

“ “ Du modèle de la réalité à la réalité du modèle ” ? La place des modélisations économiques dans les politiques publiques de la réforme hospitalière depuis 1996. ”

Document de travail pour le séminaire ATEES n°5, Dijon, 24 novembre 2000 (ne pas diffuser)

Introduction

Les idées et leur circulation constituent un terrain de recherche récent (il est investi au milieu des années 80) mais très prolifique de l'analyse des politiques publiques. Cette avancée est principalement le fait de l'approche dite "cognitive" - dénomination générique qui subsume en fait une grande diversité de grilles d'analyse et de concepts - qui connaît un essor considérable aussi bien en France qu'à l'étranger. Ces recherches mettent au centre de leurs investigations les dynamiques de construction sociale de la réalité, *i.e.* le rôle des valeurs, des idées et des représentations, dans l'action publique : les politiques publiques y sont alors conçues comme des "matrices cognitives et normatives", des "idées institutionnalisées" sous forme de recettes et instruments d'action<sup>1</sup>. Les chercheurs s'inscrivant dans ce cadre problématique ont manifesté un intérêt tout particulier pour les connaissances produites par la science économique<sup>2</sup> : c'est qu'avec l'émergence puis la consolidation du "référentiel de marché" pour reprendre le terme de Pierre Muller<sup>3</sup>, on a eu tendance à prêter à la science économique un rôle déterminant dans le tournant néo-libéral des politiques publiques. Or les travaux récents ont convergé pour relativiser cette capacité de la science économique à informer – dans tous les sens du terme – l'action publique : "très souvent les outils de la science économique ont été plus utilisés comme argumentaires et légitimation de décisions qui étaient déjà prises en fonction d'une perspective macro-politique, plus que comme un outil d'aide à la décision"<sup>4</sup>. Plus exactement les recherches se sont attaché à identifier les conditions sociales et politiques de l'institutionnalisation des savoirs issus de la science économique en recettes et instruments de politique publique ainsi que les déformations que cette institutionnalisation leur fait subir. Il a été ainsi démontré que l'ampleur et le *timing* de cette dernière ont été très variables selon les pays mais aussi, pour un même espace national, selon les secteurs d'action publique : cette intégration différentielle des économistes et de leurs préconisations à l'action publique s'explique par la plus ou moins grande solidité des compromis qui unissent les acteurs hétérogènes d'un sous-système de politique donné. Ainsi, en matière de protection sociale, des auteurs, se réappropriant la notion de *path dependency* issue de l'économie, ont mis en évidence les phénomènes d'inertie et d'irréversibilité qui caractérisent ce type de politiques<sup>5</sup>. Trois raisons principales sont avancées pour expliquer la relative stabilité des systèmes de protection sociale en dépit des discours et des programmes néo-libéraux de ces vingt dernières années : le domaine de la protection sociale suscite d'importantes mobilisations collectives pour sa défense, ses mécanismes sont dotés d'une forte légitimité et ses institutions engagent des transferts financiers et des intérêts catégoriels difficiles à remettre en cause. Les systèmes de santé sont particulièrement emblématiques de ces phénomènes de "dépendance au sentier" : malgré le constat dressé par les hauts fonctionnaires, les économistes, certains hommes politiques de leur "crise", malgré les préconisations de politique plus ou moins radicales (mise en concurrence notamment), ces systèmes ne connaissent le plus souvent au final que des changements lents, à la marge, incrémentaux qui ne bouleversent pas leur logique et leur principe d'organisation originels<sup>6</sup>. Ainsi en France l'on est frappé par le décalage qui existe

---

<sup>1</sup> Faure (A.) et al. (Dir.), *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel*, Paris, L'Harmattan, 1995 ; Surel (Y.), "Idées, Intérêts, Institutions dans l'analyse des politiques publiques", *Pouvoirs*, 87, 1998 ; le lecteur intéressé pourra aussi consulter le numéro récent consacré à ce type d'analyses de la *Revue française de science politique*, 50(2), 2000 et notamment l'article de Pierre Muller, "L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique", pp. 189-207.

<sup>2</sup> Le travail de référence en la matière est celui de Peter A. Hall. Cf. notamment Hall (P.A.) (Dir.), *The political power of economic ideas. Keynesianism across Nations*, Oxford, Princeton University Press, 1989. Voir aussi pour la période récente Jobert (B.) (Dir.), *Le tournant néo-libéral en Europe*, Paris, L'Harmattan, 1994.

<sup>3</sup> Muller (P.), *Les politiques publiques*, Paris, PUF, 1990.

<sup>4</sup> Jobert (B.), "Ambiguïté, bricolages et modélisation. La construction intellectuelle des politiques publiques", dans CRESAL, *Les raisons de l'action publique. Entre expertise et débat*, Paris, L'Harmattan, 1993,

<sup>5</sup> Pierson (P.), *Dismantling the welfare state ? Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994 ; Pour la France : Palier (B.), *Réformer la sécurité sociale. Les interventions gouvernementales en matière de protection sociale depuis 1945, la France en perspective comparative*, Thèse pour le doctorat de science politique, sous la direction de J. Leca, IEP Paris, 1999

<sup>6</sup> Wilsford (D.), "Path dependency, or Why History Makes It difficult but Not Impossible to Reform Health Systems in a Big Way", *Journal of Public Policy*, 14(3), 1994, pp. 251-283.

entre les préconisations des “ experts ”, en particulier des économistes de la santé, qui voient dans la concurrence organisée la solution aux problèmes d’efficacité, voire d’équité, du système de soins et la politique de protection maladie effectivement menée. C’est à la compréhension de ce décalage que ce papier est consacré, prenant l’exemple d’une réforme *a priori* problématique pour les analyses en terme de *path dependency* : les ordonnances de 1996 portant réforme hospitalière.

## 1. L’ÉCONOMISTE ET L’ACTION PUBLIQUE

On a assisté ces vingt dernières années à un développement rapide de l’économie de la santé, laquelle s’est constituée en “ discipline ” autour d’un référent central : le paradigme néo-classique. Cette institutionnalisation de la discipline en France a non seulement débouché sur la multiplication des travaux théoriques et économétriques mais aussi sur l’émergence d’un discours collectif que les économistes de la santé tiennent sur eux-mêmes, sur leur rôle présent et futur dans ce qu’il est convenu d’appeler la “ réforme ” du système de santé : la création du Collège des économistes de la santé et les nombreuses contributions aux rapports officiels sur le système de santé<sup>7</sup> témoignent de la volonté de proposer une expertise directement utilisable par les pouvoirs publics<sup>8</sup>. Cependant nous voudrions montrer que le rapport de la science économique (standard) à l’action publique pose un certain nombre de problèmes liés à la projection plus ou moins contrôlée (sinon consciente) des hypothèses de la micro-économie néoclassique dans l’objet étudié (le système de santé) et surtout dans l’action publique.

### 1.1 La double projection de la rationalité micro-économique (substantielle) à la fois dans l’objet d’étude (1) et dans l’action publique (2).

Lorsqu’un sociologue parcourt les travaux récents en économie de la santé (du moins les travaux orthodoxes), il ne peut s’empêcher de penser à “ l’erreur scolastique ” telle qu’elle a été soulignée par Pierre Bourdieu : “ L’homo oeconomicus tel que le conçoit (de manière tacite ou explicite) l’orthodoxie économique est une sorte de monstre anthropologique : ce praticien à tête de théoricien incarne la forme par excellence de la *scholastic fallacy*, erreur intellectualiste ou intellectualo-centrique, très commune dans les sciences sociales (...), par laquelle le savant place dans la tête des agents qu’il étudie (...) les considérations et les constructions théoriques qu’il a du élaborer pour rendre compte de leurs pratiques.”<sup>9</sup> Parce qu’évaluant le réel à l’aune du rationnel, voire confondant le réel et le rationnel (au sens très restrictif de la RAT), beaucoup de travaux “ normatifs ” en économie de la santé abolissent la frontière entre type-pur et réalité d’une part, et tendent à ignorer la logique propre des processus politiques d’autre part : les réformes et leur mise en œuvre sont alors évaluées, si ce n’est étalonnées, à l’aune de leur fidélité et de leur cohérence au regard de la théorie économique standard.

Le premier point soulève une question classique d’épistémologie des sciences (sociales) : la science économique orthodoxe peut-elle nourrir des ambitions d’expertise, étant donnée la parcimonie de ses hypothèses<sup>10</sup>, si ce n’est son indifférence aux différences, à la complexité du réel ? Ainsi par exemple la théorie de l’agence appliquée au système de soins peut-elle se faire “ normative ” eu égard à ce qu’elle économise dans son analyse, à savoir **la pluralité des logiques pratiques**, au profit d’une rationalité individuelle et substantielle dont le moins que l’on puisse dire c’est qu’elle semble *a priori* étrangère au monde médical, lequel au contraire de certains “ marchés économiques ”, fonctionne à la dénégarion des intérêts matériels et plus largement au “ symbolique ” (la même remarque vaudrait pour les activités politiques, culturelles, etc. autant de terrains d’investigation de l’économie généralisée) ? L’analogie, contrôlée, est certes une démarche féconde en sciences sociales : investir un objet avec une grille d’analyse inédite permet d’éclairer les phénomènes étudiés sous un jour nouveau (formulation de nouveaux problèmes ou résolution d’anciens) mais aussi, dans le même temps, de repérer des différences dans les similitudes. Toutefois la démarche devient contestable dès lors que, oubliant la restrictivité des hypothèses de départ, *de facto* transmuées en une sorte d’invariant anthropologique, la science économique “ élargie ” prétend non seulement détenir le monopole de l’explication (annexionnisme), mais aussi tend à confondre, en dépit de la prudence affichée des fondateurs de cette science, le type-pur (le modèle) et la réalité.

---

<sup>7</sup> Soubie (R.), *Santé 2010*, Paris, La Documentation française, 1993 ; Soubie (R.), Portos (J.-L.), Prieur (C.), *Livre Blanc sur le système de santé et d’assurance maladie*, Paris, CGP, 1994 ; Mougeot (M.), *Régulation du système de santé, Conseil d’Analyse Economique*, Paris, La Documentation française, 1999.

<sup>8</sup> Pour une histoire de l’économie de la santé et de ses relations avec les pouvoirs publics, Serre (M.), “ Quel rôle pour les économistes dans la réforme ? ”, *Actes du 1<sup>er</sup> Colloque International des Economistes Français de la santé : l’état de la réforme*, 2000

<sup>9</sup> Bourdieu (P.), *Les structures sociales de l’économie*, Paris, Liber, 2000, p. 256.

<sup>10</sup> Le fameux “ *Ricardian Vice* ” de Schumpeter.

On ne peut sur ce point qu'être interpellé par certaines préconisations de politique qui, fondées sur des hypothèses comportementales très restrictives, voire franchement improbables, engagent implicitement une théorie du changement social dont on peut douter raisonnablement de la validité.

Le deuxième point engage une question non moins cruciale : celle des rapports entre l'économie et la politique. On sait en effet que "l'économie, pour devenir science, a cessé, après les Classiques anglais et Marx, d'être politique, voire n'a plus vécu que du désir de ne plus en faire"<sup>11</sup>. Si cette posture originelle, intenable avec la socialisation croissante des économies, a été progressivement amendée dans le sens de la réintroduction du politique dans les analyses, il n'en demeure pas moins que cette "endogénéisation de l'Etat" s'est faite sur un mode "superficiel" qui sous-estime, voire néglige, l'épaisseur et la dynamique propre des processus politiques. Pour le dire d'un mot beaucoup de travaux semblent souscrire à une vision non seulement rationaliste mais aussi linéaire et balistique de l'action publique. En témoigne par exemple le peu de cas qui est réservé à la "faisabilité politique"<sup>12</sup> des réformes préconisées : ces dernières parce que fondées en Raison et parées des attributs extérieurs de la science, devraient s'imposer logiquement, d'elles-mêmes, à des "décideurs" supposés rationnels (toujours au sens de la RAT) et surtout omnipotents<sup>13</sup>. De surcroît la phase de mise en œuvre dans le cadre de cette perspective administrativiste ou *top down* est totalement dévalorisée : dans la mesure où des incitations sont censées assurer l'appropriation de la réforme par les acteurs de la mise en œuvre, supposés mus par leur *self-interest* et une rationalité substantielle (autant de dispositions au calcul supposées, on l'a vu, universelles), ce moment de l'action publique devient négligeable, "transparent", bref affaire de "technique", au regard des phases décisives que sont l'élaboration de la politique, laquelle doit être intellectuellement cohérente, et la décision. Cette conception implicite (et naïve ?) des processus politiques se retrouvent en aval des réformes effectivement menées qui font généralement l'objet de deux types de lecture par les économistes de la santé : soit sont déplorés l'incomplétude, l'incohérence, les contradictions la timidité de politiques publiques, vouées dès lors à l'échec (ce qui légitime en retour une place plus grande pour les économistes dans le processus décisionnel), soit est soulignée au contraire la cohérence des dispositifs au regard des enseignements de la théorie économique.

## 1.2 La réforme de 96 vue par les économistes orthodoxes.

Les ordonnances de 1996 peuvent en effet être lues comme la consécration de l'économie de la santé tant les dispositifs adoptés semblent répondre aux questions soulevées par la théorie de l'agence<sup>14</sup>, notamment dans le rapport Soubie. Ainsi la création des Agences régionales de l'Hospitalisation substitue un superviseur unique pour le public et le privé, chargé de l'allocation budgétaire et responsable de budgets régionalisés à des tutelles "éclatées" donc affaiblies, souvent de collusion avec les établissements pour s'opposer à la politique rationalisatrice du centre. Ce renversement des rapports de force au profit de la tutelle, outre qu'elle permettrait une mise en concurrence plus large des établissements publics et privés dans le cadre régional, inciterait les établissements hospitaliers à accroître leur niveau d'effort (diminution de l'alea moral). De surcroît, la mise en place du PMSI, de mécanismes de révélation des coûts et de procédures d'audit (accréditation) permettraient de réduire les risques d'antisélection en rendant observables les caractéristiques de l'établissement avec lequel l'ARH doit signer un contrat d'objectifs et de moyens, mais aussi d'alea moral dans la mesure où, soumis à une pression concurrentielle accrue de la part de l'ARH et à une observabilité plus grande de ses efforts, chaque établissement serait incité à accroître sa performance en termes de coûts et de qualité dans la perspective de la renégociation du contrat. Confronté à une telle transformation de leur environnement, les hôpitaux devraient procéder à une refonte de leur organisation et gestion internes dans le sens de l'instauration de mécanismes incitatifs identiques à ceux mis en place par la tutelle (création de centres de responsabilité, usage interne des données PMSI, contractualisation interne, etc.).

---

<sup>11</sup> Lehingue (P.), "L'analyse économique des choix électoraux ou comment choisir d'économiser l'analyse. I. "L'analyse économique de la politique" dans le champ de la science économique américaine", *Politix*, 40, 1997.

<sup>12</sup> Sur ce point on lira avec profit l'ouvrage de G. Majone, *Evidence, Argument and Persuasion in the policy process*, Yale University Press, 1989.

<sup>13</sup> L'élaboration des politiques publiques économiques ou autres, devraient en quelque sorte être avant tout l'affaire des économistes dans la mesure où leurs préconisations reposeraient sur des "lois", supposées universelles, dont le politique ne saurait s'affranchir sans encourir l'échec. Cf. Lebaron (F.), *La croyance économique. La science économique entre science et politique*, Paris, Liber, 2000.

<sup>14</sup> Pour un cas idéal-typique de ce type de lecture : Cueille (S.), Renucci (A.), "Responsabilisation des acteurs dans les hôpitaux publics français : analyse des dernières réformes juridiques", *Politiques et management public*, 18(2), 2000.

Face à de telles lectures, très “intellectualistes”, des ordonnances de 1996 par les économistes, le politiste se doit de rappeler la spécificité des processus politiques, leur logique irréductible.

1. L'action publique est le produit de la confrontation de rationalités, de représentations et d'intérêts souvent divergents qui ne se concilient souvent qu'au prix de compromis **ambigu**. Dès lors les connaissances et les instruments de la science économique, loin de tirer leur force de persuasion de leur cohérence intellectuelle interne et de leur légitimité scientifique, ne seront incorporées à l'action publique que si des groupes ou des institutions ont intérêt à se les approprier dans la logique des conflits et des négociations entre acteurs de la politique publique considérée. Comme l'écrivent Bruno Jobert et Dominique Damamme, à propos de la politique de protection maladie, “une orientation de politique peut survivre durablement à des diagnostics de crise et de dysfonctionnements posés par des experts.”<sup>15</sup> De fait, le référentiel négocié par les acteurs d'une politique publique donnée, est un “hybride” c'est-à-dire un arrangement plus ou moins cohérent et ambigu d'“idées” produites dans des espaces sociaux obéissant à leur logique propre : le “forum scientifique” (le paradigme néo-classique et sa déclinaison en économie de la santé), le “forum politique” (programmes et idéologies), le “forum professionnel” (les différents modèles de l'exercice de la médecine prônés par les organisations syndicales).
2. Le sens d'une réforme est un enjeu de luttes entre de multiples agents qui cherchent à imposer leur interprétation comme la seule légitime, luttes qui renforcent l'ambiguïté des objectifs et des principes d'action de l'action publique.
3. La mise en œuvre d'une réforme, loin d'être un moment “négligeable”, est au contraire une phase clé au cours de laquelle la direction et le sens de l'action publique se révèlent, sinon de déterminent.

Ce sont ces points que nous allons développer.

### 1.3 Le sens de la réforme hospitalière comme enjeu de luttes

Si l'on revient aux ordonnances de 1996, et que l'on met ces dernières en perspective, on s'aperçoit que leur belle cohérence au regard des théories économiques standard dans le domaine de la santé, de même que leur nouveauté radicale peuvent être mises en doute.

Tout d'abord, nombre des thèmes directeurs des ordonnances de 96, tels que la “responsabilisation”, la “contractualisation”, l'“évaluation” sont récurrents dans le discours et les textes de la politique hospitalière depuis le début des années 80, sans que l'esprit gestionnaire ainsi prôné ne connaisse une implantation large et durable dans le monde hospitalier. Par contre, il est notable que ces principes d'action ont reçus des significations différentes au cours de ces vingt dernières années : alors que de 1982 à 1986, sous l'impulsion de Jean de Kervasdoué, alors Directeur des hôpitaux, ces thèmes prenaient leur sens dans le discours de “l'hôpital entreprise” et la volonté de transférer les techniques de management du privé au secteur hospitalier public<sup>16</sup>, ils ont été présentés - particulièrement le thème de la responsabilisation- comme les axes directeurs de la “politique de Renouveau du Service Public” et de la “méthode Rocard”<sup>17</sup> fondée sur le contrat et la concertation. A ce titre ils appartiennent au discours plus englobant de la “modernisation de l'Etat” ; autrement dit, loin d'être spécifiques au secteur de la santé, ces principes d'action participent plus largement de la dynamique de diffusion des préceptes de la nouvelle gestion publique à l'ensemble des politiques publiques<sup>18</sup> et notamment aux politiques sociales. De même si la réforme comporte en matière d'instrumentation gestionnaire des innovations indéniables, dont la plus notable est la création des Agences régionales de l'Hospitalisation, des instruments aussi divers que le contrat, le PMSI, les centres de responsabilité ou encore la comptabilité analytique font depuis plusieurs années l'objet de tentatives (plus ou moins heureuses) d'acclimatation dans le secteur public hospitalier, à l'initiative de la Direction des hôpitaux. On peut certes introduire une rationalité ou une cohérence *a posteriori* dans ces outils de gestion et donc affirmer que ces derniers font système ; il n'empêche qu'ils sont apparus à des moments distincts, ont été inégalement valorisés et présentés de manières très différentes selon les périodes. Aussi la réforme de 1996 se distingue moins par la nouveauté radicale des principes et des recettes d'action publique, puisqu'elle puise largement dans le “répertoire de solutions” élaborés depuis les années 80 pour réformer l'Etat et les services publics en général et l'hôpital en particulier, que par le souci de

---

<sup>15</sup> Damamme (D.), Jobert (B.), “Pluralité des répertoires et genèse d'un référentiel”, *Communication au 50<sup>ème</sup> Congrès de l'Association Française de Science Politique*, Rennes, 28 septembre/1<sup>er</sup> octobre 1999.

<sup>16</sup> Joncour (Y.), “La régulation du service public hospitalier : une “greffe” des techniques du management privé ?”, *Politiques et management public*, 5(3), 1987.

<sup>17</sup> Chaty (L.), *L'administration face au management*, Paris, L'Harmattan, 1997.

<sup>18</sup> Merrien (F.-X.), “La nouvelle gestion publique : un concept mythique”, *Liens social et politiques*, 41, 1999

systématisation et de mise en sens de ces solutions. Toutefois, cette mise en sens n'a pas dissipé toutes les ambiguïtés.

En effet, la réforme hospitalière de 1996 a fait l'objet d'interprétations contradictoires puisque certains y ont surtout vu un "retour de l'Etat", via un renforcement de la tutelle étatique (opposabilité des annexes des SROS, création des Agences régionales de l'Hospitalisation par exemple), motivé par des préoccupations étroitement budgétaires, bref un net recul par rapport à la lettre et l'esprit de la réforme hospitalière de 1991, tandis que d'autres (parmi lesquels certains économistes nous l'avons vu) ont surtout retenu de cette réforme les notions de responsabilisation, de contractualisation et d'évaluation et l'ont interprétée comme un véritable tournant pour la politique hospitalière, laquelle passerait, dans cette optique, d'une logique de contraintes (financière et réglementaire) à celle de régulation, i.e. de l'objectif de maîtrise des dépenses de santé à celui d'efficience. L'exemple du contrat permet de mesurer l'ampleur de la divergence des interprétations de la réforme de 1996.

Le contrat qui lie l'Agence régionale de l'Hospitalisation aux établissements peut être analysé dans la perspective de la théorie économique comme le moyen de parvenir à un optimum de second rang dans le cadre d'une relation d'agence : dès lors que la tutelle dispose des informations pour mesurer l'effort des établissements, tant du point de vue de la productivité que de celui de la qualité des prestations (grâce au PMSI et à l'accréditation), il lui est possible de mettre en concurrence les établissements de son ressort et de négocier de manière "éclairée", incitant ceux-ci à améliorer leur "performance". Des juristes, à l'inverse, ont pu démontrer que l'outil contractuel a d'abord été conçu comme un moyen de limiter l'autonomie des établissements, perçue comme le facteur principal de dérive des coûts<sup>19</sup>. Quelle interprétation est la bonne ? A vrai dire la question d'un point de vue sociologique n'a guère de sens puisqu'il n'appartient pas au sociologue de trancher dans ces conflits d'interprétation. Par contre force est de constater la persistance du flou qui entoure la finalité de l'outil, flou qu'entretiennent ces luttes symboliques : c'est qu'en réalité, la réforme de 1996 tente de concilier régulation hiérarchique (volet planification) et régulation marchande (volet contractualisation)<sup>20</sup> et que de ce fait l'ambiguïté lui est inhérente. Plus profondément, c'est la notion de contrat qui est elle-même polysémique puisqu'elle renvoie à deux registres de sens : celui de la délibération politique (mystique du contrat de société, du commandement fondé sur l'autorité d'un principe supérieur : l'intérêt général) et celui du marché (philosophie libérale et utilitariste du contrat synallagmatique où s'accordent les volontés d'individus supposés égaux et libres)<sup>21</sup>. La diffusion de la démarche contractuelle est celle d'une "normativité hybride" mêlant les catégories du droit et celui de la performance, des principes de légitimité antinomiques, hybridation qui en quelque sorte assure son succès. Mais on mesure combien on ne peut pas *a priori* trancher la question de savoir si le contrat dans la réforme hospitalière de 96 constitue un "leurre" ou le signe de la volonté réelle des pouvoirs publics de changer leurs relations avec les établissements : s'il n'est pas possible de prendre au pied de la lettre les principes d'égalité et de liberté contractuelles, seules, en définitive, des investigations empiriques pourront montrer l'existence de situations différenciées de hiérarchisation des relations contractuelles.

L'histoire du PMSI fournit un autre exemple des significations diverses, si ce n'est contradictoires qu'est susceptible de recevoir un instrument gestionnaire.

Pour comprendre la trajectoire de cet outil il est nécessaire de souligner au préalable le coup de force symbolique qu'il réalise. En effet, il faut rappeler, pour saisir la capacité instituante<sup>22</sup> (et pas seulement métrologique) de cet instrument, que le produit hospitalier est largement indéterminé, autrement dit qu'il n'existe pas *a priori* de définition du contenu objectif et mesurable de ce dernier<sup>23</sup>. Idéalement l'hôpital combine des facteurs pour produire une amélioration de l'état de santé des patients soignés ; un indicateur "réaliste" de la "performance" hospitalière serait ainsi le différentiel d'état de santé des patients entre leur admission et leur sortie. Mais ce différentiel est difficilement objectivable. Comment dès lors appréhender la "performance" ou la "qualité" d'une organisation multi-produits (à la limite un par patient), multi-activités (gamme large de services proposés)

---

<sup>19</sup> Hardy (J.), "le contrat dans la réforme hospitalière du 24 avril 1996", *Revue française des affaires sociales*, 11, 1997.

<sup>20</sup> Moisdon (J.-C.), "Les contrats dans le nouveau système hospitalier : renaissance d'une instrumentation", *Droit social*, "Le plan Juppé III", 1997.

<sup>21</sup> Gaudin (J.-P.), *Gouverner par contrat. L'action publique en question*, Paris, Presses de sciences Po, 1999.

<sup>22</sup> Desrosières (A.), *La politique des grands nombres*, Paris, La découverte, 1993.

<sup>23</sup> Cette difficulté est inhérente au secteur des services où, comme le souligne S. Béjean "le concept de produit perd de son intérêt et de sa signification dans la mesure où le résultat final est très largement déconnecté du produit immédiat (les prestations fournies) et fait intervenir, simultanément, les caractéristiques et l'activité propre des agents bénéficiaires". Béjean (S.), *Economie du système de santé. Du marché à l'organisation*, Paris, Economica, 1994, p. 55-56.

et dont l'activité est marquée par une incertitude importante à la fois au niveau des processus de production et des résultats ? Jusqu'aux années 80 le produit de l'hôpital donné a été apprécié à partir des "quatre vieux", à savoir le nombre d'admissions, le nombre de journées, la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation des services. Mais cette convention a été jugée peu satisfaisante puisqu'en fait ces indicateurs ne correspondent ni à l'objectif de l'hôpital, ni à celui du patient et constituent en fait plus des indicateurs de moyen que de résultat. C'est en partie à cette insatisfaction éprouvée face aux indicateurs traditionnels que tente de répondre le PMSI : la production de l'hôpital est alors appréhendée par son *case-mix*, c'est-à-dire le nombre de séjours dans chaque Groupe Homogène de Malade, dont il est théoriquement possible, pour chaque hôpital, de connaître le prix de revient (valeur du point ISA). Dans la version américaine, les DRG, chaque établissement est rémunéré pour une prise en charge relevant d'un GHM donné selon un prix moyen calculé en fonction du coût moyen observé dans un échantillon d'hôpitaux. L'ensemble du dispositif repose sur un certain nombre de définitions et de postulats, donc autant de choix implicites qu'il convient d'explicitier :

- Le PMSI véhicule une conception étroitement économique de l'hôpital<sup>24</sup>. Ce dernier est appréhendé exclusivement comme un producteur de séjours orientés vers le diagnostic et le traitement. Il est donc appréhendé comme une entreprise mono-produit dont la productivité est calculée sur la base du ratio service rendu (pathologies soignées)/ressources consommées. En cela, comme le souligne Philippe Mossé, la mise en œuvre du PMSI risque d'accentuer encore la tendance des acteurs à raisonner en séjours de plus en plus courts et médicalisés au détriment de la dimension sociale de l'activité hospitalière (utilisation du temps hospitalier pour procéder à une réinsertion par la santé)<sup>25</sup>.
- La "performance" hospitalière réside essentiellement dans la minimisation des coûts de production pour chaque GHM. L'évaluation de la performance portée par le PMSI est donc de nature technique et internaliste. Les coûts de revient (les seuls pris en compte) de chaque établissement sont comparés à ceux d'un "hôpital moyen", "réalité" instituée par l'instrument lui-même, posé *ab initio* comme idéal à atteindre.

Lors d'un mini-colloque organisé par l'INSERM pour encourager le développement des indicateurs des performances médicales des filières de soins, Alain Letourmy a pu constater combien les définitions axiologiques objectivées dans l'instrument PMSI étaient sujettes à contestation de la part d'acteurs hospitaliers qui, selon leurs intérêts (*lato sensu* : matériels et symboliques) spécifiques, ont des points de vue très différents sur ce qu'est l'hôpital, son activité, sa performance<sup>26</sup> :

- Si l'on s'en tient à une conception de l'hôpital comme "entreprise" mono-produit, il est possible d'objecter que l'instrument se focalise sur le service rendu (le nombre de points ISA) et ne prend pas en compte le résultat du service (qui pourrait être approché par le taux de réhospitalisation précoce, le taux d'infections nosocomiales, le taux de mortalité consécutif à une hospitalisation).
- Mais, critique plus radicale encore, "il peut paraître plus réaliste de considérer que le produit hospitalier est multiple et que la notion de performance doit rendre compte de cette pluralité"<sup>27</sup> : dans cette perspective pluraliste doivent être pris en considération dans l'appréciation de la performance la qualité des procédures de soins, les résultats obtenus ou encore la satisfaction des malades traités, ce que ne fait en aucune façon le PMSI, tout entier polarisé sur le coût de fonctionnement des établissements. L'adoption d'une définition plurielle de la performance apparaît au total peu compatible avec la notion de "productivité" des économistes.
- Au final les participants à ce colloque relativisent la conception de l'organisation hospitalière qui sous-tend un instrument comme le PMSI : les praticiens insistent sur la dimension médicale de l'organisation et donc sur son irréductible spécificité par rapport aux autres entreprises de service, les directeurs soulignent l'importance des missions sociales de l'hôpital (non prises en compte par le PMSI), les élus mettent en avant les impératifs de l'emploi local et de l'aménagement du territoire, etc. Autant de dimensions de l'organisation qui, pour A. Letourmy, ne peuvent être négligées au profit d'une conception étroitement économique et appauvrie de l'hôpital et de son activité : il faut ainsi selon lui "éviter de réduire l'hôpital à des modèles qui ne rendent pas compte de sa complexité et des enjeux multiples qu'il suscite"<sup>28</sup>.

<sup>24</sup> Ce que la genèse de l'instrument permet d'éclairer pour une bonne part.

<sup>25</sup> Mossé (P.), *Le lit de Procuste*, Toulouse, Erès, 1997

<sup>26</sup> Letourmy (A.), "PMSI et performance hospitalière : enseignements d'un mini-colloque de l'INSERM", dans Saily (J.-C.), Lebrun (T.) (Dir.), *Dix ans d'avancée en économie de la santé*, Paris, John Libbey, 1997

<sup>27</sup> Letourmy (A.), "PMSI et performance hospitalière", art. cit.

<sup>28</sup> Ibid.; cf. aussi, Lombrail et al., "Les éléments de la "performance" hospitalière. Les conditions d'une comparaison", DREES, coll. "Etudes et résultats", 42, 1999.

Une fois prise la mesure de l'ampleur des divergences des attentes des acteurs hospitaliers à l'égard de l'outil PMSI, le caractère sinueux de son histoire est alors très compréhensible<sup>29</sup>. Lancé en 1982 par le directeur des hôpitaux de l'époque, Jean De Kervadoué, dans le but de rationaliser l'allocation des ressources entre hôpitaux, le discours adopté par la DH sur l'expérimentation PMSI va rester volontairement ambigu sur les objectifs pour attirer les hôpitaux et ne pas heurter le corps médical : se mêlent à la fois la perspective d'une informatisation des hôpitaux, celle d'une allocation plus juste des ressources ou de création de bases de données épidémiologiques. La définition des usages du PMSI est en effet lente à se dessiner. Dans les premières années d'expérimentation (de 1982 à 1986) au cours desquelles sont préparés les principaux textes réglementaires, les discours mettent l'accent sur l'utilisation du PMSI comme un correctif de l'allocation budgétaire. Mais cette utilisation est différée en raison de l'hostilité des médecins et des réticences d'une majorité de directeurs d'établissements peu favorables à un partage de l'information sur leur production et leur coût qui irait à l'encontre d'une pratique de négociation à la hausse de leurs moyens. Le changement de majorité en 1986 tend à ralentir le PMSI tout en affirmant la nécessité d'une médicalisation de l'information médicale. Le programme est relancé au début des années quatre-vingt-dix autour de plusieurs objectifs : le PMSI est à la fois un outil de gestion interne à l'établissement, un moyen de remédier aux inégalités de dotation budgétaire et enfin un outil permettant de développer une tarification à la pathologie pour les cliniques privées. Le PMSI se généralise dans les hôpitaux publics à partir de 1989, avant d'être conforté par l'obligation faite à l'ensemble des hôpitaux d'évaluer leur activité en terme de coût et de qualité des soins (loi hospitalière de 1991) et par l'obligation de produire des Résumés de sortie Standardisés. Le PMSI est expérimenté à partir de 1993 en Languedoc-Roussillon à la fois dans le public et dans le privé pour corriger les allocations budgétaires. A partir de cette période, le PMSI est alors compris comme un élément de contractualisation entre l'établissement et la tutelle et comme un outil de comparaison des performances entre les établissements (y compris entre le public et le privé avec l'extension du PMSI au secteur privé en 1997). La finalité du PMSI dans le financement des établissements a donc pris son sens récemment en s'intégrant dans un ensemble de nouvelles orientations de la politique hospitalière (régionalisation, projet d'établissement, contrat d'objectifs, accréditation...).

L'expérience du PMSI montre clairement que plus les conventions et les hypothèses qui sous-tendent un outil gestionnaire sont étrangères aux logiques pratiques des acteurs de terrain, plus les conflits d'interprétations autour de ce dernier sont nombreux. On a ainsi pu constater que chercheurs, praticiens, administrateurs hospitaliers, administrations de tutelle nourrissent et nourrissent encore des attentes fort disparates à l'égard du PMSI, défendant des visions différentes de cet outil, qu'il s'agisse de ses fonctionnalités ou de la logique de son utilisation. L'indécision du Ministère quant aux usages du PMSI, dont la présentation a considérablement varié selon les périodes, a reflété au moins autant qu'elle a produit ces luttes autour d'un instrument que chaque groupe d'acteurs cherchaient à s'approprier, en fonction de sa logique et de ses intérêts propres. L'ambiguïté du projet, le brouillage des finalités de l'instrument sont allés croissants, ce qui, face à des systèmes locaux de soins fortement structurés et largement autonomes par rapport aux injonctions de l'administration centrale<sup>30</sup>, ne pouvait que ralentir sa mise en œuvre. Cependant, nous le verrons, l'ambiguïté n'a pas que des inconvénients (ou elle n'en a que du point de vue du gestionnaire) puisque, à l'instar de la démarche contractuelle, elle favorise l'implantation d'un instrument *a priori* peu compatible avec les représentations indigènes du monde médical<sup>31</sup>, et plus généralement hospitalier.

#### 1.4. La politique hospitalière en quête de sens

On l'aura compris, la caractéristique la plus marquante des politiques hospitalières de ces vingt dernières années est l'ambiguïté, et par là, leur faible lisibilité. Ambiguïté des objectifs tout d'abord : maîtrise des dépenses de santé, équité, efficacité, aménagement du territoire, voire emploi, sont autant de finalités qui sont venues, au gré des conjonctures, se superposer. Ambiguïté des principes d'action ensuite : de "l'hôpital administration" - soumis au rationnement budgétaire et à un carcan réglementaire de plus en plus oppressant - "l'hôpital entreprise" - qui, responsabilisé financièrement et doté de l'autonomie de gestion, cherche dans un cadre concurrentiel à accroître sa performance - ou "l'hôpital en réseau" - qui dans le cadre d'une planification "démocratique" cherche à développer des complémentarités avec d'autres établissements et à mener des actions de partenariat -, aucun modèle ne semble définitivement l'emporter. Les notions de concurrence, de contrainte, de planification régionale, bien qu'inégalement saillantes selon les périodes et les impératifs gouvernementaux

<sup>29</sup> Engel (F.) et al., *La démarche gestionnaire à l'hôpital. Le PMSI*, Paris, Seli Arslan, 2000 (chapitres 3 et 4).

<sup>30</sup> Souteyrand (A.P.), Contandriopoulos (A.P) (Dir.), *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, Paris, John Libbey, 1996 ; Engel (F.), Moisdon (J.C.), Tonneau (D.), "Contrainte affichée ou contrainte réelle ? Analyse de la régulation du système hospitalier français ", *Sciences sociales et santé*, 8(2), 1990

<sup>31</sup> Ogien (A.), *Les conditions de la mesure de l'efficacité en matière de santé*, Paris, MIRE, 1998 (chapitre 3 : "Gérer la santé"); du même auteur "La volonté de quantifier", *Annales HSS*, 2, 2000.

du moment, coexistent de manière plus ou moins pacifique. Ambiguïté des instruments enfin comme nous l'avons vu supra pour le PMSI et le contrat. Ainsi les politiques hospitalières semblent osciller entre deux pôles. D'une part celui des politiques processuelles selon l'expression de Pierre Lascoumes : parce que les autorités publiques sont confrontées à la complexification des problèmes, l'hétérogénéité des enjeux et des acteurs impliqués l'action publique, "les politiques publiques sont de plus en plus des "politiques d'organisation" au sens où les décisions qu'elles objectivent et les choix d'instruments qu'elles opèrent portent davantage sur des procédures que sur la définition de contenus substantiels"<sup>32</sup>. Ces politiques cherchent à territorialiser l'action publique en construisant des lieux d'activités et d'échanges entre acteurs hétérogènes et la négociation de significations communes et d'actions de coopération, comme les Comités Régionaux d'Organisation Sanitaire ou les Conférences régionales de santé. Cependant, et c'est l'autre pôle, les pouvoirs publics, peu enclins à partager leurs prérogatives (notamment avec l'assurance maladie) sur l'hospitalisation publique et à s'engager dans la voie d'une décentralisation de la gestion du système de santé, continuent d'assurer leur emprise sur le secteur<sup>33</sup>. La création des ARH en 1996 peut ainsi s'analyser comme une régionalisation-déconcentration caractéristique des systèmes centralisés. Au final, le choix entre une régulation centralisée, concurrentielle ou territorialisée n'a toujours pas été fait, du moins publiquement<sup>34</sup>.

Cette ambiguïté pourra être déplorée dans la perspective normative qui est (souvent) celle de l'économiste ou du gestionnaire, lesquels pourront en appeler à une "nécessaire" ou "inévitabile" clarification du sens de l'action publique. Le politiste quant à lui prend acte de cette ambiguïté, laquelle se retrouve peu ou prou dans toutes les politiques publiques, même si c'est de façon moins prononcée que dans le champ hospitalier, et tente d'en rendre raison.

### 1.5. Action publique et ambiguïté

Le caractère hybride des référentiels de politique publique a déjà été souligné : "C'est ainsi que le débat des politiques publiques est amené à reprendre des concepts et des notions formulés ailleurs, dans des contextes différents, qu'il adapte, dégrade, hybride (...) toute activité d'importation/exportation inter-forums induira une déformation plus ou moins marginale de celle-ci"<sup>35</sup>. Autrement dit évaluer les politiques publiques selon les critères et les règles de la science n'a guère de sens<sup>36</sup> car ce qui est en jeu dans la construction d'un référentiel, c'est "la recherche d'un mode de définition de la réalité sociale qui rend possible l'obtention d'un compromis entre les différentes parties prenantes sur la politique publique à mettre en œuvre."<sup>37</sup> On comprend ainsi que les "idées" élaborées par l'économie de la santé ne sont pas assurées de trouver "preneurs" chez les *decisionmakers*, et qu'au demeurant si c'est le cas, cette intégration sera effectuée selon la logique de l'espace social d'accueil. Trouver un mode de définition de la réalité acceptable par tous les protagonistes de la politique hospitalière suppose en effet de laisser persister un malentendu, un certain flou sur la définition des termes<sup>38</sup>, les usages des instruments de gestion et, plus fondamentalement sur les objectifs poursuivis. Par conséquent il convient de rompre avec la vision linéaire et rationnelle de l'action publique qui n'est pas réaliste au profit de grilles d'analyse qui fassent leur place à l'incertitude et à la polysémie. A cet égard le cadre analytique développé par J.G. March et J.P. Olsen, structuré autour des notions d'"anarchie organisée" et d'"ambiguïté"<sup>39</sup>, paraît plus adapté à l'étude des politiques publiques hospitalières. L'anarchie naît du grand nombre d'acteurs impliqués, de la diversité des intérêts institutionnels et organisationnels en présence ; de la

---

<sup>32</sup> Lascoumes (P.), "L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'actions publique", dans Chevallier (J.) (Dir.), *La gouvernabilité*, Paris, PUF, CURAPP, 1997.

<sup>33</sup> L'Huillier (M.-C.), Catrice-Lorey (A.), "Construction des politiques de régulation du secteur hospitalier", *Politiques et management public*, 10(2), 1992

<sup>34</sup> Schweyer (F.-X.), "La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'Etat ou territorialisation", *Politiques et management public*, 3, 1998

<sup>35</sup> Fouilleux (E.), "Entre production et institutionnalisation des idées : la réforme de la politique agricole commune", *Revue française de science politique*, 50(2), 2000, pp. 283-284.

<sup>36</sup> C'est la raison pour laquelle le terme de "paradigme" pour qualifier la matrice cognitive et normative d'une politique publique semble inadéquat : le paradigme, au sens kuhnien, renvoie à une cohérence logique de type scientifique que l'on ne trouve que rarement (sinon jamais) dans le monde politique.

<sup>37</sup> Fouilleux (E.), art. cit.

<sup>38</sup> Comme l'a démontré Marina Serre pour la maîtrise médicalisée. Serre (M.), *La maîtrise médicalisée. Du mot d'ordre à la loi Teulade*, mémoire pour le DEA de science politique sous la direction de Michel Offerlé, Paris I, 1995.

<sup>39</sup> Baier (V.E.), March (J.G.), Saetren (H.), "décision et mise en œuvre : une série d'ambiguïtés" dans March (J.G.) (dir.), *Décisions et organisations*, Paris, Editions d'organisation, 1991 ; March (J.G.), Olsen (J.P.) (Dir.), *Ambiguity and choice in organisations*, Bergen, Universeilfortlaget, 1976.



différenciation des objectifs propres comme de l'inégale mobilisation des acteurs ; du développement de relations de partenariat et de la faiblesse de la coordination, etc. Surtout March et Olsen insiste sur la fonctionnalité de l'ambiguïté. Car, loin d'être un simple effet pervers, elle est le produit de l'hétérogénéité de l'univers de l'action publique qui oblige les acteurs aux représentations, aux identités, aux appartenances, et aux intérêts très divers à coopérer de manière plus ou moins conflictuelle. Aussi bien, les "idées" (plus ou moins objectivées dans un instrument gestionnaire comme le PMSI) peuvent prendre parce que des agents jouant des "jeux" différents y trouvent leur compte ; l'ambiguïté garantit alors une circulation élargie des "idées" en leur permettant d'être appropriées différemment en fonction des jeux locaux.

Le secteur hospitalier cumule les propriétés génératrices d'ambiguïtés, et en premier lieu l'extrême diversité des intérêts institutionnels et organisationnels en présence : si l'agenda est contrôlé par les hommes politiques, ces derniers ne semblent pas avoir de ligne d'action claire. En effet la politisation du déficit de la sécurité sociale le conduit à multiplier les effets d'annonce en matière de restructurations hospitalières et de fermeture autoritaire de lits. Cependant, dans le même temps, attentifs aux coûts électoraux des mobilisations au sein du monde hospitalier, sensibles aux pressions particularistes des nombreux segments organisés de la profession médicale – en particulier des hospitalo-universitaires –, des élus locaux (*via* la puissante FHF) et des directeurs d'hôpital (SNCH), ils ont l'obsession de la concertation permanente et font preuve d'une extrême prudence tactique sur un enjeu considéré comme politiquement "sensible". De plus il n'y a pas dans le monde hospitalier de groupes d'intérêt suffisamment larges et puissants avec lesquels pourrait être engagé un "échange politique" au niveau central. Le caractère pluraliste du réseau de politique de protection maladie en France<sup>40</sup> empêche ainsi la formalisation d'un accord durable entre les pouvoirs publics et les intérêts du secteur (sur le modèle allemand), accord qui permettrait non seulement d'assurer une certaine continuité de l'action publique mais, plus encore, de garantir la mise en œuvre des politiques ainsi co-produites<sup>41</sup>. Ce pluralisme est renforcé par la multiplicité des administrations impliquées dans la production des politiques hospitalières : si l'administration des Finances apparaît très puissante, en particulier en raison de son quasi monopole en matière d'expertise économique et sociale<sup>42</sup>, elle n'est pas omnipotente : elle doit compter avec l'administration de l'Intérieur (sur les questions d'aménagement du territoire), celle de l'éducation nationale et surtout, depuis le début des années 90, avec un groupe de hauts fonctionnaires innovateurs, porteurs d'un référentiel économique et gestionnaire inédit dans l'administration sanitaire et sociale, traditionnellement dominée par des énarques à la compétence principalement juridique. L'accès de cette nouvelle "élite du Welfare"<sup>43</sup>, ou de ce "club"<sup>44</sup>, dont les membres sont familiers des travaux d'économie de la santé, aux postes de direction dans les administrations centrales (Direction des Hôpitaux, Direction de la Sécurité Sociale) du ministère de la Santé ou encore des caisses d'assurance maladie a coïncidé avec le lancement d'une série de réformes de la gestion interne et externe des établissements hospitaliers. C'est par l'intermédiaire de ces hauts fonctionnaires que les idées produites par l'économie de la santé intègrent le processus décisionnel, mais au prix d'une sélection et d'une retraduction afin de rendre ces dernières accessibles et recevables par les politiques et au delà par les acteurs du secteur.

---

<sup>40</sup> Hassenteufel (P.), *Les médecins face à l'Etat*, Paris, Presses de science Po, 1997.

<sup>41</sup> Cette fragmentation de la représentation organisée des intérêts remet en cause le modèle du "corporatisme sectoriel" dans le secteur hospitalier tel qu'il a été décrit par Bruno Jobert et Pierre Muller (*L'Etat en action*, Paris, PUF, 1987, p. 184 et s.). Si, pendant les "vingt glorieuses de l'hôpital", ces auteurs ont souligné la forte interaction entre le segment professionnel des hospitalo-universitaires et une partie de l'administration, ils n'en ont pas moins précisé que l'influence de ce segment n'avait pas débouché sur l'institutionnalisation forte des échanges politiques. L'influence des hospitalo-universitaires reposait (et repose toujours quoique dans une moindre mesure) davantage sur leur prestige, leurs réseaux d'influence personnel, la valorisation sociale de la médecine de pointe curative et technique. Depuis, la division et la conflictualité croissantes du syndicalisme médical, la mobilisation d'autres professions et métiers de la santé, entre autres, rendent de plus en plus hypothétique la figure du "médiateur" dans ce secteur. Ainsi l'une des explications essentielles du brouillage grandissant de l'action publique réside dans le fait que les pouvoirs publics ne disposent pas d'interlocuteurs puissants et structurés, d'"alliés" pour mener à bien la réforme du système hospitalier.

<sup>42</sup> Jobert (B.), *Le social en plan*, Paris, Les Éditions ouvrières, 1981.

<sup>43</sup> Hassenteufel (P.) et al., *L'émergence d'une "élite du Welfare" ?*, Paris, MIRE, 1999. Le Commissariat Général du Plan constitue le point de ralliement d'une nébuleuse réformatrice qui, outre ces hauts fonctionnaires, est constituée d'économistes de la santé, de spécialistes de gestion et de syndicalistes proches de la CFDT. Les principaux rapports des années 90, en particulier le rapport Soubie, sur la réforme du système de santé ont été produits dans ce cadre.

<sup>44</sup> Gazeau (M.H.) et al., *Le fonctionnement de l'administration : de l'instrumentation au processus de production*, Paris, Ecole des Mines, 1996.

Dans ce contexte d'extrême éclatement de la représentation organisée des groupes professionnels (en particulier des praticiens hospitaliers), de segmentation de l'Etat, d'hétérogénéité des représentations et des visions du monde hospitalier, on comprend que "l'action publique, à ce niveau, se réoriente par à coups et en lignes brisées, sans se redéfinir."<sup>45</sup> En forçant le trait, on peut dire que les politiques publiques hospitalières de ces vingt dernières années sont le produit d'un bricolage, lequel consiste en "un ensemble d'activités visant à résoudre certains problèmes (qu'ils soient domestiques ou politiques) survenant en fonction d'un calendrier relativement contingent (à la fois programmé et improvisé en fonction d'urgences mais aussi de disponibilités en temps variables), au moyen de savoir-faire, d'outils, de technologies disponibles mais plus ou moins appropriés, voire incertains. Le bricolage institutionnalisé apparaît comme un mode de gestion des chaînes et des systèmes complexes de relations, de contraintes et d'interdépendances multiples et changeantes."<sup>46</sup>

En rester à la phase d'élaboration et de production des politiques publiques demeure toutefois insuffisant dans la mesure où le sens de l'action publique, s'il n'est pas donné *a priori* (il l'est rarement), se révèle, voire se fixe, souvent à l'occasion de la mise en œuvre. C'est cette phase cruciale de l'action publique hospitalière que nous nous proposons, à partir de quelques exemples, d'explorer (sommairement) maintenant.

## 2. QUAND LES LOGIQUES PRATIQUES SE JOUENT DE LA LOGIQUE LOGIQUE

La mise en œuvre des politiques publiques apparaît en effet comme la continuation du processus décisionnel. Comme l'écrivent J.C. Thoenig et Y. Mény, "pressions, négociations, marchandages : la mise en œuvre est la poursuite de la lutte politique sous des formes spécifiques. L'ambiguïté des textes, la flexibilité des dispositions, prolongent le jeu politique jusqu'à l'exécutant."<sup>47</sup> La rupture avec la perspective administrativiste ou *top down* nécessite de prendre en considération le fait que la mise en œuvre est une action collective dans laquelle sont engagés une pluralité d'acteurs (les metteurs en œuvre mais aussi les assujettis) qui sont liés par des relations complexes d'interdépendance, d'échanges, de compromis. Les politiques publiques ne se déploient pas dans un vide social. Bien au contraire elles viennent s'intégrer à des jeux locaux plus ou moins autonomes dont elles perturbent les règles du jeu. Ce faisant leur mise en œuvre sera conditionnée par les stratégies locales en présence : aussi la scène de la mise en œuvre apparaît est une scène éclatée et hétérogène où est mise à l'épreuve la théorie du changement social qui structure une politique publique donnée. Réinterprétation des objectifs, détournement ou contournement de l'instrumentation gestionnaire, voire non mise en œuvre constituent les constats incontournables des études menées sur ce moment de l'action publique. Ces phénomènes ne semblent pourtant pas avoir été intégrés par de nombreux travaux normatifs en économie de la santé qui concentrent leurs efforts et leur attention sur la cohérence intellectuelle de leurs préconisations de politique publique.

Cet "intellectualisme" est d'autant plus surprenant que les politiques hospitalières récentes ont été confrontées à un "implementation gap" criant : malgré la "réforme permanente" que connaît le monde hospitalier depuis les années 80, la dynamique de développement autonome des hôpitaux qui les pousse notamment à diversifier leur gamme de soins, à raccourcir et à médicaliser les séjours, à "flexibiliser" les activités administratives et logistiques n'a guère été perturbée (au moins jusqu'à une date récente). En réalité la redéfinition incessante des outils et des notions gestionnaires de base, la multiplication des textes (règlements, circulaires, lois) ont multiplié les zones d'incertitude dont ont tiré profit les établissements, et ce de façon d'autant plus efficace que les tutelles étaient jusque 1996 éclatées et structurellement faibles en termes de moyens d'expertise et humains ; elles étaient de plus régulièrement court-circuitées par l'appel au centre politique<sup>48</sup>.

Nous avons cherché dans un autre travail<sup>49</sup> à mettre en évidence cette grande autonomie des systèmes locaux de soins par rapport aux injonctions du centre, en étudiant le processus de (non) diffusion de l'instrumentation gestionnaire dans les hôpitaux.

Dès 1982, sous l'impulsion de J. De Kervasdoué, plusieurs outils de gestion du secteur privé tentent d'être introduits dans l'hospitalisation publique : direction participative par objectifs, découpage des établissements en centres de responsabilité, mise place de tableaux de bord, départementalisation, création d'une formation au

---

<sup>45</sup> Catrice-Lorey (A.), "Les politiques de santé en régulation : réorientations de l'action publique et changement social", dans CRESAL, *Les raisons de l'action publique. Entre expertise et débat*, op. cit.

<sup>46</sup> Garraud (P.), *Le chômage et l'action publique. Le "bricolage institutionnalisé"*, Paris, L'Harmattan, 2000, p. 224.

<sup>47</sup> Mény (Y.), Thoenig (J.-C.), *Politiques publiques*, Paris, Thémis, 1989, p. 247.

<sup>48</sup> Pour des exemples concrets de ce type de stratégies, cf. Binst (M.), Schweyer (F.-X.), *La santé otage de son système*, Paris, InterEditions, 1995.

<sup>49</sup> Pierru (F.), "L'hôpital-entreprise : une *self-fulfilling* prophecy avortée", *Politix*, 46, 1999.

management pour les chefs d'établissement, élaboration d'une nouvelle comptabilité analytique, médicalisation du système d'information. Les principes de responsabilisation, de contractualisation (interne et externe), de "qualité" des soins ne cesseront dès lors, on l'a vu, d'être réaffirmés par diverses voies et selon une intensité variable : à cet égard les réformes hospitalières de 1991 et de 1996 constituent des moments clés de la dynamique de managérialisation des hôpitaux.

Le discours ministériel est en outre relayé par de nombreux agents qui voient se constituer de nouveaux débouchés. En effet, c'est à cette époque que le ministère des Affaires Sociales tente de développer son expertise en sciences sociales<sup>50</sup> et de capitaliser le savoir-faire managérial. Outre les appels d'offre, la demande d'outils d'"aide à la décision et à l'action" émanant des directions mais aussi de leur tutelle afin de se conformer aux nouvelles règles du jeu hospitalier jettent les bases d'un marché, lucratif, du conseil, de l'audit et du consulting<sup>51</sup>. Pour exemples, le cabinet Bossard Consultants, dont L. Chaty a montré le rôle dans la politique de modernisation du service public<sup>52</sup>, crée un département santé ; J. De Kervasdoué crée sa propre société de consulting, la SANESCO, lorsqu'il quitte la Direction des hôpitaux en 1986. Les économistes de même que les spécialistes en gestion investissent le secteur et y développent les doctrines et les instrumentations gestionnaires. L'expertise sociale se développe : les chercheurs issus du Centre de Sociologie des Organisations ou inspirés par lui proposent aux directions de les aider à "conduire le changement". Des psychosociologues, des philosophes se font les chantres de la démarche de projet à l'hôpital. Les acteurs hospitaliers *de terrain*, du moins certains d'entre eux, ne sont pas restés en marge de cette dynamique de construction de nouvelles figures symboliques. Notamment une frange du corps des directeurs a exercé une pression sur les autorités centrales en faveur d'une plus grande autonomie de gestion au travers du Syndicat National des Cadres Hospitaliers. De manière plus diffuse, un ensemble de "professionnels vitrines", rompus à l'économie de la santé, la gestion ou à la sociologie des organisations ont, grâce à la publication d'une abondante littérature et d'articles dans la presse spécialisée ou généraliste, collectivement participé au renouvellement du référentiel sectoriel. La démarche marketing, l'introduction des cercles de qualité, les politiques "innovantes" de gestion des ressources humaines menées dans certains grands hôpitaux ont, par ce canal, acquis une forte visibilité. De manière homologue, certains praticiens hospitaliers se sont eux aussi fait les apôtres de l'hôpital entreprise et/ou du management hospitalier. Ainsi l'Intersyndicale des Médecins Hospitaliers (INMH), représentant principalement les médecins hospitaliers non chefs de service, s'est constituée pour soutenir la départementalisation, perçue comme une opportunité de remettre en cause l'organisation cloisonnée et hiérarchique de l'organisation hospitalière et de faire advenir un modèle plus "démocratique et efficient". Ce segment de la profession médicale a pesé sur le contenu de la réforme hospitalière de 1991 puisque Francis Peigné, le premier président de l'INMH, a été chargé d'un rapport en 1988 relatif à la situation hospitalière<sup>53</sup> et a participé à la mission de concertation en 1989 préalable à la rédaction du projet de loi<sup>54</sup>. En outre des praticiens se sont spécialisés en économie de la santé et se font parfois les ardents défenseurs du "libéralisme hospitalier" et de la "gestion médicale". Des structures de formation au management pour les médecins apparaissent à la fin des années 80<sup>55</sup>.

Mais la réforme permanente que connaît la gestion de l'hôpital au cours de ces vingt années trahit l'incapacité de ces nouveaux instruments, méthodes, outils ou normes à s'implanter durablement dans l'ensemble du secteur hospitalier. Si les plus grands établissements comme les CHR-CHU se lancent effectivement dans les innovations budgétaires, financières ou encore marketing, la plupart des centres hospitaliers reste, dans la décennie 80, en retrait par rapport à la vogue managériale de l'"hôpital entreprise"<sup>56</sup> : l'instrumentation gestionnaire des établissements de même que celle des tutelles restent rudimentaires puisque le taux d'occupation des lits, le nombre d'entrées, la durée de séjours, le volume d'actes prescrits constituent toujours les principaux indicateurs de gestion. Malgré une adhésion de façade au slogan de l'"hôpital-entreprise" et à la figure du "directeur manager", les directions hospitalières adoptent en fait une position attentiste par rapport aux injonctions modernisatrices de l'administration centrale, continuent à percevoir leur environnement sous

---

<sup>50</sup> La création du Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information (SESI) et de la Mission Interministérielle Recherche Expérimentation (MIRE) date de 1982.

<sup>51</sup> Bonnici (B.), *L'hôpital. Enjeux politiques et réalités économiques*, Paris, La Documentation Française, 1998 (nouvelle édition), p. 89.

<sup>52</sup> Chaty (L.), *L'administration face au management*, Paris, L'Harmattan, 1997.

<sup>53</sup> Peigné (F.), *Notre système hospitalier et son avenir*, Rennes, Edition ENSP, 1991.

<sup>54</sup> Hassenteufel (P.), *Les médecins face à l'Etat, op. cit.*, 1997, p. 310-311.

<sup>55</sup> L'EMAMH mise en place par l'AP-HP, "Médical Plus" par l'ENSP.

<sup>56</sup> Joncour (Y.), "Evolution budgétaire et financière des établissements hospitaliers", dans Contandriopoulos (A.-P.), Souteyrand (Y.), *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offres de soins*, Paris, John Libbey, 1996 ; De Pourville (G.), "L'héritage", dans Contandriopoulos (A.-P.), Souteyrand (Y.), *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offres de soins, op. cit.*

l'angle de la survie et tentent de négocier, généralement avec succès, des arrangements et des dérogations avec leur tutelle pour obtenir des budgets ou des équipements supplémentaires, ce qui leur permet *in fine* de maintenir la paix sociale à l'intérieur de leur établissement. Leur management "interne" porte surtout sur les services logistiques, qui sont de plus en plus sous-traités, et administratifs (recours aux CDD et surtout aux CES) afin de dégager des gains de productivité qui sont reversés aux services médicaux.

Cette étude a fait apparaître que l'engagement dans la réforme de la gestion hospitalière était fonction des dispositions mais aussi de la position des chefs d'établissement dans les systèmes d'action locaux de soins. **Effets de disposition tout d'abord** : peu de chefs d'établissement ont en effet reçu une formation qui les met en mesure d'appréhender le sens et de maîtriser la technicité des outils gestionnaires proposés par les tutelles<sup>57</sup>. Surtout les chefs d'établissement sont portés à revendiquer leur autonomie par rapport au Centre : très attachés au statut de la fonction publique hospitalière, les directeurs ne considèrent comme valides et pertinentes les injonctions centrales "qu'à la conditions d'être générales et ajustables"<sup>58</sup>. La revendication d'un rôle actif dans la mise en œuvre des politiques sanitaires est constitutive de l'identité du corps, par ailleurs très éclaté et hétérogène. Aussi le hiatus soulevé, et même dénoncé, par les pouvoirs publics entre la revendication de la figure du "manager" ou du "chef d'entreprise" et les pratiques réelles des directeurs trouve ici son explication : c'est que la figure managériale fournit avant tout une catégorie valorisante et originale qui met en valeur la spécificité de la fonction alors que l'Etat n'a de cesse de rappeler aux directeurs qu'ils sont des fonctionnaires avant tout. **Effet de position ensuite** : l'enracinement du métier de directeur dans la périphérie du champ administratif, l'isolationnisme des établissements qui contribue à affaiblir les solidarités corporatistes et par conséquent à amenuiser les probabilités d'échange d'expériences entre membres du corps, la rareté et la précarité de l'information, la puissance des intérêts locaux, sont les données principales d'une position qui favorisent le détournement, voire le contournement des injonctions centrales.

La réforme de 96 menace indéniablement la stabilité des arrangements locaux; la création des Agences régionales de l'Hospitalisation est perçue par les acteurs hospitaliers notamment les directeurs, comme une transformation profonde des règles du jeu. De même la mise en place très progressive du PMSI tend à lever une partie de l'opacité qui entourait les modes de prises en charge et enclenche en retour, selon certains observateurs, une dynamique de production de savoirs nouveaux par les acteurs hospitaliers<sup>59</sup>.

Rendus possibles et concevables par la constitution de nouveaux énoncés (économique et gestionnaire) sur la médecine, dont en quelque sorte ils constituent une mise en forme, une traduction particulières, les nouveaux indicateurs construits pour appréhender l'activité médicale et ses résultats contribuent en retour, selon une logique bien identifiée par Alain Desrosières, à les durcir : "sont co-construits, dans un processus sans début ni fin logiques, une question jugée socialement pertinente, un langage pour l'exprimer, la nécessité d'une action, et une mise en forme statistique"<sup>60</sup>. Autrement dit la mise en place et l'activation de nouveaux systèmes d'information, la production de mesures, notamment statistiques, inédites participent, en même tant qu'ils en sont les produits, à la "mise en crise" du système de soins et de la médecine. La mise en place, difficile il est vrai, de ce nouvel instrument de connaissance et d'action qu'est le PMSI pour l'hôpital (et dont l'équivalent pour la médecine ambulatoire est le programme de codage des actes et des pathologies) est révélatrice des transformations qui ont affecté, de manière conjointe, les rapports de force au sein du champ médical et les relations que ce dernier entretient avec les autres sous-espaces sociaux (bureaucratique en particulier). En retour, la production de données inédites permise par cet instrument a mis en évidence la variabilité et l'hétérogénéité des pratiques médicales, confortant ainsi la critique de la rationalité de ces dernières et les remises en cause de la capacité de cette profession à s'auto-contrôler<sup>61</sup>. Les travaux de santé publique empiriquement basés sur ces données, même si leurs conclusions sont souvent prudentes dans la mesure où le caractère inutile ou dangereux d'une partie des pratiques observables s'avère être délicat à démontrer, sont en effet mobilisés par les hauts fonctionnaires et les économistes pour souligner le "pouvoir discrétionnaire" des professionnels, la prégnance

---

<sup>57</sup> L'étude de la formation au management "Hôpital Plus" a clairement fait ressortir cette incapacité à donner un sens à une instrumentation très éloignée de leur rationalité.

<sup>58</sup> Schweyer (F.X.) (Dir.), *Le corps des directeurs d'hôpital. Entre logique professionnelle et régulation d'Etat*, Paris, MIRE, 1999.

<sup>59</sup> Moisdon (J.-C.), Engel (F.), Kletz (F.), "Les volontés du savoir : transformations de la régulation du système hospitalier", *Revue française d'administration publique*, 76, 1995.

<sup>60</sup> Desrosières (A.), "Réfléter ou instituer: l'invention des indicateurs statistiques", dans Parodi (J.-L.), Dupoirier (E.) (Dir.), *Les indicateurs socio-politiques*, Paris, L'Harmattan, 1997, p. 22.

<sup>61</sup> De Pourville (G.), "Peut-on réduire l'hétérogénéité des pratiques médicales ?", dans Saily (J.-C.), Lebrun (T.) (Dir.), *Dix ans d'avancée en économie de la santé*, Paris, John Libbey, 1997

de leurs intérêts matériels dans les choix thérapeutiques opérés<sup>62</sup>, et pour, *in fine*, réclamer un renforcement du contrôle des pratiques médicales au nom de la qualité des soins et de l'allocation "rationnelle" des ressources de la sécurité sociale. La pratique médicale doit être dans cette optique quantifiée, évaluée, normalisée, rentabilisée sur le modèle de la "gestion des soins" opérée aux Etats-Unis par les *Health Maintenance Organisations* à partir de la fin des années 70. Face à un tel renversement de la charge de la preuve, puisqu'ils sont désormais sommés de justifier les écarts observés, les médecins tentent de fonder les pratiques sur la base de connaissances établies à l'aide de méthodes scientifiques (*evidence based medicine*).

Cependant, et cette remarque tiendra lieu de conclusion, le dispositif mis en place en 1996 n'échappe pas à l'inertie des routines organisationnelles et mentales des acteurs hospitaliers ainsi qu'aux rapports de pouvoir qui structurent leurs relations. Ainsi deux études récentes de l'IGAS (1995) ont montré que la gestion hospitalière, dans son volet informatisation et achats tout au moins, demeure empreinte des règles de fonctionnement de la bureaucratie professionnelle et que la "performance" reste un objectif secondaire par rapport à l'élargissement de l'offre et de la mobilisation de ressources supplémentaires<sup>63</sup>. La régulation effective se fait – le contraire eût été étonnant – prudente et ambiguë<sup>64</sup>, ce qui ne manquera pas de décevoir tous ceux qui insistent sur la nécessaire cohérence de l'action publique. Ainsi par exemple, des observateurs ont souligné à regret que les Agences Régionales de l'Hospitalisation n'ont pas encore eu l'impact espéré sur l'accélération du processus de restructuration de l'offre hospitalière et de la transformation de la gestion interne des établissements ainsi que sur la correction, pour l'instant très incrémentale, des inégalités de dotation entre établissements de santé<sup>65</sup>. Pour les autres, la mise en œuvre de la réforme hospitalière fournit un terrain de recherche fécond pour mettre à jour, dans une optique plus "positive", les dynamiques d'apprentissage et de négociation dans l'action publique<sup>66</sup>.

---

<sup>62</sup> Cf. par exemple le chapitre 7 de l'ouvrage de Jean De Kervasdoué, *La santé intouchable*, Paris, J.-C. Lattès, 1996, significativement intitulé : "La médecine et l'argent".

<sup>63</sup> Penaud (P.), "Contrainte budgétaire et connaissance de l'activité suffiront-elles à provoquer une amélioration de la performance des hôpitaux publics français ? ", *Politiques et management public*, 17(3), 1999.

<sup>64</sup> Engel (F.) et al., *La démarche gestionnaire à l'hôpital. Le PMSI, op. cit.*

<sup>65</sup> Lenay (O.), Moisdon (J.C.), "Cohérence des nouveaux dispositifs de régulation du système hospitalier", *Actes du 1<sup>er</sup> Colloque International des Economistes de la Santé : l'état de la réforme*, 2000 et Delande (G.), "Les agences régionales de l'hospitalisation, instruments d'une meilleure performance publique en matière de planification sanitaire", *Politiques et management public*, 17(3), 1999.

<sup>66</sup> Cf. la contribution de Philippe Mossé.