout ce qu’on attendait ”, mais laissons faire quand même parce que c’est un premier pas ” (ARH).

Le constat - la nécessité du changement - étant donné pour acquis, sa mise en œuvre doit d’abord s’appuyer sur des procédures dont le support est la concertation et la négociation.

Au cœur de ce référentiel se trouve la conviction selon laquelle, face au constat d’une rationalité limitée, par l’impossibilité d’envisager tous les états du monde possibles, se focaliser sur la recherche de la seule allocation optimale des ressources disponibles n’est pas rationnel. Dans cette perspective, la solution efficiente est d’abord organisationnelle ; elle consiste à créer les conditions d’un apprentissage qui permette de prendre en compte et de favoriser la création continue de ressources (Favereau, 1989).

En l’espèce, elle permet à la diversité des positions de coexister et aux jeux stratégiques de s’ouvrir.

### 2.3/ L’introuvable relation de médiation

Ces deux référentiels, non seulement sont contradictoires mais apparaissent comme tels aux yeux des acteurs eux-mêmes. “ Ici il y a un pilotage du système hospitalier qui dans le discours apparaît plus contraignant. Le SROS et son annexe est devenu opposable en 96, donc on a là un outil contraignant. Dans le même temps, on a le discours sur l’autonomie des établissements, on se soucie de préserver l’autonomie des acteurs, l’idée que le changement devrait se faire, évidemment, avec les acteurs, dans une grande concertation, négociation, c’est la politique de contractualisation, la généralisation des contrats d’objectifs et de moyens. Là aussi, il y a une sorte de paradoxe entre les deux... ” (D.H.).

En conséquence, la manière dont ces référents vont finalement converger ne peut faire l’objet d’anticipations dans la mesure où le champ des possibles ouvert par la réforme est vaste et se redéfinit constamment avec chaque décision.

Dans la phase actuelle, caractérisée par des conflits entre les référentiels, il semble pertinent d’appliquer, à ce stade de l’analyse, la typologie des composantes des référentiels telle qu’elle est développée par P. Muller : “ Tout référentiel articule quatre niveaux de perception du monde .. des valeurs, des normes, des algorithmes, des images ”<sup>12</sup>.

Le tableau suivant présente le résultat de cet exercice. Il apparaît que ce découpage met effectivement en relief le caractère antagoniste des référentiels **politique** et **technique**.

Le choix des notions présentées dans ce tableau repose d’abord sur le matériau recueilli au cours de l’enquête auprès des acteurs. Certes, chacune d’elle mériterait sans doute de plus longues investigations pour être véritablement confirmées dans sa “ fonction ” de valeurs, de normes ou d’images. Mais, l’ensemble offre un panorama fidèle des représentations en présence.

**Tableau 1**  
**Les deux référentiels et leur quatre composantes**

	Valeurs	Normes	Algorithmes	Images
Référentiel Politique	Démocratie / engagement	Satisfaction des besoins	La négociation garant de l’efficacité	Les États Généraux
Référentiel Technique	Efficacité / Egalité	Réduction de l’offre	Le contrat garant de la responsabilité	La péréquation

<sup>12</sup> P. Muller in A. Faure, op. cit. p. 158.

Il confirme que les deux conceptions de l'action publique ont chacune leur cohérence, leur forme d'efficacité en lien avec leur forme de légitimité.

Selon la grille de lecture de l'action publique par la mise à jour de son référentiel, la figure du " médiateur " doit émerger d'une telle configuration.

Pour P. Muller, en effet, le médiateur, notion " indissociable du référentiel ", " est l'acteur, groupe ou individu, qui produit le référentiel, la " vérité " du moment. En cela il crée les conditions d'un nouvel espace d'expression des intérêts .. dans lequel les acteurs vont mobiliser les ressources et nouer des alliances ou des conflits .. Le médiateur se fait le héros/héraut de l'inéluctable " (Muller, in Faure et al., 1995, p.161).

Or, dans le cas des restructurations hospitalières, et à travers l'analyse qui en est faite ici, une figure de ce type ne semble, sans doute ne peut, apparaître.

En effet, non seulement les référentiels traversent les différents niveaux du secteur, mais, en l'absence de référent global crédible et opérationnel, une " vérité " ne peut être défendue contre les autres. Si bien, qu'aucun groupe ne s'impose dans ce rôle de passeur. Nul médiateur n'est ici porté, par les tensions et les conflits, au centre de gravité du système hospitalier. Pourtant, comme il a été rappelé plus haut, le système hospitalier fonctionne et se développe, se déforme et se transforme.

Dés lors, l'observateur se trouve devant une alternative. Soit ces évolutions se déroulent sans boussole, parce que sans guide, et le secteur hospitalier doit être considéré comme un bateau ivre. Soit, d'autres processus que le pouvoir / savoir de médiateurs sont à l'œuvre pour donner sens aux actions envisagées ou entreprises.

La première hypothèse est parfois défendue par les acteurs eux-mêmes. Elle est toutefois peu satisfaisante d'un point de vue épistémologique ; elle reviendrait, peu ou prou, à renoncer à toute interprétation raisonnable des nombreux changements en cours au profit d'une théorie, mal maîtrisée, du chaos.

Au delà de la mise à jour des antagonismes et en l'absence de la figure quasi messianique du médiateur, apparaît donc la nécessité de repérer les formes et les lieux des compromis qui permettent aux acteurs de se coordonner. Il s'agirait ensuite de tenter d'évaluer les conséquences de ces compromis sur la trajectoire du système hospitalier.

L'hypothèse est ici que les conflits entre les référentiels construisent une certaine architecture du système dans son ensemble, architecture qui par définition ne correspond entièrement ni aux vœux des planificateurs techniques, ni aux vœux des protagonistes fervents de la négociation. Cette évaluation sera évoquée en termes de pistes de recherche dans la partie conclusive.

### **3/ La construction de compromis :**

Avant de préciser les supports et la nature des *compromis* que l'entrecroisement des référents construit, il est utile de donner une définition de cette notion assez largement utilisée dans des contextes académiques et théoriques divers. De ce point de vue la définition qu'ont donnée T. Rivard et F. Bigot a le mérite de la clarté et de la relative neutralité : " La notion de compromis recouvre deux aspects. D'une part elle signifie l'existence de plusieurs registres d'activité et, d'autre part, elle indique une tentative de " conciliation ", d'accord entre ces différents registres " (Rivart et Bigot, in J.N. Chopart, ed, 2000).

Concrètement, ces compromis reposent sur la manipulation d'outils tangibles, techniquement reconnus, professionnellement légitimes et, par hypothèse, susceptibles d'usages multiples. Leur première caractéristique est d'être construit dans le temps.

Ainsi, des apprentissages se mettent en place, qui reposent, parexemple, sur l'anticipation des attentes de la tutelle: " *La doctrine du Ministère de la Santé, c'est bien d'avoir des partenariats. Et donc, les stratégies s'adaptent à ça. Et puisque les stratégies s'adaptent à ça, on a des dossiers de coopération, et puis on a des dossiers d'habillage (...)* Nous aussi on a pris l'habitude de voir des dossiers qui sont crédibles et des dossiers qui sont des dossiers d'habillage ... les stratégies locales consistent très souvent à dire : " *et bien, on va jouer profil bas et on va présenter un emballage cadeau que le ministère aime bien...* " (D.H.).

Pour illustrer et défendre la notion de compromis opérationnels, les usages qui sont faits de deux dispositifs seront analysés.

Il s'agit d'une part du PMSI (ou système d'information puis de comptabilité) et d'autre part de l'Accréditation (démarche qualité initiée en 1996 et qui s'impose aujourd'hui à tous les établissements).

L'hypothèse défendue ici est que le succès de ces deux outils est d'abord lié à certaines de leurs caractéristiques qui en font des points d'appui efficaces pour la construction de compromis.

La thèse, est que le fait même que ces dispositifs soient accommodés de façon diversifiée, et plus ou moins détournée de leurs fonctions initiales, signent l'existence de compromis entre les deux référentiels définis plus haut comme antagonistes.

Poussant la quasi totalité des acteurs à échanger leur savoir et à coordonner leurs actions, ils permettent l'adoption d'un *langage* commun compatible, notamment, avec " l'exigence de modernité " <sup>13</sup>.

Chemin faisant, la question de leur efficacité économique, voire de leur cohérence technique et de leur pertinence devient secondaire. Pour utiliser une expression chère aux conventionnalistes, ces dispositifs et leur modalité de mise en œuvre évitent aux protagonistes de s'accorder sur *le pourquoi* en rendant légitime toute démarche qui se présente comme étant centrée sur le *comment*.

De fait, le PMSI et l'Accréditation ont sans doute en commun avec les formes conventionnelles se mettre l'efficacité au second plan et l'effectivité au premier.

Enfin il est à noter que le premier traite de la question de l'information optimale et que le second s'attaque à celle de l'évaluation minimale.

### 3.1/ Le PMSI : un compromis par extension.

On trouvera en annexe 1 une description du dispositif et de ses objectifs. Il faut retenir ici que, mis en place pour améliorer le système d'information et de guidage des hôpitaux le PMSI a vu ses objectifs évoluer dans le temps de la mise en œuvre. Celle-ci, du Projet au Programme aura duré plus de quinze ans .. si tant est qu'elle soit achevée aujourd'hui. Depuis 1998 les informations provenant du PMSI sont utilisées dans le processus (notamment régional) d'allocation des ressources entre établissements hospitaliers <sup>14</sup>. En ce sens il est d'abord, adapté au référentiel technique.

---

<sup>13</sup> Selon l'expression de JY Gomez (1996).

<sup>14</sup> Bien qu'implanté dans les cliniques, le PMSI n'est pas, à ce jour, directement utilisé dans l'allocation des ressources du secteur privé. Il est toutefois mobilisé pour des études empiriques qui confirment que l'extrême diversité des coûts de prise en charge pour une même pathologie (GHM) est liée aux règles de tarification (V. Bonniol et L. Hartman, 1998).

Mais le référentiel politique y trouve aussi son compte“ Le processus de production du PMSI est fondamentalement différent de celui des indicateurs traditionnels en ce sens que ce sont les médecins qui sont à l’origine des informations et non un système administratif que ces mêmes médecins peuvent mettre en doute. Le PMSI est donc, par son mode de production, une source de données comprises et respectées par le corps médical ” (Botella, 2000).

Certes quelques études ont montré que, dans la pratique, il n’en était pas toujours ainsi, mais cet aspect est, par hypothèse, secondaire.

Dans le même ordre d’idées, de nombreux travaux ont montré les limites de l’outil que représente le PMSI, et en conséquence, le caractère limité et prudent de l’usage qui devrait en être fait. Ces études se centrent notamment sur la cohérence de ce système d’information par rapport aux objectifs qui lui sont assignés par ses promoteurs (Breyer et Mossé, 1995 ; Mossé, 1998).

Parmi les critiques constructives, il faut noter celle de G. Cluze publiée dans l’ouvrage collectif *Ecosip* consacré aux enjeux de la performance en entreprise (Cluze, 1999). De fait, cette contribution dédiée à l’analyse critique du PMSI, s’achève par la promotion de l’application de la méthode ABC / ABM (Activity Based Costing / Activity Based Management) à l’évaluation de la performance hospitalière au motif qu’une “ performance axée sur la maximisation de la rentabilité économique de l’établissement est *a priori* pertinente ”. Ce faisant, G. Cluze renforce, sinon le PMSI lui-même du moins le modèle de l’hôpital entreprise auquel le PMSI a ouvert la porte.

Ces critiques s’inscrivent donc dans le cadre du référentiel technique.

Mais, la force du système d’information réside moins dans ses capacités techniques propres que dans ce qu’il donne à voir et, dans le même mouvement cache, de l’hôpital (de ses performances et de ses ressources).

C’est la raison pour laquelle, les tenants des conceptions **technique** et **politique** des restructurations se saisissent ensemble, mais différemment, de l’outil qu’est le PMSI.

Les premiers en conseillent un usage orthodoxe et, forcément, limité. Dans le cadre du référentiel technique, le PMSI est, et doit rester, un outil d’aide à l’allocation des ressources financières : “ *Le PMSI est un outil d’information sur les établissements comme un autre, mais qui a pris tellement d’importance depuis qu’il est utilisé à des fins d’allocation (...) Plus on s’orientera vers l’utilisation du modèle du PMSI à des fins de financement des établissements, plus il faudra que l’outil soit affiné pour éviter les effets pervers que l’on commence à entrevoir (...). Je pense que l’outil PMSI, enfin le modèle, -même si au départ, cela n’a pas été présenté comme cela aux établissements- est un modèle de description médico-économique qui a bien comme finalité première (...) de financer les établissements ... il ne faut jamais oublier cela lorsque l’on souhaite utiliser les informations PMSI à d’autres fins, a priori ça n’a pas été conçu pour ça... ” (ARH).*

Au service du référentiel politique, le PMSI est plus qu’une source d’informations comptables, c’est d’abord un vecteur de mise en équivalence entre différentes sphères .

C’est pourquoi, par exemple, il peut, et doit, être utilisé en vue d’une meilleure organisation territoriale de l’offre de soins. “ *Le PMSI est une source d’information importante et il est largement sous-utilisé. On l’utilise pour l’instant quasi exclusivement pour le calcul des points et la répartition de l’enveloppe budgétaire alors qu’on devrait l’utiliser beaucoup plus pour connaître la répartition de parts de marchés auprès des établissements, pour connaître les déplacements réels de population par pathologie (...), ça permettrait de nous aider*

*beaucoup plus dans la planification et dans l'organisation du système, et dans le repérage du dysfonctionnement* ” (ARH).

A propos de cet exemple, Il faut rappeler ici que les données traitées par le PMSI sont des séjours et non des patients. Sur une période donnée, un même individu (et sa pathologie principale) sera donc comptabilisé autant de fois qu'il aura été hospitalisé. De plus, sont absentes du système d'information ou maltraitées par lui, les activités d'enseignement et de recherche, les consultations externes, les activités en réseaux, les urgences, etc. (J.C Moisson, 2000).

Ces limites méthodologiques devraient, effectivement et d'un point de vue technique, conduire à être prudent vis à vis d'un usage qui déborderait de l'analyse des seuls séjours. Mais la démonstration par les référentiels explique pourquoi il ne peut en être ainsi.

Dés lors faut-il “ déplorer ” que le PMSI soit utilisé à des fins épidémiologiques, pour évaluer les flux de patients entre régions, pour mesurer l'impact de restructurations, etc.. ?<sup>15</sup>.

Ces usages se traduisent souvent par une appropriation en forme de transformation : “ *Le PMSI c'est quand même avant tout un outil d'allocation, ça ne veut pas dire que le recueil d'informations ne peut pas être mobilisé avec toutes les précautions et la réflexion que cela entraîne, à d'autres fins ...notamment, afin d'avoir une vision sur l'activité à des fins d'organisation ... C'est un outil qui permet de connaître ce qui se passe dans les établissements et à ce moment-là, on est obligé non pas de travailler sur les groupes homogènes de malades, on est probablement obligé de descendre, d'avoir d'autres grilles d'analyse que celles des groupes homogènes de malades. C'est assez typique que certaines agences ont, proches de l'opérationnel, essayé de définir des catégories qui sont entre les catégories majeures de diagnostic et les groupes homogènes de malades...* ” (D.H.).

Récupéré, amendé pour être mis au service de finalités pour lesquels il n'est pas méthodologiquement adapté, le PMSI n'est cependant pas un de ces outils “ multi prises ” dont parle JC Moisson constatant les usages multiples de “ l'indice de coût relatif ” au sein des hôpitaux où cet outil de comptabilité analytique a été implanté dans les années 80 (Moisson, 1997).

En effet, les usages actuels du PMSI, tendent à sortir de l'hôpital et à déborder du cadre comptable initial. Si bien que l'outil lui-même ne peut être considéré seulement comme une arme dans un système soumis à la loi de la compétition, de la comparaison et de la justification économique.

Au contraire, il construit un échange de savoirs aussi bien horizontal (entre établissements) que vertical (entre ceux ci et la tutelle) ou diagonal (entre médecins et gestionnaires).

Le PMSI, ainsi détourné, acquiert une fonction pacificatrice parce qu'il est utilisé au service de logiques préexistantes, certes de gestion financière et comptable mais aussi de santé publique, d'aménagement du territoire, etc.

Dans le même temps son domaine de définition, limité à l'établissement et au séjour ne permet pas de véritablement éclairer des questions aussi cruciales que les partages de clientèle, l'évaluation des filières de soins, l'efficacité des interventions médicales, etc. “ le PMSI quantifie et, partiellement, qualifie l'activité hospitalière mais il ne permet pas de distinguer l'utile de l'inutile ; l'efficace de l'inefficace ” (Botella, 2000).

---

<sup>15</sup> A titre d'illustration de ces usages extensifs, on peut citer un récent rapport du Comité Français d'Education pour la Santé réclamant que le Pmsi soit aménagé “ afin d'estimer le poids du déterminant alcool ” dans la santé. Pour des usages plus attendus mais tout aussi étendu, cf. le numéro spécial de la revue Gestions Hospitalières, avril 2000.

Du point de vue du régulateur ces limites ne peuvent être considérées que comme des défauts et la tutelle déploie beaucoup d'énergie pour améliorer l'outil en étendant toujours plus son champ d'action et de mesure.

Pourtant loin d'être une faiblesse, le caractère partiel sinon approximatif des informations véhiculées par le PMSI par rapport aux enjeux croissants de l'hôpital, face à son environnement, l'ont hissé au rang de langage universel.

### 3.2/ L'accréditation à la française : un compromis par rétraction.

Le dispositif d'accréditation lancé en 1996 par la réforme " Juppé " est piloté par l'ANAES. Dans un délai de cinq ans, cette démarche, à mi chemin entre la certification de type ISO 9000 et l'agrément administratif, aura concerné l'ensemble des établissements français publics et privés (Baioni, 2000).

Il faut retenir ici que, formellement, l'Accréditation est un succès. Les premiers résultats sont disponibles sur internet et les audits réalisés par l'ANAES se déroulent dans les délais prévus.

Se plaçant d'un point de vue normatif C. Mathy, considère que "l'accréditation dans son ensemble doit faire appel à des objets de nature industrielle qui doivent être complétés par des procédures issues de la logique domestique " (Mathy, 1999).

Pourtant à y regarder de plus près, cette vision qui situe l'accréditation, à l'intersection de deux mondes, peut être relativisée selon deux directions. La première, empirique, consiste à rechercher du côté de la complexité du ou des compromis à l'oeuvre autour de l'accréditation. La seconde, théorique, conduit à se demander, si la notion même de compromis conventionnel résiste, en l'occurrence à cette complexité.

Si l'on aborde la question sous un angle positif, et concernant la première piste, il semble que l'accréditation se situe à l'intersection de plusieurs mondes et que d'autres logiques qu'industrielle ou domestique sont de fait concernées. Ainsi la logique civique est elle largement mobilisée notamment via la question de la responsabilité : " Rien dans les cinq références [de l'ANAES] ne modifie les obligations réglementaires .... [mais] il y a là pour le Directeur d'hôpital une référence, une procédure qui, si elle est mise en place, peut lui permettre en cas de problème d'exonérer ou de limiter sa responsabilité... l'accréditation est également rassurante pour le patient " (Faugerolas, 1999). D'une part, les habitudes ne sont pas bouleversées, d'autre part, l'Accréditation offre potentiellement un bouclier juridique en matière de responsabilité.

De même, le monde marchand n'est pas absent de la procédure. En prenant en compte des activités désormais périphériques (maintenance, blanchisserie, cuisine, etc.) l'accréditation semble s'intéresser à des pratiques qui symbolisent l'ouverture des établissements. Ils s'agit de contrôler que les décisions d'externalisation prises sur la base de calcul de coûts de transaction et d'organisation approximatifs ne nuisent pas à la qualité du service.

Toutefois, cette prise en compte de l'ouverture ne va pas jusqu'à intégrer les phénomènes structurant pour l'avenir de l'hôpital que sont les signatures de conventions ou de contrats de partage de matériels, des accords de fusion ou de restructuration.

Il est souvent reproché, et à juste titre, aux procédures de qualité dans les hôpitaux de ne pas prendre en compte les pratiques médicales *stricto sensu* mais il est tout aussi vrai que ces mêmes procédures ignorent tout autant les pratiques managériales stratégiques.

En n'intégrant pas dans les évaluations des procédures, non seulement les résultats, mais l'ensemble des filières de soins amont et aval, pourtant de plus en plus maîtrisées par les hôpitaux et leurs personnels, l'accréditation, évite la recherche de compromis entre des logiques, notamment professionnelles, contradictoires.

Certes, le fait que l'accréditation soit une injonction de la tutelle présentée comme une opportunité, n'est sans doute pas sans lien avec le type de compromis en " creux " qu'elle suscite. Il faut cependant expliquer pourquoi l'accréditation laisse dans l'ombre ce qu'une évaluation " rationnelle " de la qualité aurait placé au centre : la pratique médicale et son efficacité.

Un retour sur les deux référents, technique et politique, permet de répondre, au moins partiellement à cette question.

En effet, la lecture des documents qui visent à justifier la démarche montre que, assez largement, le référentiel **politique** correspond à la plupart des six principes initiaux de l'accréditation tels qu'ils ont été édictés par l'ANAES : " implication des personnels " ; " démarche continue " ; " place centrale du patient " ..

On le voit, il s'agit de principes d'actions et le manuel d'accréditation se garde bien de donner à l'ensemble, ni fin (l'accréditation est présentée comme une étape dans un processus continu) ni finalité (rien n'est dit sur les circonstances qui poussent aujourd'hui à implanter et à institutionnaliser la qualité <sup>16</sup>).

En revanche le référentiel **technique** et ses caractéristiques reprend le dessus lorsque l'ANAES évoque la mise en œuvre (calendrier et recherche de label, indicateurs quantitatifs, recentrage sur l'établissement).

Cette absence de ligne claire amène, par exemple, des Directeurs d'Agences Régionales de l'Hospitalisation à s'interroger, encore aujourd'hui, sur l'usage qu'ils pourraient bien faire de l'accréditation.

C'est ainsi que dans un même numéro de la revue *Gestions Hospitalières* on pouvait trouver un exemple de défense du référent politique et une illustration du référent technique. Pour F. Pradeau, praticien hospitalier, " il est certain que l'accréditation est vraiment destinée à jouer un rôle dans l'allocation budgétaire (et la logique le laisse à penser), peut-être faut-il le dire clairement dès maintenant " (Pradeau, 1999). Pour X. Patier (ARH de Midi Pyrénées) " le résultat en terme d'accréditation ne doit pas pour autant servir de base à l'allocation des moyens " (Patier, 1999).

Pour M. Setbon, cette situation est significative d'une phase de transition dans laquelle opèrent " des résistances au changement entraîné par la mise en œuvre " de ce qu'il nomme la " qualité scientifique " (Setbon, 2000).

L'analyse en terme de compromis montre que c'est précisément l'ambiguïté actuelle du dispositif et de ses usages potentiels qui lui permet d'avancer. En l'occurrence, le flou favorise l'établissement de compromis et de la confiance. Avec la décision, inéluctable, d'intégrer les résultats des rapports d'accréditation dans la procédure d'allocation budgétaire adviendra le règne de la suspicion et des comportements opportunistes.

Plus globalement, le dispositif mis en place par l'ANAES, et accommodé par les protagonistes, s'appuie sur les compromis notamment entre professionnels aux intérêts divers vis à vis de la qualité. C'est ainsi qu'au cœur des établissements, l'implantation de la démarche peut faire l'objet de détournements importants, voire stratégiques, par rapport à ses orientations et à ses objectifs initiaux. Mais comme cette dérive est le prix à

---

<sup>16</sup> En guise de *justification*, le premier manuel daté de février 1999, s'ouvre sur un rappel des ordonnances 1996 : " Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance ... la procédure d'accréditation a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients " (Anaes, 1999).

payer pour obtenir le minimum de participation des personnels, elle est, certes, techniquement incorrecte, mais politiquement justifiée :

*“ Les gens ne comprennent pas le vocabulaire de l'ANAES, les référentiels sont trop généraux, donc ce qu'on a décidé c'est par des exemples concrets de rentrer dans chaque service ..bien que tous nos problèmes soient aux interfaces dans les relations clients / fournisseurs.. Ca va totalement à l'encontre de ce que préconise l'ANAES qui préconise une vision transversale de l'établissement ” (Dir. hôpital)*

Ce type de compromis est facilité par le fait que l'hôpital est préservé, dans une large mesure, des caprices de la demande.

Dans cette dynamique, et contrairement au discours d'entreprise qui justifie la certification ISO, la place du patient / client ne peut être que relative et non au cœur des décisions. Ses préférences ne peuvent servir de guide principal à l'action des professionnels. En cela le rapport au marché, ne peut être de même nature dans le champ médical que dans d'autres domaines de l'économie. En effet, les asymétries d'informations sur ce qu'il convient de faire pour le bien être du malade ne peuvent être ignorées : sur elles repose l'expertise professionnelle.

En conséquence, la place que le système hospitalier doit, ou peut, faire à l'utilisateur ne peut être que relative. Cela ne veut dire ni que les objectifs de performance ne doivent pas être poursuivis ni que parmi ceux-ci la prise en compte de l'opinion, de l'avis et du jugement des malades ne saurait avoir une place. Mais le concept de “ pilotage ” par la demande, atteint dans le domaine sanitaire, ses limites.

Ils'agit donc de faire la part entre ce qui relève d'un compromis avec la mode ambiante et de ce qui relève d'une démarche d'intégration véritable du malade dans le processus de décision.

En l'occurrence, le prix de ce compromis est l'appauvrissement du domaine de définition des manuels, des procédures et des référents. D'une part, ceux-ci décrivent davantage des méta-procédures que des normes à proprement parler, d'autre part, l'accent y est mis sur le “visible” (sécurité, dossier médical, soins infirmiers, maladies nosocomiales, etc.) tout en respectant l'autonomie médicale<sup>17</sup>.

Si l'on en croit les bons auteurs, cette configuration n'est pas absente de la dynamique des normes ISO “Finalement, au terme de ce long cheminement, la norme qui voit le jour apparaît comme un choix “collectif raisonné” , compatible avec l'état de la technique du moment, tenant compte de façon équilibrée des intérêts des multiples parties en présence ” (Boulin, 1996, cité par Gomez, 1996).

#### **4/ L'action publique change-t-elle de paradigme ?**

L'analyse des référentiels a montré l'importance des jeux localisés dans la régulation du système hospitalier.

Dès lors deux questions se posent. Quelle place pour une action publique renouvelée dans un système hospitalier complexe et en mutation ? Quels impacts cette configuration, à base de compromis partiels, a-t-elle sur les évolutions du secteur ?

##### **4.1/ Complémentarité ou substitution des référentiels de l'action publique ?**

---

<sup>17</sup> Dans le secteur de la médecine libérale et après quelque hésitation, le même phénomène de rétrécissement s'était emparé du dispositif des RMO, aujourd'hui suspendu.

Les interrogations sur les rôles et les modalités de l'action de l'Etat ont fait depuis plusieurs années l'objet de nombreuses tentatives de théorisation. Beaucoup mettent l'accent sur l'existence de périodes successives.

A propos de l'expérience française, c'est, notamment le cas de P. Duran et JC Thoenig (1996). Selon ces auteurs, aux trente dernières années aurait correspondu une forme de "régulation croisée" productrice d'action publique "Elle se caractérise par un refoulement du politique .. la logique de production qui est celle de l'administration reflète une logique de programmation et de planification qui débouche sur .. l'instauration d'indices quantitatifs à la base de toutes décisions. .. On est passé d'une logique de production à une logique de construction".

C'est pourquoi à la régulation croisée "succède progressivement un autre mode de gouvernance pluraliste" constructeur d'action autour d'un traitement territorialisé des problèmes. Cette nouvelle forme d'intervention est qualifiée "d'institutionnalisation de la négociation". Elle a pour caractéristique de déplacer le cœur de l'action publique de la définition de procédure d'allocation de ressources vers la définition des problèmes et des enjeux en s'appuyant notamment sur la dimension localisée de la coopération entre les acteurs.

Ce paradigme rejoint, partiellement le référentiel "politique" mis au jour dans la recherche ; symétriquement, le mode de régulation croisée s'apparenterait, en bien des points au référentiel "technique".

Cette dichotomie, entre une conception planifiée, en repli, et une conception "distribuée" en émergence, se trouve sous différents vocables et dans différents secteurs de l'action collective.

Ainsi, à propos des essais thérapeutiques dans le cadre du Sida, N. Dodier et J. Barbot concluent ils "Avec la philosophie des essais stricts sont développées les grandes lignes d'une organisation fortement planifiée fondée sur une épistémologie uniciste .. avec la philosophie des essais souples se déploie au contraire une organisation distribuée fondée sur une épistémologie pluraliste où les différents acteurs sont supposés devoir négocier .." (Dodier et Barbot, 2000).

Il faudrait sans doute comparer de façon plus rigoureuse les notions qui s'opposent ainsi deux à deux au sein de corpus théoriques et disciplinaires différents : planifiée versus distribuée ; régulation croisée versus institutionnalisation de l'action collective ; administration / marché ; monde industriel / monde marchand, pouvoir de prescription / pouvoir d'influence, etc.

Quelle que soit l'approche, le constat est consensuel d'un changement de paradigme de l'action publique qui, globalement se traduit par le passage d'un régime centralisé à un régime décentralisé ; par la substitution progressive, inéluctable, d'un régime par un autre.

Toutefois, le cas des restructurations hospitalières nuance cette analyse. Car, contrairement à l'idée dominante d'un changement de paradigme, il apparaît que c'est la concomitance, la complémentarité, des deux référentiels qui permet au système de se rénover : elle pousse à la coopération et à la coordination, via les outils de la rationalisation lesquels deviennent compatibles (dans l'usage qu'en font les acteurs, sinon par construction) avec les deux référentiels politique et technique<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Cette problématique rejoint sans doute celle que proposent D. Brochier et E. Verdier dans leur recherche sur le rôle de la contractualisation de l'action publique dans le domaine de la formation continue (Brochier et Verdier, 1999).

On l'a vu à propos des ARH, cette ambivalence possède une fonction : elle permet aux acteurs de s'engager dans la démarche de rationalisation, de participer au mouvement de modernisation sans avoir à s'entendre au préalable sur sa finalité.

Au plan économique cette ambiguïté a une cause, résumée par Bureau et Esposito : "Les incertitudes qui demeurent sur le rôle des ARH sont ici illustratives. La définition de leur mission mêle deux logiques d'acheteur et de gestionnaire de l'offre.. La première ne devant considérer que les performances prix - qualité du service et non l'organisation des moyens pour les atteindre, qui relèvent de la seconde.. Privilégier la fonction d'acheteur conduirait par exemple à envisager des appels d.. En revanche la décision de fermeture d'établissement ... relèverait du gestionnaire de l'offre" (Bureau et Esposito, 1998).

Les ARH étant à la fois conseillers (contractants) et payeurs (tutelle) leur missions se trouvent confusément définies. En pure logique économique les deux fonctions devraient être séparées, c'est d'ailleurs (avec d'autres <sup>19</sup>) ce que préconisent les auteurs. Ce faisant, serait introduite dans le secteur hospitalier français la logique qui, dès 1989, présida à la réforme du NHS britannique (Mossé, 2000).

En effet, la conception libérale, application de la théorie de l'agence à l'action publique, s'accorde avec l'idée de contractualisation et de responsabilisation, elles mêmes compatibles avec le référentiel politique.

Toutefois, la théorie de l'agence, suppose, des entités décisionnelles homogènes, une reconnaissance réciproque minimale des sources d'asymétrie d'information et des contractants en situation de relative égalité. Ces conditions n'étant pas remplies dans le secteur hospitalier, la théorie de l'agence a de la difficulté à rendre compte des processus de développement qui y sont à l'œuvre (Mougeot et Naegelen, 1998).

On y retrouve notamment, les mêmes problèmes d'effectivité que ceux relevés par C. Defeuilley à propos du problème de la délégation de service public. Après avoir rappelé que : " Dans les contrats de délégation comme dans toute relation contractuelle se nouent des relations principal / agent, le premier déterminant la façon dont le second sera rémunéré ", l'auteur évoque les problèmes pratiques qui éloignent la réalité du modèle (Defeuilley, 2000). Parmi ceux-ci, au moins trois sont communs avec la situation hospitalière.

D'une part, les mécanismes susceptibles de réduire l'asymétrie d'information et la rente informationnelle de l'agent sont pauvres, en conséquence, les quelques procédures d'incitation prévues dans les contrats sont inopérantes . D'autre part, dans une situation de contrats renouvelés (ici à échéance de cinq ans), l'agent (ici l'hôpital) n'est pas incité à révéler l'information en première période (sur ses coûts et qualité) en espérant retirer, en deuxième période, un bénéfice de cette rente informationnelle. Enfin, parce que les contrats sont renouvelés de façon mécanique, le principal ne peut assurer un suivi réel de l'activité de l'agent <sup>20</sup>.

Dés lors, une attitude normative consisterait à faire en sorte que les hôpitaux peu à peu se conforment au modèle.

---

<sup>19</sup> Cf par exemple, Mougeot et Naegelen, 1998.

<sup>20</sup> Sur ces trois points une observation rapide de la pratique récente donne des exemples nombreux (demande directe des établissements auprès du ministère - voire des chefs de service auprès de diverses instances -, fixation et distribution plus ou moins arbitraire d'une improbable " cagnotte ", résignation face aux dépassements des taux d'augmentation initialement prévus et votés par le parlement, etc.).

Deux voies sont suggérées par la théorie : la contractualisation généralisée (ersatz de l'entreprise en Mpost taylorienne) ; le renforcement des pouvoirs économique des managers (modèle britannique des années 80).

En l'absence de telles "réformes", les deux dispositifs analysés (PMSI et Accréditation) qui ont vocation à réduire les asymétries d'information entre l'hôpital et sa tutelle, ne peuvent qu'imparfaitement jouer ce rôle.

Cette configuration non seulement défie le théoricien, mais elle donne aussi au système sa trajectoire actuelle.

#### 4.2/ Une trajectoire définie dans les interstices de la régulation ?

La tension entre les deux référentiels construit *de facto* une trajectoire dont le caractère intentionnel, ou "pervers", doit être interrogé, en dépit de la troublante affirmation de Pallier et Bonoli qui, à propos de la théorie de la dépendance du sentier appliquée aux systèmes de protection sociale, déclarent : "des effets non intentionnels peuvent être assimilés à une stratégie dès lors qu'ils ne sont pas corrigés lorsqu'ils se reproduisent" (Pallier et Bonoli, 1999).

L'un des premiers effets des compromis pacificateurs est que, depuis quinze ans, le nombre d'établissements publics a eu tendance à augmenter. Sur cette question toutefois, le constat n'est pas facile à établir. Plus exactement, le compromis jouant aussi sur les informations disponibles, si l'évolution du nombre de lits est observable, il n'en est pas de même pour le nombre d'établissements. La notion "d'entité juridique" retenue par le Ministère semble pertinente, mais l'évolution des appellations (hôpital local, centre hospitalier) rend difficile une évaluation continue.

Il faut cependant remarquer que la catégorie rassemblant les CHR/CHU, les CH et les Hôpitaux Locaux qui représentait 867 entités en 1987, en compte 948 en 1997. Les établissements privés de "soins aigus" privés comptait 1380 entités en 1987 ; la catégorie correspondante (les établissements de "soins de courte durée" privés) n'étaient plus qu'au nombre de 1151 en 1997.

Au total, toutes catégories confondues, le nombre d'entités juridiques recensées par le Ministère est passé de 3756 en 1987, à 4082 en 1997 <sup>21</sup>.

Intentionnelles ou perverses, les évolutions du secteur, parce qu'elles sont elles mêmes ambiguës, alimentent les deux référentiels.

D'une part, la diminution du nombre de lits installés étant avérée, l'objectif **technique** peut être considéré comme atteint. En effet, la disparition de 40.000 lits d'hospitalisation complète dans le secteur public et de 20.000 dans le secteur privé entre 1990 et 1997, impressionne d'autant plus que, dans les décennies précédentes, l'augmentation avait été massive et constante. D'autre part, cette diminution s'inscrit dans une tendance de long terme qui a précédé la réforme de 1996 <sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Un tour d'horizon international confirmerait qu'il y a là, sans doute, une exception française. Cette situation est en tout cas contraire au précepte de l'OMS selon lequel "compte tenu de la particularité des coûts hospitaliers, la fermeture de tout un site est plus efficace que des ajustements internes pour dégager des ressources significatives" (OMS [1997]).

<sup>22</sup> De ce point de vue, le cas des maternités est exemplaire puisque la restructuration - par le biais de la concentration et de la disparition progressive des établissements pratiquant moins de 300 accouchements par an - a débuté dès les années 70. Ainsi, par exemple, le pourcentage de maternités de moins de 15 lits est passé de 49,3% en 1972 à 22,6% en 1982. Le nombre d'établissements pratiquant l'obstétrique est passé d'environ 1600 en 1972, à 970 en 1985 puis à 793 en 1995 (Cf. D. Baubeau et alli., 1999).

Mais, dans l'ensemble du court séjour, ces changements n'ont été possibles que parce que ils ont été accompagnés d'une modification de la place et du rôle de l'offre hospitalière, alors que la demande qui s'adresse à l'hôpital, elle ne fléchit pas.

Plus que les évolutions quantitatives, ce sont donc les modifications de la structure et des types de services offerts qui doivent être analysées.

A titre d'exemples, il faut citer deux évolutions spectaculaires ; l'une a trait aux activités, l'autre, aux pratiques.

Concernant les activités, la période récente se caractérise, notamment, par un accroissement massif des consultations externes. Atteignant 40 millions par an en 1998, leur nombre ne cesse d'augmenter depuis dix ans. Cette augmentation correspond sans doute à une demande de prise en charge légère. Elle correspond aussi au besoin des hospitaliers (médecins et administratifs) de développer des activités susceptibles de capter des ressources nouvelles et complémentaires des dotations globales allouées selon les principes décrits plus haut.

Concernant les pratiques professionnelles, la seconde caractéristique de la période est le développement des réseaux de soins (de type ville hôpital). Ici encore cette pratique correspond à une demande de prises en charge continues et coordonnées. Diverses interprétations de l'émergence de ces formes hybrides (entremarché et organisation) ont été données (Béjean et Gadreau, 1997 ; Gadreau, 2000). Elles mettent en exergue la pertinence de la théorie des coûts de transaction.

Un point au moins mériterait d'être empiriquement testé, il concerne la pérennité de telles organisations réticulaires dans le domaine de la santé. En effet la théorie prédit la disparition des réseaux dans le giron de l'organisation. L'explication est que les compétences ainsi mobilisées, comme les actifs créés, sont spécifiques et ne peuvent donc pas faire l'objet d'une valorisation sur un marché.

Or l'observation montre non seulement que les réseaux ont tendance à perdurer, mais aussi que les acteurs de ces réseaux s'engagent simultanément, et pour des activités similaires, dans des formes organisationnelles classiques.

L'analyse en terme de référentiels concurrents permet d'avancer une interprétation. D'une part, la forme réseau remplit en effet certaines des conditions d'acceptabilité et de légitimité professionnelles évoquées plus haut. D'autre part, dans la configuration actuelle, les réseaux correspondent à une forme de captation de ressources dont on a vu qu'elle échappait au PMSI et à l'Accréditation.

Loin d'être des solutions alternatives à l'organisation, les réseaux n'ont donc pas plus vocation à disparaître que les organisations dont ils sont les compléments et non les concurrents<sup>23</sup>.

## **Conclusion**

Les compromis autour de l'usage des outils et dispositifs de régulation du système hospitalier, semblent d'abord respecter les équilibres locaux (ou partiels).

Ce phénomène peut se rapprocher de ce que A. Faure appelle "la transformation des référentiels en rhétoriques consensuelles". Toutefois, pour lui, cette dérive s'effectue en quelque sorte *par le haut* en puisant dans des valeurs supérieures (telle la défense de l'intérêt général). Dans le domaine de la santé, de tels recours rhétoriques sont insuffisants à coordonner des professionnels jouissant d'une expertise forte et reconnue.

---

<sup>23</sup> Une brève analyse statistique menée en coupe instantanée visant à tester cette problématique a été réalisée à propos de la prise en charge des personnes âgées. Les résultats se sont avérés compatibles avec l'hypothèse selon laquelle, les soins à domicile étaient complémentaires et non alternatifs à l'hospitalisation traditionnelle (Mossé, 1999).

Certes les compromis ne peuvent, en toute hypothèse, se développer qu'en conformité avec le référentiel / constat évoqué plus haut, quant à la nécessité du changement. Mais on conviendra qu'il offre un cadre relativement lâche qui tolère tout autant la velléité que l'innovation.

Dans cette perspective, il serait utile de mener des recherches sur le développement de pratiques aussi diverses que l'activité en réseaux, la chirurgie ambulatoire dans le privé, les admissions en urgence dans le public ou encore les avatars de la télémédecine.

Confirmeraient-elles que si les outils de la régulation façonnent les pratiques, c'est autant par excès que par défaut ?

## Annexe 1 Une brève présentation du dispositif PMSI

L'objet du PMSI est d'introduire dans le système d'information et de pilotage des hôpitaux des données de nature médicale qui soient homogènes et de les intégrer aux informations comptables. Le but de l'exercice est de créer les conditions pour que les ressources soient allouées non plus en fonction d'indicateurs d'activité (journées, admissions, consommations intermédiaires) ou du budget de l'année précédente, mais en fonction des pathologies traitées, de la clientèle prise en charge. La méthode comprend schématiquement trois étapes.

D'abord, chaque séjour est renseigné dans un Résumé Standard de Sortie. Dans un deuxième temps on regroupe les séjours qui "présentent une certaine homogénéité clinique et économique. C'est à dire des pathologies et modes de prises en charge proches identifiables pour les médecins d'une même spécialité et mobilisant des ressources similaires pour traiter le patient. Les groupes de séjours ainsi constitués sont les Groupes Homogènes de Malades (GHM) " <sup>24</sup>.

La troisième étape est cruciale qui consiste à calculer le budget théorique de chaque hôpital à partir de la structure de sa clientèle. Elle repose sur le calcul de l'Indicateur Synthétique d'Activité (ISA). A chaque GHM est attribué un coût unitaire, calculé en référence au coût médian observé. Les coûts unitaires sont ensuite multipliés par la fréquence des quelque 530 GHM potentiels correspondants répertoriés dans la clientèle de l'hôpital.

A l'origine, le PMSI devait être implanté dans la foulée, du budget global. C'est parce que la réforme de 1983 allait prévoir une comparaison des moyens et de l'activité, qu'une cellule d'étude de la Direction des hôpitaux avait tenté dès juin 1982, d'améliorer de façon radicale le système d'information hospitalier. Et c'est par une circulaire datant de novembre 1982 que le PMSI est proposé. Pourtant, si la mise en place du budget global a peu ou prou respecté le calendrier prévu, il n'en va pas de même pour le PMSI dont l'implantation a longtemps piétiné.

Cependant les dix ans qui séparent les deux réformes ont pu être utiles aux différents acteurs. C'est ainsi par exemple que les iniquités en matière de dotations budgétaires entre hôpitaux apparaissent aujourd'hui comme un des défauts majeurs du système hospitalier français. En revanche, les effets sur les variables d'activité (durée du séjour, taux de rotation) ne sont pas aussi importants que prévus, quant à l'impact de la réforme sur le fonctionnement des hôpitaux, il ne pourra être effectif que lorsque la réforme financière pourra être étendue et complétée. Or c'est précisément l'objet du PMSI que de rapprocher les moyens financiers alloués à chaque hôpital, de son activité médicale réelle.

L'ensemble de la procédure a pour objectif affiché la maîtrise des dépenses hospitalières via la diminution de la dispersion des coûts. Ce fait les informations contenues dans le PMSI sont désormais intégrées au processus d'allocation des ressources et dans la politique de péréquation inter régionales.

---

<sup>24</sup> Direction des Hôpitaux, 1995.

## BIBLIOGRAPHIE

- Anaes, 1999, Manuel d'accréditation des établissements de santé, Paris, février, p.8.
- D. Baubeau et all. "Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés ", Etudes et résultats, Drees, Paris, N° 72, juillet.
- D. Baioni, 2000, " Le paradigme de la qualité... ", Mémoire de DEA, Lest CNRS, septembre, 109 p.
- S. Béjean et M. Gadreau, 1997, "Le concept deréseaux et analyse des mutations récentes du système desanté ", Revue d'Economie Industrielle, N°81.
- F. Bloch-Lainé, 1994, " Identifier les associations deservice social" Revue Internationale de l'Economie Sociale (Recma), V.69, N°251.
- V. Bonniol et L. Hartmann, 1998, " La tarification descliniques à la lumière du Pmsi", Revue d'Economie Publique, 2, pp. 115 – 140.
- L. Botella, 2000, "Le PMSI, un outil d'évaluation hospitalière ", GestionsHospitalières, avril, N°395, pp. 287 –295.
- P. Boulin, 1990, "Présentation de lanormalisation ", Réalités Economiques, Annales desMines, avril, p.18.
- F. Breyer et Ph. Mossé, 1991, " A propos des mesures pragmatiques du produithospitalier en France et en Allemagne" Journal d'Economie Médicale, 9, 1, pp.5-27.
- D. Brochier et E. Verdier, 1999, " Contractualisation de l'action publique et critères de performance dans le domaine de la formation continue : un lien problématique ", Revue de Management Public, 17, 3, pp. 1-21 .
- D. Bureau et J. Esposito, 1998, "L'organisation du système de soins français : éléments de mise en perspective économique ", Economie Publique, 2, pp.67 –86.
- A. P. Contandriopoulos et Y. Souteyrand, eds, 1997, " L'hôpital Stratège ", Libbeyed.
- G. Cluze, 1999, " Performance et Hôpital ", in Ecosip, L'Harmattan, pp.212 - 241
- C. Defeuilley, 1999, "Délégation de service public et théories des contrats ", Economie et Sociétés, 34, 6, juin, pp.171 – 190.
- P. Duran et JC Thoenig, 1996, " L'Etat et la gestion publique territoriale ", Revue Française de Sciences Politiques, V.64, N° 4.
- Direction des Hôpitaux, 1995, "PMSI, Etat des lieux", Solidarité Santé, mars, pp. 22.
- N. Dodier et J. Barbot, 2000, "Le temps des tensionsépistémiques ; le développement des essais thérapeutiques dans le cadre du sida ", Revue Française de Sociologie, janvier mars, 41, 1, pp. 79 – 118.
- F. Engel et al., 2000, " La démarche gestionnaire à l'hôpital ", Ed. Seli Arslan, 304 p.
- A. Faure et al. Eds. " La construction du sens dans les politiques publiques : débats autour de la notion deréférentiel ", L'Harmattan, Paris, 191 p.
- P. Faugerolas, 1999, " Accréditation et responsabilité hospitalière ", Revue Hospitalière de France, Paris, FHF, décembre, pp.6 – 18.
- O. Favereau, 1999 " Marchés internes, marchés externes ", Revue Economique, mars, 2, pp. 273 –328.

M. Gadreau, 2000, “La coordination en réseaux dans le système de santé et l’arbitrage efficacité –équité : la filière de soins ”, Communication au Congrès de l’AFSE, Paris, septembre.

P.Y. Gomez, 1996, “ Normalisation et gestion de la firme:une approche conventionaliste ”, Revue d’Economie Industrielle, N°76, pp.113 - 131.

B. Jobert et P. Muller, 1987, “ L’Etat en action ”, PUF.

G. Johannet, 1995, “ Dépenser sans compter ”, ed. Santé.

M. Joubert et coll., 2000, “ Les flux de patients entre régions en 1997 d’après le PMSI ”, Etudes et Résultats, Drees, Paris, N° 52, février.

M. Kerleau, 1998, “ L’hétérogénéité des pratiques médicales ”, Sciences Sociales et Santé, décembre, 16, 4, pp.34 – 5..

G. Lauray, 1999, “ De la gestion de services territoriaux au management des compétences médicales ”, Gestions Hospitalières, 1, pp. 24 – 26.

C. Maillard, 1986, “ l’histoire de l’hôpital ”, Dunod, ed, 200p.

C. Mathy, 2000, “ La régulation hospitalière ”, Médica ed., 282 p.

J.C. Moisdon, 2000, “Quelle est la valeur de ton point ISA ?”, Sociologie du Travail, 42, 1, janvier-mars, pp.31 – 50.

J.C. Moisdon, eds, 1997, “ Du mode d’existence des outils de gestion ”, Ed. Seli Arslan, 286p.

Ph. Mossé, 1998, “La rationalisation des pratiques médicales, entre efficacité et effectivité”, Sciences Sociales et Santé, décembre, 16, 4, pp.35 – 60.

Ph. Mossé, 1999, “ L’état providence est-il menacé de vieillissement ? ”, Cahiers de Sociologie et Démographie Médicales, 39, 2-3, pp.211 – 230.

Ph. Mossé, 2000, “Pour une application des théories de la convergence à l’analyse économique des réformes des systèmes hospitaliers ”, Communication au congrès de l’AFSE, septembre, 10p.

M. Mougeot et F. Naegelen, 1998, “ Asymétrie d’information et financement des hôpitaux ”, Revue Economique, 45, pp.1323.

P. Muller, 1990, Les politiques publiques, PUF, Paris, 127 p.

B. Pallier et G. Bonoli, 1999, “Phénomènes de path dependence et réformes des systèmes de protection sociale ” Revue Française de Sciences Politiques, 49, 3, pp.399 – 420.

X. Patier (propos recueillis par S. Cheroute) (1999), “ Quelques réflexions sur l’accréditation, le point de vue d’un DARH ”, Gestions Hospitalières, janvier, pp.16 - 17.

F. Pradeau et al., 1999, “Qu’est ce que les ARH feront de l’accréditation ? ”, Gestions Hospitalières, janvier, pp.11 - 15

T. Rivard et F. Bigot, 2000, “ Trajectoires professionnelles et mobilité d’emploi ”, in J.N. Chopart, ed . “ Les mutations du travail social ”, Drees, p.177 – 193.

M. Setbon, 2000, “ La qualité des soins, nouveau paradigme de l’action publique ”, Sociologie du Travail, 1, pp.51 – 68.

R. Soubie, rapp., 1993, "Santé 2010", Rapport pour le Commissariat au Plan, Paris, la Documentation Française.