

Gouverner avec tact et mesure. L'ajustement des budgets hospitaliers à la marge (1983-2003)

Measured Governance: The Soft Adjustment of Hospitals Budgets (1983-2003)

Pierre-André Juven



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/sdt/765>

DOI : 10.4000/sdt.765

ISSN : 1777-5701

Éditeur

Association pour le développement de la sociologie du travail

Ce document vous est offert par Centre national de la recherche scientifique (CNRS)



Référence électronique

Pierre-André Juven, « Gouverner avec tact et mesure. L'ajustement des budgets hospitaliers à la marge (1983-2003) », *Sociologie du travail* [En ligne], Vol. 59 - n° 2 | Avril-Juin 2017, mis en ligne le 01 juin 2017, consulté le 19 janvier 2022. URL : <http://journals.openedition.org/sdt/765> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/sdt.765>



Sociologie du travail is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.

Gouverner avec tact et mesure. L'ajustement des budgets hospitaliers à la marge (1983-2003)

Measured Governance: The Soft Adjustment of Hospitals Budgets (1983-2003)

Pierre-André Juven

Résumé

Entre 1983 et 1996, l'administration française et des chercheurs en gestion mettent au point un système d'information et élaborent une étude de coûts par groupes de séjours hospitaliers afin de réallouer des budgets considérés comme inégalement répartis. Jamais jusqu'alors l'hôpital n'avait fait l'objet d'une attention métrologique aussi importante et d'une volonté de régulation gestionnaire aussi marquée. Alors que le système d'information a fait l'objet de nombreux travaux, cet article étudie comment l'étude de coûts a été inventée et quels modes de gouvernement des budgets hospitaliers elle a rendus possibles. Nous montrons que cette étude a été utilisée selon deux logiques différentes : la première a consisté en un ajustement des budgets hospitaliers à la marge, la seconde a mis en œuvre une tarification à l'activité. En se penchant sur le détail des rouages de cette étude et sur les acteurs l'ayant élaborée, on comprend que la première logique a été sous-tendue par l'idée d'un gouvernement avec tact et mesure des budgets hospitaliers, ceci notamment du fait du rôle de chercheurs en gestion impliqués dans cette invention et conseillant à l'administration d'user avec prudence des résultats des calculs de coûts hospitaliers du fait des incertitudes dont ils sont porteurs.

Mots-clés : Hôpital public, Système d'information, Calcul de coûts, Allocation budgétaire, Instrument d'action publique, Gouvernement par les budgets.

Abstract

From 1983 to 1996, the French administration and management researchers developed an information system and cost accounting regime for hospitals, in order to reallocate unevenly distributed budgets. Never before in France had the hospital been the focus of such significant metrological attention and such a marked concern for management regulation. While the information system has attracted extensive scholarly attention, this article studies the invention of cost accounting as applied to grouped hospital stays and the methods of governing hospital budgets made possible by it. We show that cost accounting has been used to pursue two different approaches to the reallocation of hospital funds: budget adjustment and a pricing payment system. By looking at the developers and development of cost accounting, the study shows how budget adjustment has been used as a form of soft hospital management, and how this first logic of adjustment can be explained by the metrological prudence of managerial researchers in the 1980s and 1990s.

Keywords: Public Hospitals, Information System, Cost Accounting, Resource Allocation, Tool of Government, Government by Budgets.

Depuis la fin des années 1970, le coût de l'hôpital a été érigé en problème public. Les énoncés dénonçant la dérive comptable des établissements de santé aux dettes chaque jour grandissantes attestent d'une forme de problématisation singulière : les coûts de l'hôpital public ne sont pas ce qu'ils devraient être et cet état de fait engage l'avenir même de ces structures, voire celui de l'assurance maladie. Les rapports d'expertise pointant des déficits chroniques sont nombreux (Bonnici, 1998 ; Molinié, 2005) et s'accordent à dire que l'hôpital public coûte trop cher (Juven, 2016a). Le « coût de l'hôpital » est une catégorie désormais solidifiée et présentant une forme de « consistance » (Didier, 2009). Mais la robustesse progressivement obtenue des calculs n'a rien d'évident ; elle a requis un long travail d'élaboration et de stabilisation (Desrosières, 2008).

De 1941 à 1983, les hôpitaux publics sont rémunérés en France selon des prix de journée évalués par disciplines médicales (médecine générale, cardiologie, soins intensifs, etc.). À la fin des années 1970 se forge une opposition aux prix de journée (Domin, 2013). Les critiques sont de plusieurs ordres : les méthodes de calcul sont extrêmement rudimentaires (Engel *et al.*, 2000), et les prix ont un effet inflationniste faisant exploser les dépenses hospitalières, les établissements ayant parfois intérêt à garder des malades en bonne santé plutôt qu'à les faire sortir. À partir de 1983, la Direction des Hôpitaux met en place, pour financer les établissements publics de santé, un mécanisme de financement appelé Dotation globale de financement (DGF)¹, qui consiste à plafonner les budgets alloués aux hôpitaux afin d'endiguer les dépenses croissantes de l'assurance maladie en la matière (Benamouzig, 2005 ; Pierru, 2007). Il a cependant un défaut majeur : celui de fixer les budgets de chaque hôpital selon un principe historique. Chaque établissement voit ainsi le budget de l'année 1983 reconduit d'année en année avec des progressions très limitées. Ceci tend à créer des inégalités de dotation au fil des ans, les hôpitaux voyant leur activité augmenter ou diminuer tout en conservant le même budget. Ce dispositif, voulu comme extrêmement contraignant, doit s'accompagner pour la Direction des Hôpitaux d'un système d'information permettant de dire ce qu'est l'activité des établissements de santé, leurs coûts de production, et, ensuite, de réallouer les budgets en fonction des situations des uns et des autres. Pour savoir quels établissements sont en situation de sur-dotation et lesquels sont en situation de sous-dotation, une réflexion sur un système d'information et une étude permettant de connaître les coûts de production des hôpitaux est donc initiée par la Direction des Hôpitaux afin d'évaluer l'efficacité des établissements.

Le problème est que les pouvoirs publics ne disposent à l'époque ni d'une étude de coûts par séjour ni d'une définition standardisée de ce que sont les séjours hospitaliers. Si l'État connaît bien le niveau des comptes des hôpitaux publics, en revanche il ne sait pas comment les fonds alloués sont utilisés, renseignements que peut potentiellement fournir un système d'information. Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est appelé à remplir ce rôle². Il repose premièrement sur une nomenclature de types standards de séjours, appelés Groupes homogènes de malades (GHM), qui doivent donner une image des différents types d'activités de l'hôpital. Il suppose ensuite que pour chaque GHM, un coût moyen soit calculé au niveau national et au niveau de chaque hôpital. Pour ce faire, la Direction des Hôpitaux va confectionner puis déployer une Étude nationale de coûts (ENC), de façon à définir les coûts moyens par GHM ainsi qu'une comptabilité analytique hospitalière permettant à chaque établissement de

¹ La Direction des Hôpitaux, devenue aujourd'hui Direction générale de l'offre de soins (DGOS), est le département du ministère des Affaires sociales et de la santé en charge de la régulation hospitalière.

² Par souci de lisibilité, le PMSI sera également désigné dans cet article par l'expression « système d'information ». NDLR : tous les sigles utilisés dans cet article sont définis à leur première apparition au moins, mais une liste récapitulative est également fournie en annexe.

calculer les siens. Mais l'ENC et la comptabilité analytique ne sont en rien détachées, puisque c'est à partir des résultats comptables d'un échantillon d'hôpitaux que les coûts moyens par GHM sont définis.

La nécessité de connaître l'activité et les coûts de l'hôpital s'inscrit dans le cadre des transformations des modes d'action publique à l'époque : volonté de maîtriser les dépenses, d'optimiser les ressources publiques et de mettre en comparaison les structures (Bezes, 2009). L'Étude nationale de coûts va constituer un instrument d'action publique central pour gouverner les budgets des hôpitaux publics (Lascoumes et Le Galès, 2004 ; Bezes et Siné, 2014)³. Produit de rapports institutionnels, porteuse d'une vision du monde (Hopwood et Miller, 1994 ; Eyraud, 2003 ; Chiapello, 2005), cette étude comptable va être structurante pour les politiques publiques de santé, transformant l'hôpital en une entité calculable et dont la performance économique devient évaluable. Dans cet article, nous proposons de relier une analyse des procédures concrètes par lesquelles le calcul prend forme (Barrey, 2006) à une étude sur le gouvernement du financement des hôpitaux.

Si des travaux se sont penchés sur l'application d'indicateurs de performance (Belorgey, 2010) et de qualité à l'hôpital (Bertillot, 2014), sur la conversion des professionnels soignants à la logique managériale (Binst, 1990) et sur les résistances que ces logiques peuvent susciter (Ellis et McGuire, 1996 ; Hassenteufel, 1997) ou encore sur les politiques de transformation des pratiques médicales (Berg, 1997 ; Castel et Dalgarrondo, 2005), en revanche, peu d'enquêtes sociologiques ont porté la focale sur l'invention des indicateurs comptables et économiques à l'hôpital (Kurunmäki, 1999). L'intérêt d'une étude sociologique des coûts, de la façon dont ils sont calculés et celle dont ils sont utilisés, réside dans la capacité à identifier des philosophies politiques spécifiques impliquées par différents modes de financement des hôpitaux. Cet article montre qu'un même outil de mesure peut donner naissance à deux instruments d'action publique différents dont les logiques, similaires en termes de finalités, diffèrent dans le rapport qu'ils instaurent entre le régulateur et les organisations régulées. L'ENC a en effet abouti en 1996 à un mode de gouvernement par les budgets en permettant au régulateur d'ajuster ces derniers à la marge, au moyen d'un instrument appelé « points ISA » (pour Indice synthétique d'activité, voir *infra*). Elle a ensuite servi à la fixation de tarifs à partir de 2003 avec la mise en œuvre de la Tarification à l'activité, dite « T2A ».

Ces deux modes de gouvernement ont pour point commun de viser le contrôle des dépenses hospitalières et une répartition ajustée des moyens entre hôpitaux, ce que ne permettraient pas les prix de journée. Ils diffèrent cependant en de très nombreux points. La différence entre points ISA et Tarification à l'activité, et donc entre gouvernement par les budgets et gouvernement par les tarifs, réside premièrement dans la prise en compte des incertitudes de l'étude de coûts, incertitudes sur lesquelles insistent des chercheurs en gestion travaillant en partenariat avec le Ministère afin d'élaborer l'ENC. La prise en compte de ces incertitudes induit deux rapports différents au financement des hôpitaux : le premier implique une marge de négociation entre les établissements et les tutelles, le deuxième suppose une automaticité de la rémunération en fonction de l'activité, sinon effectuée, du moins déclarée par les hôpitaux dans le système d'information. Cette différence signifie également des fonctionnements différents. Alors que le gouvernement par les budgets assure aux établissements une recette au moins équivalente à celle de l'année précédente, la tarification les rend dépendants de leur activité. Ces deux modes de gouvernement se distinguent enfin par les acteurs les ayant promus.

³ Les cliniques privées sont, elles, gouvernées par un autre mécanisme budgétaire, l'Objectif national quantifié. Elles ne seront concernées par les instruments étudiés dans cet article qu'à partir de 2006 (Juven, 2016b) ; c'est pour cette raison que nous portons la focale sur l'hôpital public.

Si les points ISA et la Tarification à l'activité ont été portés par une partie de l'administration, une différence majeure entre les deux systèmes s'observe du côté des chercheurs en gestion ayant mis sur pied l'Étude nationale de coûts. Soulignant l'imperfection du modèle de calcul, ils ont systématiquement appelé à l'utiliser avec prudence et à rejeter la tarification. Cet article montre que, *a contrario*, l'usage prudent est inscrit volontairement dans les points ISA, qu'il en constitue le script (Akrich, 1987).

Cet article se base sur trois types de matériaux. Il s'agit premièrement de documents d'archives de l'École des Mines et du ministère de la Santé. Ces archives contiennent l'ensemble des documents officiels relatifs à la mise en place de l'Étude nationale de coûts entre 1991 et 1996, mais aussi les documents de travail de la mission PMSI et des chercheurs en gestion. Ces documents, qui nous ont été transmis par un chercheur en gestion de l'École des Mines, permettent de reconstituer *a posteriori* le travail de l'étude de coûts en train de se faire. Du fait des limites temporelles des archives, cette enquête prend également appui sur une série de documents institutionnels et techniques, certains antérieurs à 1991 et permettant de saisir le développement du PMSI, d'autres postérieurs à 1996 et permettant d'étudier l'usage fait de l'ENC, en l'occurrence le développement des points ISA puis de la T2A. Enfin, douze entretiens réalisés avec des chercheurs en gestion de l'École des Mines de Paris, des directeurs d'hôpitaux et des fonctionnaires du ministère de la Santé complètent ce terrain d'enquête.

Après avoir présenté les débuts du système d'information en France et montré en quoi il constitue une priorité pour la Direction des Hôpitaux au début des années 1980 (partie 1), nous montrerons comment l'étude de coûts a été inventée et comment elle s'est accompagnée d'une forme de précaution métrologique défendue par les chercheurs en gestion (partie 2). C'est cette prudence qui explique la mise en œuvre d'un outil de gouvernement par les budgets que nous qualifions de gouvernement « avec tact et mesure » dès lors que, tenant compte des limites de l'étude de coûts, la répartition des moyens financiers entre hôpitaux devait se faire lentement et en douceur, par des ajustements progressifs et sur le long terme (partie 3).

1. Mettre sur pied un système d'information hospitalier

La réflexion sur le Programme de médicalisation des systèmes d'information est initiée en 1983⁴. Ces débuts sont le fait d'une minorité de réformateurs inspirés par le modèle américain des *Diagnosis Related Groups* (DRG), innovation élaborée à l'Université de Yale (1.1). Les réflexions sur le PMSI et sur la nécessité de savoir ce qui se passe dans les hôpitaux français viennent actualiser la volonté de la tutelle de se doter d'un instrument de savoir (1.2). L'État va s'employer à implémenter un système d'information afin de connaître les coûts. Pour cela, il va faire appel à des chercheurs en gestion de l'École des Mines et de Polytechnique à qui va être confiée la mission de réfléchir aux modalités d'application du PMSI et de mettre sur pied une comptabilité analytique hospitalière (1.3).

1.1. De Yale à Paris : l'importation d'une innovation gestionnaire

L'arrivée de Jean de Kervasdoué à la tête de la Direction des Hôpitaux en 1981 est très souvent présentée comme une date clef de la mise en gestion de l'hôpital (Pierru, 2007), y compris par l'ancien directeur lui-même (Kervasdoué, 1999). C'est en effet sous sa direction que va être instituée, en 1983, la Dotation globale de financement (aussi appelée « budget global ») visant à plafonner les dépenses des établissements. Mais c'est surtout sous sa direction que va être lancé le PMSI. Il porte personnellement le projet,

⁴ Une synthèse chronologique des événements est reprise en annexe.

s'inspirant des réalisations américaines en la matière, celles plus précisément d'une équipe de chercheurs de l'Université de Yale dirigée par le professeur Robert Fetter à partir des années 1960.

D'après Robert Fetter, les recherches sur les DRG ont démarré en 1967 (Fetter *et al.*, 1991) autour d'une question centrale qui ne cessera dès lors de parcourir l'histoire de l'hôpital : « Afin que l'hôpital puisse gérer et contrôler ses coûts par patient, comment son produit peut-il être défini et mesuré ? » (Chilingerian, 2008, p. 10). Pour les auteurs, la production d'un établissement de santé comprend *a priori* un nombre de cas infini puisque chaque patient peut présenter des caractéristiques différentes. Or, tout l'enjeu des DRG et du modèle que construisent les gestionnaires américains est de rassembler et d'homogénéiser des cas différents, mais similaires en termes médicaux et économiques. Ils identifient 468 DRG en 1986. Les patients appartenant à un même DRG doivent *a priori* consommer des ressources similaires — ce qui constitue la cohérence économique du DRG — et faire l'objet d'interventions médicales proches — ce qui constitue la cohérence médicale du DRG. La réponse à la question « que produit un hôpital ? » est progressivement élaborée : un hôpital produit une palette de DRG, ce qui est alors appelé « éventail des cas » ou, en anglais, « *case-mix* ».

Pour créer les DRG, le Professeur Fetter va reprendre un ensemble de propositions émises par un autre chercheur, Paul Feldstein, et obtenir un nombre réduit de « groupes » à partir de différentes variables : le diagnostic principal, les diagnostics associés, les actes chirurgicaux effectués, l'âge, le sexe, etc. Si ce système ne s'est pas implanté sans heurts aux États-Unis — en raison notamment d'une résistance des professionnels de santé voyant dans ce système une intrusion dans la relation entre le médecin et son patient (Geist et Hardesty, 1992) —, il est devenu pour un ensemble de hauts fonctionnaires, de chercheurs en gestion, d'économistes de la santé de tous pays, une référence en matière d'organisation rationnelle du soin (Kimberly *et al.*, 2008). Le système élaboré par Robert Fetter devient en 1983 un mode de financement reposant sur la fixation d'un prix pour chaque groupe de malades, et il reste aux États-Unis un emblème de la réforme Medicare de 1983. Il est à noter que la vocation première de cet outil n'était pas exactement celle-ci, puisqu'il s'agissait à l'origine de mesurer l'activité à des fins d'analyse et de comparaison de l'activité hospitalière, mais non de financement (Chilingerian, 2008, p. 5). Mais l'administration américaine franchit le pas et tord l'instrument en ce sens. Les établissements sont désormais payés par référence aux DRG, auxquels sont associés des tarifs.

Les deux initiateurs principaux des DRG à la française sont Jean de Kervasdoué et Jean-Marie Rodrigues. Le premier est ingénieur des eaux et forêts, le second médecin en santé publique. C'est à Jean-Marie Rodrigues que revient la charge de produire, en France, une première classification de groupes de malades telle qu'elle a été produite aux États-Unis. La première version des Groupes homogènes de malades ne diffère guère de la version américaine, et pour cause : elle en est la copie quasiment conforme⁵. Le Ministère dispose ainsi dès 1984 d'une nomenclature de 471 GHM (Engel *et al.*, 2000) répartis en une vingtaine de Catégories majeures de diagnostic comme « Affection de l'œil », « Affection de l'appareil respiratoire » ou « Maladies infectieuses et parasitaires ». Par ailleurs, pour conduire le déploiement du système d'information, la mission PMSI est mise en place par Jean de Kervasdoué. Il s'agit d'une équipe restreinte n'excédant jamais plus d'une dizaine de membres, comprenant des fonctionnaires du ministère de la Santé et un médecin de santé publique. Son travail va consister à réfléchir au déploiement de l'outil, à affiner la nomenclature des GHM et à mettre sur pied une étude de coûts articulée au système d'information.

⁵ Entretien avec Jean-Marie Rodrigues, Lyon, 29 novembre 2011.

1.2. Des chercheurs en gestion embarqués dans la réforme du financement des hôpitaux

Pour permettre de gouverner les budgets, le PMSI requiert cependant un élément majeur : une connaissance des coûts moyens de chaque GHM, au niveau national d'une part, et pour chaque hôpital d'autre part. C'est à cette tâche que l'administration s'attelle, à partir de 1984, en initiant un certain nombre de réflexions concernant la capacité des GHM à orienter l'allocation des budgets des hôpitaux. Cette capacité passe premièrement par le développement d'une comptabilité analytique hospitalière de façon à ce que tous les hôpitaux soient en mesure de dire à quel coût ils produisent leurs GHM. Le développement de la comptabilité se heurte néanmoins aux capacités techniques du ministère de la Santé, qui ne dispose pas alors des compétences en la matière. Le choix est fait par Jean de Kervasdoué de signer un contrat de recherche avec des chercheurs en gestion de l'École des Mines de Paris et de Polytechnique⁶. Il perpétue en cela une tradition française, celle voulant que l'État fasse appel non aux économistes, mais aux ingénieurs pour appuyer des politiques économiques (Etner, 1987 ; Porter, 1995). Pour les chercheurs en gestion, ce financement permet à la fois d'appuyer leurs laboratoires de recherche et d'engager des travaux sur des terrains inexplorés des sciences de gestion françaises.

Dès 1984, trois chercheurs du Centre de gestion scientifique (CGS) de l'École des Mines réalisent une étude sur quatre établissements de la région de Grenoble afin d'établir les modalités de mise en œuvre d'une comptabilité analytique (Hatchuel *et al.*, 1984) et, dès 1985, une première version d'un « Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière » est publiée au Bulletin officiel après un travail commun du CGS et du Centre de recherche en gestion (CRG) de Polytechnique. Entre 1984 et 1989, ces chercheurs produisent plusieurs études concernant le rapport entre le PMSI et les budgets hospitaliers, notant principalement que l'outil apparaît comme une innovation indispensable, car venant combler un manque en matière d'information de l'activité, mais qu'il demande à être développé avec prudence et expérimenté dès lors que l'hôpital n'est pas une organisation habituée aux logiques gestionnaires et que le soin hospitalier se singularise par une « production » extrêmement variée (Moisdon, 1985 ; Engel *et al.*, 1989). L'un des résultats principaux de ces recherches concerne l'usage à faire du PMSI et du coût moyen par GHM. Dans une communication qu'il donne en 1985, Jean-Claude Moisdon affirme ainsi :

« Une chose pourtant est claire à ce niveau : si l'emploi qui est fait aux USA des groupes de malades repose sur la facturation à l'unité, ce n'est pas cette utilisation qui est prônée par les promoteurs français du PMSI, à savoir les responsables de la Direction des Hôpitaux. La raison en est simple et repose sur les différences profondes des systèmes hospitaliers américains et français : le premier est constitué par un grand nombre d'institutions privées, approvisionnées par de multiples payeurs. En France, le système hospitalier est largement public, avec un payeur monolithique qui est la sécurité sociale ; les budgets sont fixés par la tutelle étatique ; et une tarification aux GHM sur des bases nationales pourrait conduire l'État à mettre en banqueroute ses propres antennes que constituent la majorité des établissements » (Moisdon, 1985 ; la transcription de cette communication est consultable à la bibliothèque de l'École des Mines de Paris).

Si le PMSI doit orienter l'allocation des budgets, les chercheurs en gestion déconseillent l'usage d'une tarification. Ils alertent notamment sur le risque de « banqueroute » des structures publiques, risque s'expliquant par l'hétérogénéité des situations hospitalières. Si certains hôpitaux pourraient bénéficier des règles tarifaires et particulièrement du caractère standardisé du soin qu'elles impliquent, d'autres en revanche pâtiraient de caractéristiques structurellement peu favorables à une rentabilité financière : situation

⁶ Les principaux chercheurs engagés dans l'étude seront Jean-Claude Moisdon, Gérard de Pourville, Dominique Tonneau, François Engel et Frédéric Kletz.

géographique, caractéristiques des populations prises en charge, type d'activité, etc.⁷ Dès la fin des années 1980, une partie de l'architecture est prête, un guide de comptabilité analytique est disponible, une classification des GHM également, et les recherches conduites ont permis d'accumuler un certain nombre de connaissances sur les risques que le PMSI pourrait faire courir aux hôpitaux en termes budgétaires. Cependant, ni le système d'information, ni la comptabilité ne sont alors déployés dans les établissements. Cela tient à la fois aux résistances du monde hospitalier à mettre en place de tels outils et aux ralentissements que connaît le projet dans son ensemble du fait des changements de gouvernement, notamment avec la cohabitation de 1986. Cette année-là, Jean de Kervasdoué est remercié et son successeur François Delafosse délaisse le projet même s'il met en place à l'École nationale de la santé publique un groupe d'experts devant réfléchir au système d'information, le « groupe Image ». En 1988, le ministre Claude Évin remet le PMSI à l'ordre du jour (Benamouzig, 2005, p. 308). Le Directeur des Hôpitaux qu'il nomme en 1989, Gérard Vincent, très entreprenant, s'emploie à faire du PMSI un outil de savoir généralisable à l'ensemble des hôpitaux français.

1.3. *Disposer de coûts moyens par séjours : la mise en œuvre d'une Étude nationale de coûts*

Au début des années 1990, alors que Gérard Vincent est Directeur des Hôpitaux, le PMSI connaît un second souffle. Dans un discours du 15 mars 1991, il souligne l'importance de la quantification économique à des fins d'« équité » :

« Il convient donc de rechercher et de mettre en place rapidement un nouveau système de financement plus équitable qui devra répondre à deux exigences : assurer l'égalité des chances entre les secteurs public et privé d'hospitalisation en tenant compte bien évidemment des contraintes de service public et de leur répartition. Il nous appartiendra de les chiffrer dans un souci de totale transparence et de permettre l'adéquation des moyens aux missions et aux activités, sans compromettre les grands équilibres économiques de la nation [...]. C'est dans cet esprit et pour étayer cette démarche que le ministre Monsieur Claude Évin a adressé à tous les responsables de l'hôpital public la circulaire du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics » (Discours de Gérard Vincent, Directeur des Hôpitaux, 15 mars 1991, circonstances exactes inconnues).

Ce qui intrigue l'administration n'est pas tant le niveau des dépenses que les ressorts de leurs usages. C'est ce que précise Gérard Vincent dans une note au Ministre :

« L'État connaît déjà les coûts des hôpitaux : c'est le compte administratif de chaque hôpital. Ce qu'ignore l'État, c'est ce à quoi sont employés ces moyens : l'activité médicale de l'hôpital, identifiée par grands types de services rendus » (« Comptabilité analytique, PMSI et allocation des moyens », note n° 6355 de la Direction des Hôpitaux au ministre des Affaires sociales et de la solidarité, 18 avril 1991).

Un des objectifs centraux assignés au PMSI est de « soigner au meilleur coût »⁸. Pour cela, il va s'agir de calculer les coûts moyens de chaque GHM et de se servir de cette étude pour allouer les budgets différemment car, comme le note un haut fonctionnaire dans un document de travail :

« En pratique, la tutelle répartit chaque année les moyens, avec les normes dont elle dispose... ou ne dispose pas. En outre, les inégalités de dotation entre les établissements sont

⁷ C'est ce qui s'observe à partir des années 2000 et de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, puisque certains hôpitaux voient leur endettement exploser au point d'entraîner leur mise sous tutelle par l'État (Cour des comptes, 2010). Le terme « banqueroute » ne fait donc pas référence ici à une situation relativement classique de faillite conduisant à la fermeture de la structure, mais à une situation ambiguë de fragilisation financière extrême conduisant à une restructuration imposée par la puissance publique.

⁸ « Le PMSI, notions fondamentales et orientations », document de la Direction des Hôpitaux, mars 1991.

telles qu'il importe prioritairement de mettre en lumière les gisements de productivité incontestables » (André Loth, « Note sur l'utilisation du PMSI (document de travail) », note confidentielle de la Direction des Hôpitaux, 9 octobre 1991).

Avant cela, il va donc falloir calculer les coûts par GHM dans les hôpitaux, et c'est à cette fin qu'est officialisé par la circulaire du 28 février 1992 le début de l'Étude nationale de coûts réalisée en partenariat avec l'École des Mines et l'École Polytechnique pour un montant de 600 000 francs⁹. L'ENC concrétise une collaboration entamée au début des années 1980, mais qui a repris fortement à partir de 1989 avec l'arrivée de Gérard Vincent à la Direction des Hôpitaux. Un an avant le début de l'ENC, soit dès 1991, une nouvelle version de la comptabilité analytique est ainsi prête, comme en atteste un document de la Direction des Hôpitaux et de la mission PMSI daté du 15 mars 1991. Elle est accompagnée d'un document de doctrine intitulé « Les dix règles de la comptabilité analytique » (Archives de l'École des Mines). Ces dix règles établissent notamment le double usage auquel se destine le PMSI, à savoir un usage externe visant à réallouer les budgets entre hôpitaux (règle 2), et un usage interne. Il s'agit pour la tutelle de faire des hôpitaux des entités gestionnaires qui analysent les écarts de coûts par rapport à des coûts standard (règles 6 et 7). Pour calculer le coût moyen national par GHM, l'administration et les chercheurs en gestion doivent désormais déployer cette comptabilité analytique et le système d'information dans des hôpitaux participant à une Étude nationale de coûts.

2. Calcul de coût et prudence métrologique

L'Étude nationale de coûts vise à produire un savoir nouveau : les coûts moyens de production des Groupes homogènes de malades en France. En ignorant ces coûts, les tutelles sont mises en position de faiblesse par rapport aux hôpitaux (2.1). Produire ce savoir suppose de redéfinir ce qu'est un hôpital selon une grille d'analyse permettant de dire combien coûte chaque type d'activité. L'objectif est de faire de l'hôpital une organisation convertie à une logique productive et composée de « sections d'analyse » produisant des « unités d'œuvre » (2.2). Ces calculs peuvent néanmoins devenir objet de critiques, par exemple concernant le traitement statistique des « valeurs extrêmes » biaisant la moyenne de l'étude de coûts (2.3).

2.1. Faire parler l'agent et connaître ses coûts

Pour la Direction des Hôpitaux et les chercheurs en gestion, les hôpitaux se présentent comme des « bureaucraties professionnelles » telles que les a conceptualisées Henri Mintzberg, c'est-à-dire des structures où la capacité de régulation et de normalisation serait la propriété exclusive des « professionnels », ici les médecins, et où des managers ou acteurs administratifs ne pourraient intervenir qu'en vain. Dans l'ouvrage que les chercheurs du CGS publient en 2000 et qui retrace l'histoire du PMSI¹⁰, l'hôpital est clairement identifié à ce type d'organisation. Ils notent ainsi :

« L'on a affaire à un cas type, sinon extrême, d'organisme professionnel, tellement l'activité en cause semble accentuer les trois caractéristiques essentielles qui fondent le pouvoir des métiers, c'est-à-dire l'ampleur et la profondeur des savoirs et savoir-faire en cause, la variété des produits (12 000 pathologies inscrites dans les catalogues de l'OMS !), l'incertitude quant aux résultats et aux processus de production » (Engel *et al.*, 2000, p. 11).

⁹ Convention entre Armines (la structure chargée des contrats de recherche à l'École des Mines) et le ministère des Affaires sociales, 1992.

¹⁰ Le caractère rétrospectif de l'ouvrage (Engel *et al.*, 2000) invite à prendre avec prudence les liens faits entre le terrain et la théorie. Ces théorisations demeurent importantes pour comprendre comment les chercheurs en gestion envisagent l'hôpital et l'instrumentation gestionnaire le concernant.

Cette vision se double d'une conceptualisation de ce que les gestionnaires nomment une approche « orthodoxe » de l'économie : la théorie de l'agence.

« Pour ce qui nous concerne, la situation que nous examinons, c'est-à-dire celle d'un acteur (tutelle hospitalière) conférant des missions particulières à d'autres (les hôpitaux) et essayant de faire en sorte que ces missions se déroulent dans le cadre de spécifications souhaitées (en termes d'efficacité et/ou de qualité) en jouant sur les systèmes de gratification ou de sanction qui sont à sa disposition, a été formalisée par un certain nombre d'auteurs sous la "dénomination de théorie de l'agence". La tutelle hospitalière (DDASS par exemple, ou ARH à présent), dans ce cadre, est une concrétisation du *principal*, l'hôpital une concrétisation de l'*agent* » (Engel *et al.*, 2000, p. 109 ; les italiques sont des auteurs, ainsi que les guillemets curieusement placés) ¹¹.

L'approche en termes de « principal-agent », ou « théorie de l'agence », reprend à son compte « le postulat de l'opportunisme d'individus égoïstes et rationnels » (Pierru, 1999, p. 17) tout en considérant l'asymétrie des connaissances entre le principal, ici la tutelle, et les agents, les hôpitaux. Jan-Erik Lane (2006) a montré comment cette approche issue de l'économie de l'information et de la théorie des jeux s'est appliquée au secteur public et a permis d'expliquer les changements dans l'action publique. Selon la théorie du principal-agent, l'information est la première des conditions pour gouverner à distance les structures publiques. Il s'agit d'inciter les agents à fournir l'information souhaitée. Comment parvenir à disposer de cette information ? La réponse se trouve pour les chercheurs et pour l'administration dans l'instrumentation gestionnaire. La « problématique » posée par les chercheurs est explicite :

« L'empêchement de gérer et l'empêchement de réguler ne proviennent-ils pas pour une part d'un déficit fondamental, à savoir celui de représentations formalisées de l'activité hospitalière se rapprochant des gestes professionnels eux-mêmes, tout en reliant processus de soin et ressources nécessaires ? » (Engel *et al.*, 2000, p. 115).

Le système d'information et l'étude de coûts visent alors précisément à répondre à cette problématique.

2.2. Connaître les coûts moyens par groupes de malades

Pour réaliser l'Étude nationale de coûts, les chercheurs et la mission PMSI doivent convaincre des hôpitaux de participer à l'étude et d'être accompagnés dans la mise en place du système d'information et de la comptabilité analytique. Les établissements de santé réagissent à l'époque de trois façons. Une partie, minoritaire, affirme son intérêt pour l'expérimentation. Une deuxième partie ne s'intéresse pas à l'instrument et une troisième partie va, elle, clairement le contester. Cette contestation est le fait à la fois de professionnels de santé et de dirigeants d'hôpitaux qui voient dans le PMSI un instrument inquisitorial visant à les mettre sous surveillance. Elle sera surmontée par la mission PMSI et les chercheurs en gestion du fait principalement d'une autonomie institutionnelle de ces derniers, qui peuvent poursuivre l'élaboration du projet sans crainte d'un affrontement futur avec les hôpitaux (Benamouzig, 2005).

La finalité du calcul est claire : pour chaque GHM, la tutelle veut connaître le coût moyen de production et, par un effet de standardisation, le coût que chaque hôpital devrait viser s'il est plus coûteux que ses collègues. En plus de connaître le coût moyen de chaque GHM, la Direction des Hôpitaux veut pouvoir disposer à terme du coût de production des GHM établissement par établissement. L'obtention des coûts moyens va passer par un travail d'échantillonnage, et une cinquantaine d'hôpitaux vont être

¹¹ Les Directions départementales de l'action sociale et sanitaire (DDASS) puis les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH, désormais Agences régionales de santé, ARS) ont la responsabilité de l'application de la politique nationale définie par le ministère de la Santé au niveau local (voir la partie 3).

sélectionnés pour participer à l'Étude nationale de coûts à partir de 1992¹². Une fois les hôpitaux sélectionnés, il va falloir s'assurer qu'ils recueillent l'information comptable selon des grilles organisationnelles communes. Les chercheurs et la mission PMSI découpent un hôpital en différentes « sections d'analyse » (SA). Celles-ci sont de trois ordres : de structure, de logistique et médicale. Les sections médicales peuvent être : les urgences, le Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ; les laboratoires d'analyses biologiques, le bloc opératoire, l'imagerie, l'exploration fonctionnelle, etc. Une fois ce découpage effectué, la première étape comptable consiste pour chaque hôpital à calculer les dépenses totales par section d'analyse. Mais s'il faut découper l'hôpital en SA, cela ne peut suffire. Dans la comptabilité analytique qu'ils ont édictée en 1985 puis mise à jour en 1991, les chercheurs et la mission PMSI lient les sections d'analyse à ce qu'elles produisent. Le terme retenu est celui d' « unité d'œuvre » (UO). Dans le cas du SMUR par exemple, connaître le coût global de la section d'analyse « SMUR » sur l'année ne suffit pas ; il faut pouvoir dire le coût de production de chaque unité qu'elle a « produite ». L'unité d'œuvre pour laquelle optent les gestionnaires est ici la demi-heure de transport. Il faut donc calculer pour une année le temps durant lequel les véhicules ont roulé, et diviser le coût total annuel par le nombre de demi-heures pour connaître le coût d'une unité d'œuvre.

Pour calculer le coût d'un séjour dans un hôpital, l'hôpital en question va devoir ensuite remplir pour chaque patient un « fichier séjour » dans lequel sont renseignées les informations sur son séjour : par quelles sections d'analyse il est concerné et combien d'unités d'œuvre il a consommées. En combinant la comptabilité analytique de l'établissement et le fichier séjour, les chercheurs et l'administration sont en mesure de dire combien chaque séjour a coûté. Un autre travail doit être réalisé en parallèle, celui faisant des hôpitaux des entités en mesure de classer chaque séjour dans un GHM. Pour implémenter le PMSI dans les hôpitaux de l'échantillon, les chercheurs et la mission PMSI procèdent à un suivi du codage et proposent des simulations de façon à ce que le codage soit le plus « exhaustif » possible et le plus conforme aux nomenclatures édictées par le Ministère. Une fois le système d'information et la comptabilité analytique mis en œuvre, l'état des connaissances comptables est transformé à la fois pour les hôpitaux et pour la tutelle. Pour celle-ci, il est désormais possible de calculer les coûts moyens de production des GHM pour un échantillon donné. Pour les hôpitaux de l'échantillon, leur efficacité devient quantifiable dès lors que le coût national moyen est connu et qu'ils peuvent se comparer les uns aux autres.

2.3. « Trimmer » les patients hors normes

Dès les premières années de l'Étude nationale de coûts, le problème de l'usage d'un coût moyen par GHM est posé et, avec lui, ce qui pourrait rendre cet usage impropre. Ceci n'est en rien spécifique à la France puisque, dès le début des travaux de l'équipe de Yale, le problème des séjours extrêmes était survenu, avec ce que les Américains appellent des « *statistical outliers* », c'est-à-dire des cas statistiquement « aberrants » (Chilingerian, 2008). Les chercheurs en gestion et les membres de la mission PMSI sont confrontés à un problème relativement commun en statistique : les « coefficients de variation » doivent être les plus réduits possible afin de ne pas disposer de groupes de malades aux coûts totalement « dispersés ».

Le travail suppose de se pencher, GHM par GHM, sur la dispersion des coûts de séjour obtenus. Par exemple, une réunion datant de février 1998 se donne pour objectif d'étudier des GHM posant problème avec ce que les gestionnaires appellent des « séjours qui

¹² Pour être sélectionnés, les hôpitaux doivent être volontaires et remplir plusieurs conditions, principalement celle de leur capacité à mettre en place la comptabilité analytique et le PMSI.

biaisent les résultats ». Le GHM 40, par exemple, à savoir les « affections du système nerveux avec comorbidités associées », présente des résultats problématiques.

« En dehors de Marie-Lannelongue (établissement peu représentatif avec un seul séjour à 600 000 francs), aucune disparité criante entre établissements n'est constatée. Strasbourg (STB) présente cependant une durée moyenne de séjour (DMS) 1/3 inférieure à Nîmes (NIM) pour des coûts 1/3 supérieurs. Ce dernier résultat s'explique en fait par la présence d'un séjour de 689 jours à plus de 1,5 million de francs qui tire en moyenne les coûts de ce CHU vers le haut » (Compte-rendu de la réunion du 13 février 1998, École des Mines).

On voit bien qu'un seul séjour peut effectivement bouleverser une courbe et qu'il faut alors expliquer les raisons de ce coût.

« Le séjour de Strasbourg de 689 jours à plus de 1,5 million de francs n'enregistre aucune dépense de personnel médical et soignant. Le DIM de l'établissement¹³ explique cela par le fait qu'il s'agit d'un séjour "à cheval" entre des structures psychiatriques et de court séjour : il lui a donc été imputé une durée de séjour "administrative" qui prend en compte à la fois son séjour en psychiatrie et en chirurgie. En conséquence, un certain nombre de dépenses sont ventilées à la journée sur le séjour » (Compte-rendu de la réunion du 13 février 1998, École des Mines).

L'explication réside ainsi dans la complexité du cas : ce patient est pris en charge pour une affection du système nerveux, mais il souffre également de problèmes psychiatriques ; or, le recueil d'information tend à additionner les deux, ce qui conduit à une durée supérieure à la moyenne et à un coût *a priori* sans commune mesure avec les autres séjours de ce GHM. Pour les chercheurs et la mission PMSI, « ce séjour sera logiquement supprimé de la base de coûts par trimmage ». Le trimmage est cette opération consistant à faire disparaître de la base du calcul les valeurs extrêmes de l'échantillon¹⁴. Le séjour n'est donc pas retenu dans l'étude de coûts. Il n'est statistiquement pas assez normal pour participer à l'étude¹⁵.

Il s'agit donc pour les acteurs d'homogénéiser des groupes n'étant pas nécessairement homogènes. Une frontière est tracée entre ce qui doit être pris en compte et ce qui ne doit pas l'être pour calculer le coût moyen d'un GHM. Dans le cas du GHM 113 (figure 1), la frontière en pointillés exclut de fait les séjours économiquement trop coûteux et anormaux, en l'occurrence celui excédant 18 000 francs et ceux excédant 30 jours.

Certaines voix se sont élevées contre cette coupure statistique, parmi lesquelles nous trouvons celles de Pierre Frutiger et de Jean-Marie Fessler. Le premier est docteur en médecine et en biologie humaine. Il a enseigné notamment à l'université Paris VI et a présidé une société savante, la Société Suisse d'Informatique Médicale. Il a également participé activement aux réflexions sur la mise en place du PMSI en France, dans le cadre du Conseil scientifique du PMSI¹⁶. Le second, Jean-Marie Fessler, a lui aussi été impliqué dans les réflexions sur le PMSI dans les années 1990. Ancien directeur d'hôpital, il est docteur en Éthique médicale et en méthode d'analyse des systèmes de santé, et a siégé

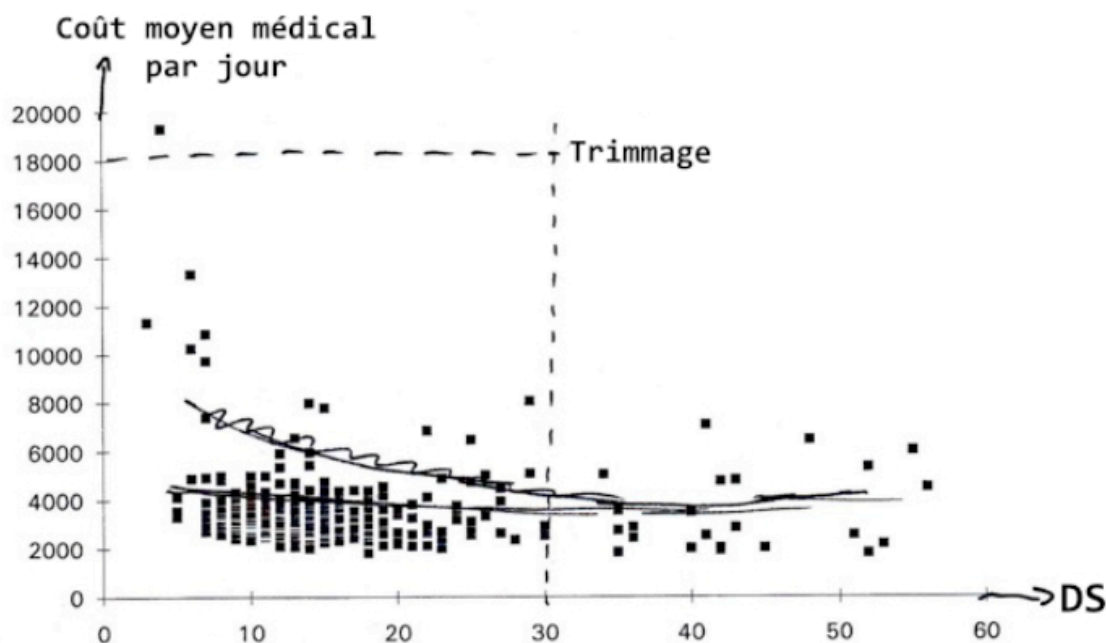
¹³ Le « médecin DIM » (pour Département d'information médicale) est le médecin responsable du service de codage des patients dans le système d'information.

¹⁴ Plusieurs débats ont eu lieu à l'époque pour savoir à quel niveau ce trimmage devait opérer : fallait-il enlever 1 % ou 5 % des valeurs extrêmes ? Finalement, c'est un trimmage à 1 % qui sera retenu.

¹⁵ Laurent Thévenot (1994) a montré l'importance de la normalité en statistique et celle de l'échantillon à la fois en termes de représentativité et de représentation. La représentation est vue par cet auteur comme une action d'incarnation de l'ensemble d'un collectif par un nombre restreint d'individus.

¹⁶ Le Conseil scientifique du PMSI a été créé par le ministère de la Santé en 1986 afin de réfléchir simultanément à la mise en place de l'instrument et aux limites de l'outil. Il a par exemple énormément travaillé sur la nomenclature des GHM.

Figure 1 : Le trimmage des patients



Exemple, annoté par un chercheur, d'une opération de trimmage sur le GHM 113 « Intervention majeure sur le thorax ». En abscisse, nous retrouvons la durée de séjour et en ordonnée, le « coût moyen médical par jour ». L'opération de coupure statistique isole par des pointillés des séjours considérés comme biaisant le calcul de coûts et l'homogénéité du groupe.

au Conseil scientifique du PMSI entre 1990 et 1996. Dès les années 1990, tous deux réfutent la pratique du trimmage, contestant que le coût des prises en charge puisse s'établir selon une distribution *normale* ou *gaussienne*. Ils reprennent alors les résultats de la mission PMSI et des chercheurs et observent que la *dispersion* est telle qu'elle empêche de normaliser les coûts (Fessler et Frutiger, 2003). La critique qu'ils font va plus loin : ce n'est pas seulement le trimmage qui est en cause, mais l'ensemble du processus des GHM. Dans la mesure où tout l'intérêt d'une classification moyenne tient dans la pertinence de la moyenne, si le trimmage ne fonctionne pas, alors les GHM, tels qu'ils sont construits, perdent leur robustesse. Ils contestent le trimmage en cela que les cas les plus légers ne compenseront jamais selon eux les cas les plus lourds. Les « coefficients de variation » sont trop importants. Pour J.-M. Fessler et P. Frutiger, l'opération de trimmage n'a pas ici vocation à rendre plus juste la mesure, mais bien à rendre plus légitime. Cette normalisation par suppression des séjours extrêmes viserait alors à homogénéiser des GHM tout sauf homogènes. Les deux membres du conseil scientifique du PMSI se mobilisent sur cette question durant toute la période où ils siègent, mais également ensuite, dans diverses publications. La technicité de leur critique ainsi que la suppression du conseil scientifique en 1996¹⁷ rendent cependant la dispute très confinée. En définitive, la mission PMSI et les chercheurs maintiennent le choix du trimmage.

Si le PMSI transforme l'hôpital en une entité productrice de soin, son articulation avec une comptabilité analytique permet de définir le coût de cette production. L'Étude

¹⁷ D'après Jean-Marie Fessler, cette suppression serait due à la rédaction cette année-là d'un rapport qui aurait fortement déplu à la Directrice des Hôpitaux de l'époque, Claire Bazy-Malaurie, qui aurait décidé de ne plus convoquer le conseil scientifique. Dans les archives que nous avons consultées, rien ne permet d'établir avec précision les raisons pour lesquelles il n'a plus été réuni.

nationale de coûts opère un nouveau déplacement : un coût moyen par GHM peut être connu et constitue une référence à laquelle chaque hôpital disposant du système d'information et de la comptabilité analytique peut se comparer. Les effets de ces trois instruments sur l'hôpital sont à penser en deux temps. Le premier, celui que nous observons ici, consiste en un changement de perception et de description. L'hôpital ne doit plus seulement être vu (par les régulateurs et les acteurs hospitaliers eux-mêmes) comme une structure soignant des patients, mais désormais comme une entité « produisant » du soin à un certain coût. Le deuxième temps est celui de l'impact de cette transformation sur l'organisation hospitalière. L'objectif, pour la Direction des Hôpitaux, est explicitement d'utiliser les résultats du calcul pour inciter à la diminution des coûts. Dès lors que les hôpitaux sauront ce qu'ils produisent, à quel coût ils le produisent, et pourront se comparer avec d'autres, ils seront, d'après le Ministère, incités à l'efficacité.

3. Quand les coûts « éclairent » l'action publique : réallouer les budgets hospitaliers par le PMSI

Le PMSI et l'ENC sont sujets à des réserves, mais constituent les instruments les plus élaborés concernant l'activité des hôpitaux. Ils doivent désormais devenir des instruments servant à répartir les budgets hospitaliers autrement que selon le principe historique de 1983 (3.1). Disposer de coûts moyens par GHM offre cependant deux possibilités aux pouvoirs publics : tarifier au GHM ou ajuster les budgets en fonction de l'activité et des coûts de production des hôpitaux (3.2). Si c'est bien la deuxième option qui est retenue, elle sera abandonnée au début des années 2000 du fait principalement d'un manque d'automatisme de l'instrument (3.3).

3.1. D'un outil de savoir à un outil de régulation : œuvrer à la péréquation budgétaire

La raison première du PMSI a toujours été de corriger les défauts de la Dotation globale de financement. Si la dotation globale avait été mise en œuvre pour endiguer l'augmentation des dépenses hospitalières, le PMSI a lui vocation à permettre une allocation plus pertinente des budgets. C'est ainsi que l'annonce Simone Veil, alors ministre des Affaires sociales et de la santé, le 19 septembre 1994 :

« Après dix ans de budget global au cours desquels on s'est prononcé trop souvent, faute d'information, sur l'opportunité d'indexer de manière trop uniforme les dotations, les tensions auxquelles sont soumis les établissements hospitaliers les plus dynamiques sont devenues parfois insupportables. À l'inverse, d'autres établissements hospitaliers connaissent des situations qui ne sont pas acceptables à l'heure où les difficultés financières de l'assurance maladie pèsent si fortement sur l'équilibre des comptes sociaux. Cette situation ne peut plus durer. Aussi ai-je demandé que soit accéléré le programme de médicalisation du système d'information afin que nous disposions enfin d'informations médicalisées susceptibles d'éclairer les choix budgétaires » (Citation extraite du journal *Le Monde*, 21 septembre 1994).

En évoquant, et en les mettant en balance, les établissements dits sur-dotés et les établissements sous-dotés, la Ministre rappelle le principal inconvénient de la Dotation globale de financement, qui est de figer les budgets des établissements d'une année à l'autre. La dotation globale est décidée au niveau national puis répartie en enveloppes régionales. Les services déconcentrés de l'État (les Directions départementales pour l'action sanitaire et sociale jusqu'en 1996 puis les Agences régionales de l'hospitalisation) ont en charge la répartition de cette enveloppe entre les hôpitaux du territoire, mais aussi les négociations concernant les éventuelles rallonges budgétaires à accorder. L'instrument convoqué pour résoudre le problème de l'inégale répartition des moyens est explicitement le PMSI. Plus précisément, et même si cela n'apparaît pas dans le discours de Simone Veil, il s'agit du PMSI articulé à l'Étude nationale de coûts puisque

le système d'information ne fait que dire l'activité des hôpitaux et non leur niveau d'efficience.

La situation « inégalitaire » entre hôpitaux a fait l'objet d'un travail de recherche conséquent à la Direction des Hôpitaux, réalisé notamment par un fonctionnaire de cette administration, Élias Coca, membre de la mission PMSI. En 1995, il publie un ouvrage intitulé *Les inégalités entre hôpitaux, obstacle à l'efficacité et à l'équité de la maîtrise des dépenses hospitalières* (Coca, 1995), dans lequel il présente une étude des différentes formes d'inégalités et de ses explications. Celles-ci sont de deux types : entre types d'établissements — centres hospitaliers régionaux (CHR), centres hospitaliers universitaires (CHU), etc. — et entre régions. Sur le cas des inégalités entre CHR, Élias Coca pointe des inégalités budgétaires, ou « d'enveloppes » pour reprendre ses mots, en précisant que ces enveloppes doivent correspondre aux besoins des populations. Pour établir un premier rapport, l'auteur va réaliser une comparaison entre le nombre d'habitants et les moyens alloués. Il distingue cinq types de régions : celles dont le financement est « trop élevé », comme l'Île-de-France, la Lorraine ou l'Alsace ; celles dont la situation est « confortable », ou plutôt celle puisqu'il n'y en a qu'une, le Languedoc-Roussillon ; celles disposant de financements « moyens », comme le Limousin, la région PACA ou la Basse-Normandie ; celles aux « faibles » moyens comme l'Auvergne, la Bretagne ou l'Aquitaine et, enfin, celles aux moyens « insuffisants » comme le Poitou-Charentes, la Picardie ou la Bourgogne. Les préconisations sont en apparence simples. Élias Coca recommande de « diminuer l'enveloppe régionale attribuée aux CHR dans les cinq régions concernées », à savoir celles appartenant aux deux premières catégories, et « d'augmenter l'enveloppe régionale accordée aux CHR des quatre régions défavorisées ».

Les inégalités budgétaires sont inhérentes à la dotation globale dès lors que celle-ci implique un renouvellement des budgets chaque année. Elles ne sont cependant pas seulement dues à un écart entre la part de la population et les moyens alloués, mais aussi aux variations de l'activité des hôpitaux. Et sur ce point, des données plus fines sont nécessaires pour pouvoir procéder à la péréquation. Grâce au système d'information, les membres de la mission PMSI et les chercheurs sont en mesure de connaître la *case-mix* de l'hôpital, c'est-à-dire la composition de son « activité » par GHM en plus de son budget. C'est l'articulation de ces deux connaissances qui rend possible le gouvernement des budgets hospitaliers. L'usage du PMSI afin d'agir sur l'allocation des ressources a un précédent, celui des États-Unis où il a servi à transformer les coûts des GHM en des tarifs. Si cette option est envisagée, du moins connue à l'époque en France, ce n'est pas celle qui va être retenue.

3.2. *Tarifer ou ne pas tarifer*

Une première possibilité technique permise par le PMSI est bien la tarification telle que la réforme Medicare l'a promue. Il s'agit de transformer les coûts moyens par GHM en des tarifs constituant la base de la rémunération des hôpitaux en fonction des GHM qu'ils produisent. Nous avons vu que cette possibilité avait été rejetée dès 1985 (Moison, 1985). L'idée est donc, pour le Ministère et pour les chercheurs, d'inventer un mécanisme permettant de conserver la dotation globale tout en rendant possible un ajustement des budgets des hôpitaux. L'alternative se joue alors entre une tarification par GHM et un ajustement marginal des budgets. Un certain nombre de documents officiels évoquent la tarification¹⁸ ; celle-ci n'est donc pas étrangère à cette période.

¹⁸ Une note de la Direction des Hôpitaux indique ainsi que « l'hypothèse d'une tarification par pathologie dans le secteur public n'est pas actuellement envisagée, même si elle ne peut être définitivement exclue pour l'avenir » (note n° 10138 du 28 octobre 1992).

Certains fonctionnaires comme Élias Coca formulent même des propos favorables à l'idée d'une tarification, mais ils demeurent minoritaires au sein de la Direction des Hôpitaux.

C'est dans les règles de la comptabilité analytique que les membres de la mission PMSI et les chercheurs en gestion vont inscrire le choix de la deuxième solution. La règle 2 de la comptabilité analytique extraite des « Dix règles de la comptabilité analytique » stipule :

« Les résultats de comptabilité analytique ne peuvent être à la base d'un référentiel, en routine, entre un prestataire de service et son payeur. Si c'est le cas, les dysfonctionnements apparaissent et l'échange se pervertit » (Archive de l'École des Mines de Paris).

Deux points vont justifier le choix d'un ajustement à la marge. Le premier est celui de l'incertitude entourant les résultats de l'étude, le second est celui de la marge à laisser à l'action politique.

Les chercheurs notent que le système d'information et l'étude de coûts ne peuvent offrir une vue complète et entièrement fiable de l'activité et de l'efficacité des hôpitaux. Ces imprécisions peuvent tenir à la difficulté d'évaluer des surcoûts qui pourraient paraître justes, « [pour] des hôpitaux avec des activités coûteuses pour des problèmes d'accessibilité, pour les hôpitaux de montagne, pour les maternités maintenues dans des hôpitaux isolés »¹⁹. D'autres éléments expliquent la prudence à laquelle appellent les chercheurs : la difficulté à intégrer les dépenses d'investissement dans le calcul de coûts des séjours et l'impossibilité de tenir compte de tous les séjours dans le calcul, dans la mesure où les plus élevés biaisent la moyenne. L'autre raison pour laquelle la tarification n'est pas retenue est la volonté du Ministère de ne pas automatiser les rémunérations des hôpitaux sur la base de tarifs par GHM dans la mesure où cette automaticité ne permettrait plus des négociations entre tutelles et établissements. L'application automatique déposséderait le politique de son travail d'allocation budgétaire et laisserait aux établissements la possibilité de jouer avec les règles du jeu afin d'augmenter leurs recettes²⁰. Ce n'est pas ce que souhaitent la Direction des Hôpitaux et Philippe Burnel, chef de la mission PMSI, qui dit, lors d'une réunion le 16 septembre 1994 : « de toute façon, je ne veux pas de modèle totalement automatique, il faut laisser à la tutelle sa partie de travail la plus intelligente ». Le modèle de la dotation globale suppose en effet une reconduction des budgets selon un principe historique, mais il laisse aux services déconcentrés de l'État — les Directions départementales de l'action sanitaire et sociale — la capacité de négocier avec les hôpitaux, au cas par cas, des rallonges budgétaires en cas de difficulté. Mais ces négociations ne seraient pas les seules à être rendues impossibles par une tarification. Philippe Burnel précise que c'est la marge de négociation des DDASS avec le ministère de la Santé qui serait mise en cause, et qu'elles ne le supporteraient pas.

Le gouvernement des budgets hospitaliers ne va pas se faire grâce à un nouveau mode de financement, en l'occurrence la tarification, mais par des ajustements progressifs reposant sur la quantification de l'activité et sur l'évaluation des différences d'efficacité entre hôpitaux, ce que nous proposons d'appeler un gouvernement « avec tact et mesure ». Les raisons de l'usage avec tact et mesure de l'instrument tiennent à cette double contrainte, métrologique et politique. Les faiblesses de l'étude de coûts, recon-

¹⁹ Intervention de F. Engel lors d'une réunion, note manuscrite, date inconnue.

²⁰ Le risque d'un effet pervers du système de tarification, comparable en cela à ceux des prix de journée, est exposé très rapidement. Il prend le nom de « DRG business game », c'est-à-dire d'une stratégie des hôpitaux visant à déclarer plus qu'ils ne soignent vraiment ou, de façon plus fine, à déclarer des comorbidités augmentant le prix du séjour.

nues par les inventeurs de l'ENC, les poussent à réclamer auprès de la Direction des Hôpitaux un usage prudent de l'instrument, c'est-à-dire tenant compte de ses limites. La tarification serait un manque de prudence. La raison politique repose, elle, sur la nécessité pour cette même Direction de laisser aux structures décentralisées une marge de manœuvre pour décider des ajustements budgétaires. Ceci permet simultanément de préserver la marge de négociation de la Direction des Hôpitaux avec ces structures décentralisées. Cela tient à la fois à un souci de ne pas bouleverser les équilibres budgétaires des établissements de santé et à une crainte de voir naître des situations de conflit si des réallocations trop brutales venaient à être décidées.

3.3. Ajuster les budgets à la marge : l'invention des points ISA

L'objectif fixé à la mission PMSI et aux chercheurs en gestion est de mettre en œuvre une « péréquation nationale des ressources entre régions », c'est-à-dire une répartition équitable et mesurée des moyens alloués aux hôpitaux en fonction des besoins des uns et des autres. Pour cela, les chercheurs en gestion vont développer une innovation : les points d'Indice synthétique d'activité, appelés aussi « points ISA ». Les points ISA constituent une quantification non monétaire des prises en charge. Chaque Groupe homogène de malades va se voir attribuer, en fonction de son coût, un nombre de points ISA. En 1995, la première Échelle nationale de coûts est publiée²¹. Elle recense pour chaque GHM le nombre de séjours observés, la valeur du GHM en points ISA et le coefficient de variation, c'est-à-dire l'amplitude de l'écart entre les séjours les moins coûteux et ceux les plus coûteux.

Comment obtient-on la valeur ISA de chaque GHM ? S'opère en fait un glissement d'une *étude* à une *échelle* de coûts. Ce passage à une échelle repose sur l'idée que la technique du calcul de coûts ne permettant pas de dire assurément le coût *moyen* de chaque GHM, il s'agit davantage de proposer des coûts *relatifs* entre GHM et de les placer sur une échelle. Mais comme pour toute échelle, encore faut-il trouver une valeur de référence. Il s'agit alors pour les acteurs de trouver le GHM le plus standard possible et où la « dispersion des coûts » serait la plus faible possible. Le choix se porte sur l'accouchement par voie basse et sans complication. Ce GHM, le numéro 540, se voit attribuer la valeur de 1000 points autour de laquelle s'étendra une échelle allant de 89 points pour le GHM 682 (une séance de radiothérapie) à 18 697 points pour le GHM 151 (une transplantation cardiaque). L'ENC est primordiale dans l'élaboration des points ISA dans la mesure où la valeur en ISA des GHM dépend de leur coût moyen calculé au niveau national par l'Étude nationale de coûts.

L'entrée en vigueur des points ISA comme instrument d'ajustement des budgets se fait en 1996 (avec une première année d'usage effectif en 1997), au moment même où naissent les Agences régionales de l'hospitalisation, qui absorbent notamment les anciennes DDASS. Chaque année, les hôpitaux doivent désormais transmettre aux ARH les informations concernant leur activité²². La tutelle au niveau régional, à qui revient la charge de répartir les budgets entre hôpitaux, dispose alors en théorie d'informations pouvant lui permettre de corriger les défauts du budget global. Elle dispose de l'activité des hôpitaux, d'un volume de production en points ISA et du budget de l'établissement.

Mais le PMSI est loin d'être implémenté dans tous les établissements. Ce sont donc les tutelles locales qui traitent les informations fournies par les hôpitaux de façon à conver-

²¹ L'Échelle nationale de coûts est le résultat de l'Étude nationale de coûts. Par souci de clarté, l'acronyme ENC ne concerne que l'étude. Lorsqu'il est question de l'échelle, le terme est directement employé.

²² Les hôpitaux avaient déjà, dès 1995, l'obligation de transmettre ces informations à la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Cependant, les points ISA ne pouvant être utilisés pour réallouer les budgets qu'à partir de 1997, nous parlons ici uniquement des ARH.

tir les séjours en GHM puis en points ISA (Engel *et al.*, 2000). Une fois que la tutelle dispose de ces informations, elle connaît le volume de production total sur la région en points ISA ainsi que les volumes hôpital par hôpital. Elle peut ainsi calculer la valeur du point ISA au niveau régional (à partir du budget alloué à l'ARH et qu'elle doit répartir entre les hôpitaux) et la valeur du point ISA de chaque établissement. Cette valeur est définie en divisant le budget de l'hôpital ou de la région par la production en points ISA. Un établissement ayant un point ISA inférieur à la valeur régionale est alors dit sous-doté. Celui ayant un point ISA supérieur est dit sur-doté. Ces calculs sont diffusés par l'ARH à l'ensemble des établissements de la région, de façon à créer un effet de comparaison en matière d'efficience (Engel *et al.*, 2000, p. 152). La tutelle, grâce au PMSI permettant de connaître le contenu de l'activité des hôpitaux et grâce à l'ENC permettant de connaître les coûts moyens des séjours transformés en points ISA, peut désormais dire quels établissements doivent voir leur budget augmenter, et lesquels doivent le voir diminuer (Moisdon, 2000).

3.4. *L'abandon des points ISA et le passage à une tarification hospitalière*

Mis en place en 1997, le système des points ISA se heurte à de nombreux obstacles. Pour l'un de ses concepteurs, Jean-Claude Moisdon, une première difficulté réside dans un niveau de technicité élevé de l'instrument, cette technicité conduisant à une lisibilité peu évidente de la réallocation, notamment pour le corps médical :

« Le système des points ISA est techniquement plus pertinent [qu'une tarification]. À la limite, le problème, c'est qu'il n'est pas clair pour les médecins » (Entretien avec Jean-Claude Moisdon, 21 mars 2011, Paris).

Le deuxième obstacle est lié à la période où il est mis en œuvre. À la fin des années 1990, si le PMSI est désormais obligatoire, de très nombreux établissements ne sont pas encore en mesure de fournir les données aux tutelles régionales, du fait d'une implémentation limitée de l'outil. Si les points ISA sont utilisés dès 1997 dans certaines régions (notamment l'Île-de-France), nombreuses sont celles qui peinent à les utiliser.

Un troisième obstacle réside selon nous dans ce qui faisait le principe même du gouvernement avec tact et mesure, à savoir la volonté de ne pas automatiser les ajustements, mais de les confier à des tutelles régionales. La position des ARH face aux acteurs locaux (directeurs d'hôpitaux, élus, médecins) les maintient en position de faiblesse. Dès lors que l'utilisation des points ISA est à la discrétion des directeurs et directrices d'ARH, elle peut être contrariée par le poids politique de ces acteurs. Les travaux de Daniel Benamouzig et Frédéric Pierru ont insisté sur leur capacité à nouer des dialogues directement avec le niveau national, notamment afin d'obtenir des rallonges, ce qui a conduit à rendre impossible la maîtrise budgétaire que devait permettre la Dotation globale de financement (Benamouzig, 2005 ; Pierru, 2007). Si nous n'avons pas connaissance de cas similaires pour bloquer l'usage des points ISA, il apparaît que cet usage a fait l'objet d'oppositions marquées, ce qu'explique un ancien directeur d'ARH de la région Centre, Bernard Marrot :

« Je me suis trouvé avec la possibilité d'utiliser le PMSI non pas comme instrument de tarification, mais comme instrument d'aide à la décision. Je peux vous dire que ça a été saignant. Je me suis attelé à cette affaire [à partir de 1997] et sur la base des points ISA [...] ma première décision a été de réduire l'enveloppe du CHR d'Orléans de 0,05 %. J'ai eu 1500 personnes devant mon agence, les ponts d'Orléans bloqués » (entretien avec Bernard Marrot, 28 juin 2013, Nantes).

L'opposition aux points ISA s'explique par l'impact de leur application sur les hôpitaux sur-dotés. Dès lors qu'ils sont utilisés pour permettre une péréquation des moyens, ils peuvent conduire à des baisses de dotations budgétaires pour certains hôpitaux. Pour

Bernard Marrot, les points ISA ne seront pas utilisés par plus de trois régions. Le chiffre est probablement sous-estimé, mais il apparaît évident qu'ils n'auront pas été mobilisés comme les chercheurs pensaient qu'ils le seraient²³. Non seulement l'usage des points ISA est circonscrit à quelques régions, mais les effets de l'instrument ne sont pas immédiats. Pour les concepteurs des points ISA, en ajustant à la marge les budgets, l'équilibre ne pouvait se faire avant une vingtaine d'années. Cet ajustement « à la marge », cet effet « homéopathique » des points ISA sur les budgets est à mettre au compte de ces chercheurs nuanciant la précision de leurs méthodes de calcul, nuance relevant de ce qu'Alain Desrosières nomme une « saine hygiène de l' "à peu près" » (Desrosières, 2008, p. 135).

C'est cette prudence qui n'apparaît plus indispensable à partir du début des années 2000 et de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (la T2A). Cette mise en œuvre va par ailleurs aller de pair avec un effacement des chercheurs en gestion sur la scène de la régulation hospitalière. Si certains chercheurs partent en retraite ou décident de basculer sur d'autres objets de recherche, il n'en est pas moins notable qu'ils ne sont pas conviés aux réflexions sur la tarification. Du côté de l'administration, la mission PMSI perd son rôle de conseil stratégique dans la mesure où elle est dissoute dans une agence à vocation technique, l'Agence technique pour l'information hospitalière (ATIH) créée en 2000.

Du côté du Ministère, la lenteur des effets des points ISA commence à apparaître comme problématique à la fin des années 1990. Dans le courant de l'année 1999 est inscrite dans la loi du 28 juillet portant création d'une Couverture maladie universelle (CMU) une disposition autorisant le gouvernement à expérimenter, « à compter du 1^{er} janvier 2000 et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie »²⁴. La tarification à l'activité, votée en 2003 et mise en œuvre progressivement de 2004 à 2007, consiste en un usage différent des coûts moyens par GHM issus de l'ENC. Ces coûts sont transformés en tarifs nationaux non négociables en cours d'exercice.

La tarification à l'activité a été précisément développée dans le but de ne plus entraver les réajustements budgétaires. Elle s'inscrit dans un contexte de renforcement du contrôle des dépenses. La T2A, tout comme le budget global, s'inscrit dans un cadre défini en 1996, celui de l'Objectif national des dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM)²⁵. La T2A a permis un ralentissement des dépenses conséquent puisque les taux de progression de l'ONDAM étaient par exemple de 5,2 % en 2004 et de 3,4 % en 2008. Cette capacité de la T2A à rendre possible une meilleure maîtrise des dépenses que la dotation globale de financement (articulée aux points ISA) s'explique par la mise à distance des mécanismes de rémunération en empêchant les hôpitaux de négocier le niveau de leurs recettes comme cela pouvait être le cas auparavant. Alors que, jusque-là, le financement des hôpitaux était grandement fonction des négociations entre les ARH et les établissements, avec la T2A il dépend de tarifs établis en début d'année et identiques pour tous les hôpitaux publics. La tarification a aussi eu des effets sur les budgets hospitaliers,

²³ Les effets sur les budgets des établissements ne seront finalement qu'assez peu effectifs. En 2000, Jean-Claude Moisson écrivait ainsi : « pour l'instant, ces prélèvements ou restitutions sont faibles. Par exemple, sur l'Île-de-France, ils ont été limités en 1998 à 1,4 % du budget pour les prélèvements et à 0,8 % du budget pour les augmentations » (Moisson, 2000, p. 42).

²⁴ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, article 55. D'après Bernard Marrot, c'est Claude Évin, alors député, qui aurait insisté pour que cette disposition soit inscrite dans la loi, malgré les réticences de la ministre en charge des Affaires sociales, Martine Aubry.

²⁵ Il s'agit d'un plafond théorique défini par le Ministère et voté par le Parlement chaque année de façon à tenir le rythme de croissance des dépenses de l'assurance maladie. Il est décliné en différents secteurs d'activité : médecine de ville, médicaments, hôpitaux, etc.

certains hôpitaux ayant vu leur situation financière se dégrader fortement à partir du milieu des années 2000²⁶. En 2008, les Hospices civils de Lyon (HCL), l'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM), l'Assistance Publique — Hôpitaux de Paris (AP-HP), les CHU de Nancy, de Nice, de Nantes, de Saint-Étienne, de Strasbourg, de Caen et de Fort-de-France présentaient des situations déficitaires. La diminution du rythme de progression de l'ONDAM et les effets de la tarification ont conduit à des réajustements budgétaires effectifs, dans des proportions que n'avait pas permis l'usage des points ISA. Selon la Cour des comptes (2010, p. 272), « on constate que les hôpitaux historiquement sur-dotés constituent l'essentiel des établissements déficitaires. Ils se rencontrent prioritairement dans certaines régions, elles aussi globalement sur-dotées (exemple Provence Alpes Côte d'Azur) ».

L'incertitude métrologique qui avait justifié l'invention des points ISA et le maintien de la dotation globale de financement n'a ainsi pas constitué un élément suffisant pour empêcher la mise en place d'une tarification. Elle n'a cependant pas disparu puisque les enjeux contemporains relatifs à la réforme de la tarification portent précisément sur la capacité parfois limitée des instruments de mesure de l'activité hospitalière²⁷.

4. Conclusion : du gouvernement par les budgets au gouvernement par les tarifs

La mise en œuvre de la tarification à l'activité et la fin de la dotation globale de financement constituent le passage d'un mode de gouvernement des budgets hospitaliers à un autre. Si les points ISA reposaient sur l'idée d'un ajustement progressif et à la marge des budgets, un gouvernement avec tact et mesure des allocations budgétaires, la tarification consiste, elle, en un paiement plus direct basé sur l'activité déclarée de l'hôpital. Le gouvernement par les tarifs se caractérise par une volonté de ne plus permettre les négociations informelles entre les tutelles locales et les établissements. Cette confiscation se fait en éloignant la décision de l'échelon local, en la recentralisant²⁸ : les montants versés aux hôpitaux ne seront plus fonction de discussions entre ARH et hôpitaux, mais le seront désormais par des règles tarifaires décidées au niveau national, par le Ministère, et mises en œuvre par l'ATIH, organisme succédant à la mission PMSI. Cette apparente dépolitisation du financement des hôpitaux publics par le développement d'une « nouvelle bureaucratie technique » (Benamouzig et Besançon, 2005) ne signifie pas pour autant la fin des négociations entre acteurs du monde hospitalier. En effet, si les hôpitaux à l'échelle locale ne semblent plus avoir le poids qu'ils avaient du temps de la dotation globale de financement, en revanche la confection tarifaire implique des discussions et des négociations permanentes, notamment avec les fédérations hospitalières représentant les établissements publics, privés et privés à but non lucratif²⁹.

Qu'il s'agisse des points ISA ou de la T2A, cet article montre que le système d'information est un élément important pour la tutelle, mais qu'il ne peut suffire dès le moment où

²⁶ Selon la Cour des comptes (2009, p. 175), 43 % des hôpitaux publics ont vu leurs rentrées financières diminuer avec l'instauration de la T2A.

²⁷ Une commission mandatée par le ministère de la Santé et dirigée par l'ancien député Olivier Véran planche ainsi depuis 2015 sur une série de recommandations pour réformer le système de financement des hôpitaux. La faiblesse de l'Étude nationale de coûts pour quantifier certaines activités est régulièrement mentionnée dans les auditions que la commission réalise.

²⁸ Cette recentralisation des règles de financement s'accompagne cependant d'une autonomisation des hôpitaux dans leurs stratégies de développement d'activité et donc dans le niveau de leurs recettes (même si des règles très strictes s'appliquent concernant l'autorisation d'implantation ou de développement d'une activité).

²⁹ Si ces négociations s'inscrivent dans l'histoire de la régulation hospitalière marquée par un dialogue entre l'État et les représentants des établissements de santé pour la définition des politiques de santé, elles s'expliquent désormais d'autant plus que les hôpitaux n'ont plus la main sur les règles de financement.

les pouvoirs publics cherchent à réallouer les fonds. En nous intéressant aussi à l'Étude nationale de coûts, nous insistons sur l'instrumentation économique de l'État, et plus précisément sur le processus concret de mise en place d'une étude comptable au niveau national. L'intérêt réside dans la capacité de cet instrument à donner naissance à deux modes de gouvernement différents qui reposent sur deux conceptions différentes de l'action politique. La plupart des travaux consacrés à cette période portent la focale sur le PMSI ; mais il importe de bien voir que ce système d'information ne peut être opérant sans l'Étude nationale de coûts. Étudier les deux simultanément permet de saisir une histoire instrumentale singulière, celle d'un outil de savoir médical et comptable dans lequel est inscrite la possibilité d'un usage (la tarification telle qu'elle a été développée aux États-Unis), usage rejeté par la Direction des Hôpitaux jusqu'à la fin des années 1990 et finalement adopté au début des années 2000. En cela, l'étude des instruments de financement — à la fois de leur histoire et de leur fonctionnement — permet d'analyser la matérialité des transformations de l'action publique et l'imbrication étroite des dispositifs économiques et des logiques politiques. De même, l'étude socio-historique et socio-technique des modes d'allocation nécessite de regarder, au-delà des seuls instruments, les acteurs, les institutions et les logiques cognitives à l'œuvre. En *dépliant ces objets*, il est possible de saisir avec plus d'acuité encore les effets de coalitions, de lutte, les processus d'institutionnalisation et de légitimation d'une gouvernamentalité par les nombres (Supiot, 2015).

Annexe 1 : synthèse chronologique

- 1981 Arrivée de Jean de Kervasdoué à la tête de la Direction des Hôpitaux.
- 1983 Réforme de la Dotation globale de financement et lancement des réflexions sur le PMSI.
- 1983 Réforme Medicare aux États-Unis, transformant le système des DRG en un mécanisme tarifaire.
- 1984 Première classification française de GHM.
- 1984 Publication d'une étude sur quatre établissements afin d'établir les modalités de mise en œuvre d'une comptabilité analytique. Étude confiée à des chercheurs en gestion de l'École des Mines.
- 1985 Publication d'un Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière.
- 1986 Changement de gouvernement ; Jean de Kervasdoué est remplacé à la tête de la Direction des Hôpitaux par François Delafosse.
- 1989 Arrivée de Gérard Vincent à la tête de la Direction des Hôpitaux.
- 1991 Publication d'une nouvelle comptabilité analytique.
- 1992 Lancement de l'Étude nationale de coûts.
- 1992-1995 Mise en place de l'Étude nationale de coûts, sélection des établissements participants, implémentation de la comptabilité analytique, agrégation des résultats. Obtention de coûts moyens par GHM et invention des Points ISA.
- 1995 Publication de la première Échelle nationale de coûts.
- 1996 Lancement des points ISA.
- 1997 Première année d'usage des points ISA par les ARH.
- 1999 Inscription dans la loi d'une expérimentation de la tarification à la pathologie.
- 2000 Création de l'Agence technique pour l'information hospitalière venant remplacer la mission PMSI et les chercheurs en gestion.
- 2003 Loi de financement de la sécurité sociale inscrivant la T2A pour 2004.

Annexe 2 : table des sigles

AP-HM	Assistance publique des Hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARH	Agences régionales de l'hospitalisation (jusqu'en 2010)
ARS	Agences régionales de santé (depuis 2010)
ATIH	Agence technique pour l'information hospitalière
CGS	Centre de gestion scientifique
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMU	Couverture maladie universelle
CRG	Centre de recherche en gestion de l'École Polytechnique
DDASS	Directions départementales de l'action sanitaire et sociale jusqu'en 1977 ; Directions départementales des affaires sanitaires et sociales aujourd'hui
DGF	Dotation globale de financement
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMS	Durée moyenne de séjour
DIM	Département d'information médicale
DRG	<i>Diagnosis Related Group</i>
ENC	Étude nationale de coûts
GHM	Groupes homogènes de malades
HCL	Hospices civils de Lyon
ISA	Indice synthétique d'activité
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses de l'Assurance maladie
UO	Unité d'œuvre
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
SA	Section d'analyse
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
T2A	Tarifification à l'activité

Auteur

Pierre-André Juven

Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (Cermes3), UMR
CNRS 8211, Unité Inserm 988, EHESS, Université Paris Descartes, 45 rue des Saints-
Pères, 75006 Paris, France
pierreandre.juven[at]gmail.com

Remerciements

Je tiens à remercier ici Liliana Doganova et Benjamin Lemoine pour leurs retours à propos d'une version antérieure de cet article. Je remercie également les évaluateurs de la revue *Sociologie du travail* pour leurs commentaires qui ont grandement contribué à l'amélioration de ce texte. Enfin, un grand merci à Anne Bertrand pour son travail minutieux et extrêmement précieux de relecture.

Note de la rédaction

Premier manuscrit reçu le 26 septembre 2015 ; article accepté le 13 décembre 2016.

Références

- Akrich, M., 1987, « Comment décrire les objets techniques », *Techniques et culture*, n° 9, p. 49-64.
- Barrey, S., 2006, « Formation et calcul des prix : le travail de tarification dans la grande distribution », *Sociologie du travail*, vol. 48, n° 2, p. 142-158.
- Belorgey, N., 2010, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, La Découverte, Paris.
- Benamouzig, D., 2005, *La Santé au miroir de l'économie. Une histoire de l'économie de la santé en France*, Presses universitaires de France, Paris.
- Benamouzig, D., Besançon, J., 2005, « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du travail*, vol. 47, n° 3, p. 301-322.
- Berg, M., 1997, *Rationalizing Medical Work: Decision-Support Techniques and Medical Practices*, The MIT Press, Cambridge.
- Bertillot, H., 2014, « La rationalisation en douceur : sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital », Thèse de doctorat en sociologie, Sciences Po Paris.
- Bezes, P., 2009, *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Presses universitaires de France, Paris.
- Bezes, P., Siné, A. (dir.), 2012, *Gouverner (par) les finances publiques*, Presses de Sciences Po, Paris.
- Binst, M., 1990, *Du mandarin au manager hospitalier*, L'Harmattan, Paris.
- Bonnici, B., 1998, *L'Hôpital. Enjeux politiques et réalités économiques*, La documentation française, Paris.
- Castel, P., Dalgarrondo S., 2005, « Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales », *Sciences sociales et santé*, vol. 23, n° 4, p. 5-39.
- Chiapello, È., 2005, « Les normes comptables comme institution du capitalisme. Une analyse du passage aux normes IFRS en Europe à partir de 2005 », *Sociologie du travail*, vol. 47, n° 3, p. 362-382.
- Chilingerian, J., 2008, « Origins of DRG in the United States: A Technical, Political and Cultural Story », in Kimberly, J., De Pourville, G, D'Aunno, T. (dir.), *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care*, Cambridge University Press, Cambridge, p. 4-33.
- Coca, É., 1995, *Les Inégalités entre hôpitaux. Obstacle à l'efficacité et à l'équité de la maîtrise des dépenses hospitalières*, Berger-Levaul, Paris.
- Cour des comptes, 2009, Rapport de la Sécurité sociale.
- Cour des comptes, 2010, Rapport de la Sécurité sociale.
- Desrosières, A., 2008, *Gouverner par les nombres. L'argument statistique 2*, Presses de l'École des Mines, Paris.
- Didier, E., 2009, *En quoi consiste l'Amérique ? Les statistiques, le New Deal et la démocratie*, La Découverte, Paris.
- Domin, J-P., 2013, *Histoire économique de l'hôpital*, tome 2, La documentation française, Paris.
- Ellis, R.P., McGuire, T.G., 1996, « Hospital Response to Prospective Payment: Moral Hazard, Selection and Practice-Style Effects », *Journal of Health Economics*, vol. 15, n° 3, p. 257-277.
- Engel, F., Moïsdon, J.-C., Nakhla, M., 1989, « Des coûts par GHM, pour quoi faire ? De l'usage des coûts moyens par Groupe Homogène de Malades pour la gestion interne d'un hôpital », École Normale de la Santé Publique, Rennes.
- Engel, F., Kletz, F., Moïsdon J.-C., Tonneau, D., 2000, *La Démarche gestionnaire à l'hôpital. Le PMSI*, Seli Arslan, Paris.
- Etner, F., 1987, *Histoire du calcul économique en France*, Economica, Paris.
- Eyraud, C., 2003, « Pour une approche sociologique de la comptabilité. Réflexion à partir de la réforme comptable chinoise », *Sociologie du travail*, vol. 45, n° 4, p. 491-508.

- Fessler, J.-M., Frutiger, P., 2003, *La Tarification hospitalière à l'activité. Éléments d'un débat nécessaire et propositions. De la critique d'une réforme budgétaire au juste financement de la santé*, Éditions Lamarre, Rueil-Malmaison.
- Fetter, R., Donald, A., Brand, D., 1991, *DRGs: Their Design and Development*, Health Administration Press, Chicago.
- Geist, P., Hardesty, M., 1992, *Negotiating the Crisis: DRGs and the Transformation of Hospitals*, Routledge, New-York.
- Hassenteufel, P., 1997, *Les Médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Presses de Sciences Po, Paris.
- Hatchuel, A., Moisdon, J.-C., Molet, H., 1984, « L'analyse des systèmes d'informations hospitaliers dans le cadre du projet PMSI. Le cas de quatre établissements dans la région de Grenoble », Archive de l'École des Mines, Paris.
- Hopwood, A., Miller, P. (dir.), 1994, *Accounting as Social and Institutional Practice*, Cambridge University Press, New-York.
- Juven, P.-A., 2016a, *Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public*, Presses universitaires de France, Paris.
- Juven, P.-A., 2016b, « Politique des coûts, politique des écarts. Étude d'une controverse métrologique sur les tarifs hospitaliers », *Gouvernement et action publique*, vol. 5, n° 1, p. 35-62.
- Kervasdoué, J. de, 1999, *Santé : pour une révolution sans réforme*, Gallimard, Paris.
- Kimberly, J., De Pourville, G., D'Aunno, T. (dir.), 2008, *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Kurunmäki, L., 1999, « Making an Accounting Entity: The Case of Hospital in Finnish Health Care Reform », *European Accounting Review*, vol. 8, n° 2, p. 219-237.
- Lane, J.-E., 2006, *Public Administration and Public Management. The Principal-Agent Perspective*, Routledge, New-York.
- Lascombes, P., Le Galès, P., 2004, *Gouverner par les instruments*, Presses de Sciences Po, Paris.
- Molinié, É., 2005, « L'hôpital public en France : bilan et perspectives », Avis et rapports du Conseil économique et social, année 2005 / n° 10, NOR : C.E.S. X00000110V.
- Moisdon, J.-C., 1985, « Du budget global au Groupes Homogènes de Malades », Communication à l'École des Mines, Paris.
- Moisdon J.C., 2000, « Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français », *Sociologie du travail*, vol. 42, n° 1, p. 31-42.
- Pierru, F., 1999, « L' "hôpital-entreprise". Une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*, n° 46, p. 7-47.
- Pierru, F., 2007, *Hippocrate malade de ses réformes*, Éditions du croquant, Bellecombe-en-Bauges.
- Porter, T., 1995, *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton University Press, Princeton.
- Supiot, A., 2015, *La gouvernance par les nombres*, Fayard, Paris.
- Thévenot, L., 1994, « Statistique et politique. La normalité du collectif », *Politix*, n° 25, p. 5-20.