



HAL
open science

Dynamiques de la gouvernamentalité : concurrence et calcul des coûts dans le système de santé français

Marc Nikitin, Jean-Baptiste Capgras, Dragos Zelinschi

► To cite this version:

Marc Nikitin, Jean-Baptiste Capgras, Dragos Zelinschi. Dynamiques de la gouvernamentalité : concurrence et calcul des coûts dans le système de santé français. Accountability, responsabilités et comptabilités, IAE de Poitiers (Université de Poitiers); Centre de REcherche de Gestion (CEREGE), May 2017, Poitiers, France. pp.cd-rom. hal-01907396

HAL Id: hal-01907396

<https://hal.science/hal-01907396v1>

Submitted on 29 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Dynamiques de la gouvernamentalité : concurrence et calcul des coûts dans le système de santé français

**Marc NIKITIN
Jean-Baptiste CAPGRAS
Dragos ZELINSCHI**

Résumé : Les difficultés de financement des systèmes de santé ont mené à des tentatives d'améliorer l'efficacité dans l'utilisation des ressources, articulés notamment autour de mécanismes comptables. En France, la tarification à l'activité (T2A), fondée sur la normalisation du calcul des coûts, avait pour buts affichés de mesurer scientifiquement la production des soins, de rémunérer équitablement les établissements de santé et d'organiser une concurrence tout aussi équitable entre eux. Aucun de ces buts n'a véritablement été atteint et cependant l'objectif ne semble pas remis en cause. Nous tentons de comprendre ce paradoxe en montrant que la T2A est un mécanisme de gouvernamentalité destiné à orienter les comportements des acteurs, bien plus que l'expression d'une quelconque rationalité.

Mots clés : gouvernamentalité, hôpitaux, calcul des coûts

Abstract : The funding difficulties of healthcare systems led to attempts to improve the efficiency of the use of resources, attempts mainly built around accounting mechanisms. In France the stated aims of the T2A method, based on costing standardisation, were to scientifically measure the production of healthcare, fairly compensate the healthcare providers and organise a fair competition. It seems that none of these aims was attained, but despite this, the use of the T2A method is not called into question. We attempt to understand this apparent paradox by showing that the implementation of T2A is in fact a governmentality mechanism rather than a rational approach.

Key words : governmentality, hospitals, costing

Introduction

Dans de nombreux pays, les difficultés de financement du système de santé ont mené à des tentatives d'améliorer l'efficacité dans l'utilisation des ressources. Les techniques comptables, et en particulier le calcul et le contrôle des coûts, ont été une composante essentielle de ces tentatives d'amélioration (Llewellyn et Northcott 2005). Cette expansion progressive du rôle de la comptabilité, qui a accompagné les réformes dans le secteur de la santé (Lapsley 1996, 2001b), a constitué une partie du mouvement plus vaste de *accountingization*, caractéristique des réformes du *new public management* (NPM) des années 1980 (Hood 1995). Kurunmäki (2004) a identifié deux étapes dans les tentatives de rendre la médecine « calculable » :

- années 1970 - remise en question de l'éthique médicale, appels pour une utilisation plus efficace des ressources, mise au jour des problèmes de mesure et de comparaison ;
- réformes des années 1980 et 1990 – attaques indirectes contre l'autorité de la profession médicale sous couvert de l'élimination des gaspillages, réduction des différences entre les secteurs public et privé, responsabilité pour les résultats.

Néanmoins, selon Gebreiter et Ferry (2016), la préoccupation actuelle pour le contrôle des dépenses de santé n'est pas forcément liée aux évolutions récentes, telles que le vieillissement des populations et le coût élevé des technologies médicales. Par exemple en Grande Bretagne, ces débats ont émergé au milieu du 20^e siècle, comme conséquence de la nationalisation des services de santé et du développement des statistiques médicales.

Pour sa part, Mougeot (1999) a proposé une typologie de la régulation de l'offre de soins : planification centralisée par l'Etat d'une part ou régulation à travers des mécanismes de concurrence d'autre part. En outre, la concurrence peut être organisée d'au moins deux façons : comme une concurrence réelle (par exemple en Grande Bretagne entre 1991 et 1997, introduite par le *white paper* intitulé *Working for patients*) ou bien comme une concurrence « fictive », appelée concurrence par comparaison (*yardstick competition*).

Notre article étudie notamment, dans le cas de la France, la tentative de mise en place d'une telle concurrence par comparaison entre établissements de santé, à travers l'introduction de systèmes de financement basés sur le modèle états-unien des *Diagnosis Related Groups* (DRG). La concurrence par comparaison consiste à réguler simultanément le fonctionnement de plusieurs entités en les mettant artificiellement en concurrence avec une entité de référence fictive (Shleifer 1985). La méthode des DRG, introduite aux USA en 1983, est aujourd'hui omniprésente dans les pays développés : il s'agit à la fois d'un mécanisme de remboursement et d'incitation. Les coûts et les tarifs sont calculés par groupes de patients homogènes du point de vue de leur diagnostic ou pathologie (Busse et al. 2006). Les enjeux de la méthode ont été assez clairement identifiés par les chercheurs en gestion, et ce depuis longtemps : dans un article de 1992, elle est décrite comme une « technologie comptable basée sur des principes de contrôle de coûts plutôt que de remboursement » (Preston 1992, p. 63).

A part les réformes du système de financement et de remboursement, sur lesquelles nous nous focalisons ici, il y a eu aussi de nombreuses tentatives, plus ou moins heureuses, d'appliquer

les méthodes de la comptabilité de gestion dans les établissements de soins, dans le même souci de réduction des coûts et de rationalisation : ABC en Grande Bretagne (Arnaboldi et Lapsley 2004 ; Ross 2004 ; Arnaboldi et Lapsley 2005 ; Lawson 2005) ou en France (Nobre et Biron 2002), théorie des contraintes (Kershaw 2000), budgets (Pollitt et al. 1988 ; Lapsley 2001a) ou *balanced scorecard* (Nobre 2001).

Tous les moyens mis en œuvre pour améliorer les systèmes de santé se sont donc, depuis une trentaine d'années environ, articulés autour de mécanismes comptables censés apporter une solution technique à la recherche d'efficience. En France en particulier, la tarification à l'activité (T2A), fondée sur la normalisation du calcul des coûts, avait pour buts affichés de mesurer scientifiquement la production des soins, de rémunérer équitablement les établissements de santé et d'organiser une concurrence tout aussi équitable entre eux. Aucun de ces buts n'a véritablement été atteint et cependant l'objectif ne semble pas remis en cause. Il y a là un paradoxe dont nous tentons de rendre compte en montrant que la T2A est un mécanisme de gouvernementalité destiné à orienter les comportements des acteurs, bien plus que l'expression d'une quelconque rationalité. Aussi, nous tentons d'analyser de façon critique le passé récent, à savoir sur les trente dernières années, en considérant les points de vue des différentes parties prenantes. Le concept de gouvernementalité, que nous mobilisons ici, est issu des travaux de Michel Foucault ; il s'agit d'une tentative d'interpréter et de comprendre l'exercice du pouvoir dans les sociétés modernes.

Le papier est structuré en trois parties principales. Une première partie détaille le cadre théorique de la gouvernementalité, en insistant sur la façon dont elle est mobilisée dans la recherche comptable, en particulier dans le secteur de la santé. Les évolutions récentes dans ce secteur, avec, en France, une réforme généralisée dans la lignée du NMP, seront abordées dans la deuxième partie. Finalement, une troisième partie compare les objectifs affichés par les initiateurs du mouvement avec la situation sur le terrain.

1 Gouvernementalité et tarification dans les systèmes de santé

Depuis les années 1980, de nombreux chercheurs étudient comment la comptabilité est impliquée dans le fonctionnement de la société, d'un point de vue organisationnel et social (Miller 1994). D'ailleurs, même bien avant, au début du 19^e siècle, Jeremy et Samuel Bentham expliquent que la comptabilité est une composante essentielle du fonctionnement de toute société démocratique et progressiste (Gallofer et Haslam 1994a, 1994b). Sans insister sur les préconisations de ce véritable programme de recherche, largement débattues par ailleurs, nous rappelons ici qu'il suggère de considérer la comptabilité comme une pratique (une tentative d'intervenir, d'agir sur les individus, les entités et les processus afin de les transformer et d'atteindre des buts précis), plutôt qu'un instrument neutre qui enregistre et révèle des faits (Miller 1994 ; Potter 2003 ; Miller et O'Leary 2007). Comme une conséquence de cette conception de la comptabilité, le rôle des scientifiques est d'étudier « la relation entre représentation et intervention » (Miller et O'Leary 2007, p. 707).

1.1 Apparition du concept et définitions

Dans le cadre de ce programme de recherche, les travaux inspirés par les idées de Michel Foucault occupent une place centrale. La perspective adoptée est généralement historique, dans le cadre de ce que Miller et al. (1991) appellent la « nouvelle histoire de la comptabilité ». L'influence de Foucault peut se manifester de plusieurs façons (Armstrong 1994 ; Napier 2006). D'abord sur le plan méthodologique, où il s'agit de mettre en évidence la généalogie des techniques comptables, à savoir l'ensemble des conditions sociales, politiques, économiques etc. dans lesquelles celles-ci sont apparues et se sont diffusées : par exemple (Loft 1988). Ensuite, la comptabilité peut être analysée comme un instrument disciplinaire (Miller et O'Leary 1987 ; Hoskin et Macve 2000), puisqu'elle transcrit les processus économiques, les rendant ainsi visibles et donc contrôlables ; selon Foucault (1971), « le savoir n'est pas fait pour comprendre, il est fait pour trancher ». Une autre idée exploitée par les historiens de la comptabilité (Miller et O'Leary 1994 ; Carmona et al. 2002 ; Labardin 2008) est celle de l'organisation panoptique, sur laquelle se superpose le système comptable : en effet, « la comptabilité est un instrument dans la main de l'économie, l'architecture en est un autre » (Bentham 1843, p. 392).

Le concept de gouvernementalité attire l'attention des chercheurs en comptabilité à partir des années 1990 (Mennicken et Miller 2012), vraisemblablement suite à la publication de *The Foucault effect* (Burchell et al. 1991), ouvrage contenant des traductions mises à jour des textes originels, mais également quelques analyses et commentaires. Selon McKinlay et Pezet (2010), le mot « gouvernementalité » est introduit par Roland Barthes en 1957, qui le considère « un néologisme barbare et inévitable » et le définit ainsi : « le Gouvernement conçu [...] comme Essence d'efficacité » (Barthes 1957). Barthes ne développe pas davantage, mais plus tard, à la fin des années 1970, le concept sera repris par Foucault, qui en fera l'un des piliers de sa réflexion, notamment dans ses cours au Collège de France. Assez ambiguës, les définitions données par Foucault permettent des interprétations variées. Selon la plus connue, qui date de 1978, la gouvernementalité représente trois choses : les éléments permettant d'exercer un type particulier de pouvoir, appelé « gouvernement », la tendance vers la prééminence de ce type de pouvoir et finalement le processus historique à travers lequel l'Etat administratif devient « gouvernementalisé ». Il donnera plus tard une autre définition, plus concise : « la rencontre entre les techniques de domination exercées sur les autres et les techniques de soi » (Foucault 1982, p. 1604).

Membres marquants du courant des *London governmentals* décrit par (McKinlay et Pezet 2010), Miller et Rose (1990 ; Rose et Miller 1992) expliquent que les formes modernes du discours et de l'action politique s'appuient sur la gouvernementalité. « Au lieu de considérer la domination à travers l'Etat qui diffuse son emprise sur la société au moyen d'un appareil de contrôle de plus en plus ramifié, la notion de gouvernement attire l'attention sur la diversité de forces et des groupes qui tentent, de façons très hétérogènes, à réguler les vies des individus et la situation de territoires nationaux spécifiques, à des fins diverses » (Miller et Rose 1990, p. 3). Cette vision, qui met en exergue une rupture dans la manière d'exercer le pouvoir, ainsi que la diversité des pratiques, semble faire l'unanimité (cf. aussi McKinlay et Pezet 2010). Par exemple, pour Lascoumes (2004, p. 3), « parler de gouvernementalité, c'est pour Michel Foucault souligner un changement radical dans les formes d'exercice du pouvoir par une autorité centralisée, processus qui résulte d'un processus de rationalisation et de

technicisation ». Selon Lemke (2002), le concept de gouvernementalité peut s'analyser sous trois dimensions :

- il offre une vision du pouvoir qui ne se focalise ni sur le consensus ni sur la violence car selon Foucault, le pouvoir est lié au contrôle des formes de gouvernement de soi, à la configuration du champ d'action possible des individus ;
- il relie les technologies de soi aux technologies de domination et la gouvernementalité sert à étudier la « capacité autonome d'auto-contrôle des individus et comment elle est liée au formes de pouvoir politique et d'exploitation économique » (p. 57) ;
- il aide à faire la différence entre pouvoir et domination, puisque Foucault identifie trois types de relations de pouvoir : jeux stratégiques, gouvernement et domination.

Au-delà des différentes définitions, il y a une grande diversité d'interprétations (Gordon 1991), qui ont engendré un champ de recherches particulièrement riche dans l'ensemble des sciences sociales (cf. Jackson 2009).

1.2 La recherche comptable

En étudiant les problématiques de gouvernement, Rose et Miller (1992) distinguent trois niveaux d'analyse : les rationalités, les programmes et les technologies de gouvernement (cf. Mennicken et Miller 2012). Ainsi, les rationalités englobent les fondements moraux, les idéaux et les principes conducteurs. Les programmes sont les schémas mis en œuvre par ceux qui tentent d'exercer une influence. Finalement, les technologies se réfèrent aux mécanismes et instruments à travers lesquels les rationalités et les programmes s'exercent.

Mécanismes de gouvernementalité, les technologies comptables sont des composantes essentielles du mouvement de *economization* de l'ensemble du champ social (Mennicken et Miller 2012). Elles permettent d'articuler et d'opérationnaliser des concepts abstraits, tels la compétitivité ou l'efficacité, elles transforment les organisations dans des entités en concurrence sur le marché, qui peuvent être analysées et sur lesquelles on peut agir et finalement elles quantifient et rendent possible la comparaison. Dans cette perspective, la comptabilité constitue l'un des « mécanismes indirects qui visent à ajuster le comportement, social et personnel par rapport aux objectifs socio-politiques » (Miller et Rose 1990, p. 2). Il s'agit d'un véritable instrument pour gouverner à distance, avec un potentiel plus élevé que d'autres formes de savoir (Robson 1992).

La comptabilité intervient à deux niveaux (Burchell et al. 1980 ; Miller et Rose 1990) : gouvernement de l'économie au niveau sociétal (systèmes de planification centralisés, tentatives d'influencer les acteurs économiques) et gouvernement des activités internes des entreprises. Au niveau sociétal, niveau qui nous intéresse dans le présent papier, l'utilisation de la comptabilité comme technologie de gouvernement a été déjà fait l'objet de plusieurs études empiriques dans des contextes différents. Dans leur papier fondateur, Miller et Rose (1990) illustrent leurs développements théoriques en utilisant deux exemples de régulation de l'économie à travers des techniques comptables : la mise en place de la comptabilité nationale en France après la 2^e guerre mondiale et la diffusion des techniques de flux de trésorerie actualisés en Grande Bretagne dans les années 1960. Un autre texte fondateur (Burchell et al. 1985) étudie les interrelations entre le développement du concept de valeur ajoutée et la

politique économique nationale. Un autre exemple est la comptabilité d'inflation mise en place par les autorités publiques pour lutter contre les difficultés économiques liées aux négociations salariales, aux mauvaises décisions d'investissement et à la crise de liquidité en Grande Bretagne dans les années 1970 (Robson 1994). Dans un contexte différent, Loft (1994) montre que la comptabilité a été indirectement utilisée par l'Etat comme outil de régulation pour assurer un compromis entre les principes de l'économie de marché et le contrôle gouvernementale en Grande Bretagne pendant la 1ère guerre mondiale. A un niveau plus général, la transformation du secteur public dans les années 1980 (le mouvement du NPM) a été accomplie par l'introduction d'un système de gestion basée sur des données comptables. « si la bonne gestion doit être le *leitmotif* du secteur public, celle-ci doit être définie, il semble, comme la gestion par la comptabilité » (McSweeney 1994, p. 237).

1.3 Dans le secteur de la santé

L'un des premiers articles à utiliser le concept de gouvernementalité pour éclairer les mutations dans le secteur de la santé à partir de 1983 (introduction des DRG aux USA) est celui de Preston et al. (1997). En étudiant la rationalisation de l'offre de soins pour les personnes âgées, les auteurs expliquent que le nouveau système de financement est en réalité un mécanisme de gouvernement à distance visant à limiter les coûts.

Plus récemment, d'autres recherches, situés dans des contextes variés, tentent de mettre en évidence divers aspects de la gouvernementalité dans le secteur de la santé. Ainsi, sous cet angle, (Kurunmäki 2004) propose trois dimensions à travers lesquelles peuvent être appréhendées les réformes dans le secteur public, en particulier dans le domaine de la santé :

- dimension discursive ou programmatique : analyser les valeurs et les finalités, souvent abstraites, ainsi que les aspirations et les idéaux mobilisés ;
- pratiques et processus à travers lesquels les programmes de gouvernement sont rendus opérationnels ;
- enclos d'expertise qui peuvent apparaître : domaines relativement fermés à l'intérieur desquels se manifeste l'autorité d'un groupe particulier d'experts ou de professionnels.

Le rôle des technologies comptables en tant que mécanismes de gouvernementalité (Mennicken et Miller 2012) se retrouve parfaitement dans le secteur de la santé, notamment dans le cadre des réformes inspirées par le NPM. En effet, les technologies comptables rendent la pratique de la médecine plus visible, calculable et ouvrent la voie à la standardisation (Chua 1995 ; Llewellyn et Northcott 2005). Ferlie et al. (2012) décrivent ce mouvement à l'aide d'un autre concept emprunté de Foucault : il s'agit d'un nexus savoir-pouvoir, à savoir un ensemble qui associe institutions, corpus de connaissances, techniques et pratiques. Ces évolutions sont à mettre en relation avec l'émergence et la diffusion du concept de *evidence-based medicine*, à savoir une approche systématique de la décision médicale, basée sur les preuves, (Gebreiter 2016).

L'apparition de rôles hybrides, associant une logique médicale et une logique managériale (McGivern et al. 2015) semble accompagner les mutations récentes dans les systèmes de santé dans de nombreux pays (USA, Canada, Finlande, Pays-Bas). Le phénomène consiste généralement dans l'implication des médecins au-delà de leurs activités cliniques, et ce à

plusieurs niveaux (McGivern et al. 2015 ; Denis et van Gestel 2016) : gestion des risques et de la qualité, évaluation des technologies, participation à la direction. Concrètement, il s'agit de l'acquisition de compétences comptables (Kurunmäki 2004), ou plus souvent, entrepreneuriales (Llewellyn 2001). McGivern et al. (2015) dégagent une typologie des médecins hybrides : les hybrides accidentels, qui remplissent temporairement ce rôle, et qui s'en servent pour représenter, protéger et maintenir le statut de la profession, et les hybrides volontaires, qui développent une véritable identité hybride. Selon une logique similaire, dans leur analyse de la réforme du système de santé en Toscane, (Campanale et Cinquini 2016) font apparaître une alliance entre médecins et contrôleurs au service de la gouvernementalité : les contrôleurs ont convaincu les médecins de l'importance du système de comptabilité de gestion en les impliquant dans la conception même du système. Pour Kurunmäki (2004), ces évolutions semblent être fortement rattachées au contexte, puisqu'elles dépendent des particularités de chaque système de santé.

2 Les nouvelles régulations du secteur de la santé

2.1 Méthodologie de recherche

Ce travail s'appuie sur une recherche documentaire approfondie, ainsi que sur les conclusions de plusieurs interventions de terrain. Les sources sur les réformes dans le système de santé sont particulièrement riches et variées : rapports des autorités, publications diverses, articles de presse.

Concernant les interventions de terrain, nous avons tour à tour été chercheurs catalyseur, chercheurs médecin et chercheurs fournisseur selon la typologie proposée par Edgar Schein, notre rôle changeant d'une intervention à l'autre mais également au cours d'une même intervention. Les sources de données ont également été multiples et ont fait l'objet d'une collecte et d'une analyse selon une logique de triangulation telle que définie dans (Campbell et Fiske 1959) ou (Jick 1979).

Les interventions de terrain réalisées dans le cadre du laboratoire de recherche relèvent principalement de trois types :

- Des diagnostics opérationnels et stratégiques visant, d'une part, à établir un état des lieux sur un Territoire de santé, un établissement, un groupe d'établissements, sur l'ensemble de l'activité ou sur une spécialité bien délimitée, voire un acte spécifique, et d'autre part, à formuler des préconisations sans que les intervenants ne s'engagent à les mettre en œuvre. La demande de tels diagnostics émane de deux sources :
 - o Elle peut provenir des tutelles, principalement des ARS, qui, en tant que régulateurs/planificateurs de l'offre de soins, souhaiteraient évaluer et objectiver l'activité réalisée par tel ou tel établissement en rapport des moyens demandés ou des projets de développement déposés. C'est dans ce cadre que nous avons été amenés à auditer plusieurs établissements de différentes régions.

- Mais elle peut aussi, plus classiquement, provenir de la direction des établissements désireux de se soumettre à une évaluation ou à une analyse stratégique de leur activité.
- Des missions d'assistance et d'appui méthodologique, centrées principalement autour de deux pôles :
 - L'accompagnement d'établissements publics et privés dans l'élaboration de leurs projets de développement, de restructuration ou dans le cadre de la préparation d'un Plan de retour à l'équilibre (PRE). La démarche repose sur un diagnostic approfondi des forces et des faiblesses de l'établissement établi de façon participative au moyen de groupes de travail plus ou moins élargis selon le cas, du binôme Directeur/Président de Commission médicale d'établissement (CME) ou trinôme PDG/Directeur/Président de CME aux groupes transversaux et pluridisciplinaires.
 - L'assistance à la mise en œuvre de réformes institutionnelles au premier rang desquelles, la constitution de Groupements hospitaliers de territoire dans lesquelles nous pouvions être tantôt les interlocuteurs des Agences régionales de santé, tantôt ceux des établissements eux-mêmes voire de certains établissements soucieux de ménager leurs intérêts dans la perspective de ces rapprochements pas toujours souhaités.
- Des missions d'audit organisationnel concernant la chaîne de recueil de l'information et de facturation au sein d'établissements publics et privés.

Enfin, la réflexion conduite ici bénéficie également du fond documentaire du laboratoire de recherche construit sur les vingt-cinq dernières années et dont nous avons pu tirer des documents rares comme l'ensemble des PV et comptes-rendus de l'expérimentation Languedoc-Roussillon ou encore des exemplaires originaux des supports de cours de la première promotion de formation à l'information médicale réalisée à l'Ecole nationale de santé publique en 1989/1990 afin d'accompagner le déploiement du PMSI .

2.2 Des évolutions similaires dans la plupart des pays développés

L'hôpital moderne, celui qui soigne et, chose nouvelle, guérit, est né à l'issue de la seconde guerre mondiale. Porté tout autant par les avancées médicales que par la croissance économique des trente glorieuses, son poids économique ne va dès lors cesser de croître. Ainsi, en France, les dépenses hospitalières ont progressé à un rythme moyen de 16% par an entre 1950 et 1985 (Le Garrec et al. 2013). La croissance globale des dépenses de santé bien plus soutenue que celle du PIB et, dans celle-ci, la part toujours plus importante de l'hôpital de façon assez générale au sein des pays de l'OCDE, a conduit à l'émergence d'une vision commune des actions à entreprendre afin de réguler le système hospitalier (OECD 2015).

Ainsi, dès les années 80, inspirés des idées du NPM (Jobert 1994), de hauts fonctionnaires vont, presque partout, répondre à l'exigence politique de maîtrise des dépenses de santé par la lutte contre l'asymétrie d'information entre établissements de soins d'une part et régulateur/payeur d'autre part concernant le juste coût de la production hospitalière (Naegelen et Mougeot 1998). Face à l'impossibilité actée de pénétrer la « boîte noire » pour reprendre

l'expression chère à Jean-Claude Moïsdon, les autorités organisent une forme d'incitation sous contrôle (Engel et al. 2000). L'Etat et l'Assurance maladie renoncent, pour un temps au moins, à comprendre la construction des coûts au sein de chaque établissement mais se mettent en situation de mesurer la production hospitalière en face des dépenses. Ce mouvement s'inscrit dans un processus plus large d'introduction de mécanismes quasi-marchands par le développement de la logique de contractualisation (Raftery et al. 1996). Ainsi, sans remettre en cause la structuration globale des systèmes en place, on assiste dès le tournant des années 80/90 à un mouvement global de réformes introduisant l'efficacité comme gage de performance des systèmes de santé (Palier 2015).

Cette tendance lourde au sein des pays développés ne se contente pas de se traduire par un objectif commun de mesure de la production hospitalière. En effet, l'outillage même de cette mise en transparence est largement commun aux différents pays.

A l'origine du mouvement, la mise en œuvre d'un système de paiement prospectif dans le cadre du programme Medicare en 1983 aux Etats-Unis. Ce système innovant permet de fonder le paiement des soins hospitaliers des patients du programme sur la base du rattachement de chaque séjour hospitalier à l'un des 470 groupes homogènes sur le plan médico-économique, les DRG (Fetter 1991). L'objectif des travaux du Professeur Robert Fetter de Yale au milieu des années 70 n'était pas d'aboutir à un système de financement mais davantage à un système permettant la comparaison de la production de soins entre établissements (Chilingerian 2008). Cependant, c'est bien la capacité du modèle à décrire la production hospitalière à partir de groupes iso-ressources et donc auxquels on peut attacher un coût moyen et par là même un coût cible voire un tarif qui a suscité l'intérêt précoce de nombreux pays à commencer par la France.

Dès 1982, le Directeur de l'hospitalisation du Ministère en charge de la santé, Jean de Kervasdoué, rencontre les équipes de Robert Fetter et organise en 1984 une réunion à Paris en présence du Professeur. Cette réunion constitue le fer de lance de la diffusion du système de classification des séjours par DRG en Europe (Rodrigues et Goldberg 1984 ; Kimberley et de Pourville 1993). En effet, des interlocuteurs Belges, Irlandais, Néerlandais et Portugais sont conviés à cette réunion. Ce groupe initial de 5 pays constitue le noyau à l'origine de l'association *Patient Classification Systems Europe* (PCSE) composée de 15 pays, créée en 1987 à Lisbonne et devenue depuis *Patient Classification Systems International* (PCSI). Ce groupe composé principalement de hauts fonctionnaires et d'experts des différentes administrations des pays membres explique sûrement la diffusion relativement rapide des principes de représentation de l'activité hospitalière à partir des DRG. Le modèle des DRG a également fait l'objet de nombreux programmes d'études et de recherche soutenus par différentes organisations internationales (Conseil de l'Europe, OCDE, Union européenne) (Busse et al. 2011). Le Portugal est le premier pays européen à avoir adopté et mis en œuvre nationalement un système de financement basé sur la mobilisation des DRG dès 1988. En 1991, c'est la Norvège qui expérimente ce système sur certains établissements puis la Suède pour la région de Stockholm depuis 1992. L'Irlande en 1993, l'Italie en 1994 et la Belgique depuis 1995 mobilisent également les DRG dans leur modèle de financement des établissements de santé. Au Royaume-Uni, le Pays de Galles a adopté les DRG et l'Angleterre a développé une classification assez proche des DRG, les *Health Resources Groups* (HRG). De même, la Hongrie a déployé depuis 1993 une modulation annuelle des budgets des établissements sur la base des *Homogen Betegség Csoportok* (HBC) très proches des DRG.

Aujourd'hui, outre les pays déjà cités, l'Autriche, l'Estonie, la Finlande, l'Allemagne, la Pologne et l'Espagne mobilisent tous des systèmes DRG soit dans le cadre du paiement des établissements, soit pour la réalisation d'ajustements sur les allocations budgétaires. Enfin, l'Australie a d'abord mobilisé les DRG américains dès 1988 avant de déployer sa propre variante dès 1992 et de la mobiliser pour ajuster les budgets des établissements publics dès 1993 dans l'Etat de Victoria.

Ainsi, le système des DRG est diffusé au sein de systèmes de santé très différents allant du système national de santé comme en Angleterre, où offreurs et financeurs sont quasi exclusivement publics, au système Américain qui allie une diversité d'acteurs privés tant dans le financement que dans la réalisation des soins (de Lagasnerie et al. 2015).

2.3 Les étapes de la mise en place du PMSI en France, avec l'apparition des acteurs (anciens et nouveaux), leurs intentions, leurs jeux et enjeux de pouvoir

L'histoire du PMSI est très largement documentée, au moins en français, et nous n'en rappellerons que les grands traits. Comme il a été vu précédemment, cette histoire procède d'un mouvement plus global, initié aux Etats-Unis dans les années 1970 et diffusé ensuite, selon des modalités adaptées aux conditions économiques et sociales particulières de chacun des pays industrialisés concernés. Comme le propose le titre de l'un des articles publiés sur ce sujet et portant sur une étude comparative de quelques pays européens : globalement, l'objectif était de mettre « *a manager in the head of doctors* » (Kuhlmann et al. 2013).

En France, entre la fin de la seconde guerre mondiale et le milieu des années 1970, les dépenses de santé avaient triplé (Lenay et Moisdon 2003, p. 131) et une telle évolution avait naturellement de quoi inquiéter. Inspiré du modèle états-unien des années 1970, le PMSI (Projet puis Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) devait donc permettre aux établissements de santé d'évaluer le coût de leur production médicale en créant un grand nombre d'informations standardisées. Le projet est apparu en 1982 et n'est devenu programme qu'après une décennie d'expérimentation sur le territoire national. Pendant cette période, le pouvoir central semblait hésiter entre deux destinations pour l'outil qu'il créait : « s'agissait-il d'un instrument de gestion à destination des hôpitaux pour leur gestion interne ou devait-il servir aux ARH¹ pour l'allocation des ressources entre les établissements relevant de leur juridiction ? » (Lenay et Moisdon 2003, p. 134). Selon ces auteurs, c'est cette seconde destination qui a prévalu. Un débat d'apparence comptable, mené au début du projet et tranché en 1985, vient apporter de l'eau au moulin des tenants de cette affirmation : le Ministère de la santé avait chargé des chercheurs², par l'intermédiaire de la mission PMSI, d'étudier l'adaptabilité au système français du modèle de comptabilité par DRG mis au point par l'équipe américaine de l'Université de Yale.

En 1985, les chercheurs du CGS ont exposé au moins une limite majeure, à leurs yeux, de la méthodologie américaine : l'expérimentation de différentes méthodes de ventilation des dépenses dans le but de déterminer la dotation budgétaire (Hatchuel et al. 1985) montrait que les choix de ventilation conduisaient à des écarts plus importants que ceux générés par des

¹ Une agence régionale de l'hospitalisation (ARH) était, en France, un organisme régional de gestion des hôpitaux. Mises en place par l'ordonnance du 24 avril 1996 et devenues opérationnelles au cours du premier trimestre 1997, les ARH ont laissé la place le 1^{er} avril 2010 aux agences régionales de santé.

² Membres du Centre de Gestion Scientifique (CGS) de l'Ecole des Mines de Paris.

évolutions dans le recrutement des patients (modification du *casemix*). Dès lors s'engagea un débat au sein du Conseil technique de comptabilité de la mission PMSI. Les tenants de la méthode américaine en coût complet, dont le directeur des hôpitaux Jean de Kervasdoué et le chef de projet Jean-Marie Rodrigues, estimaient qu'il s'agissait de la seule solution envisageable pour identifier les disparités dans l'allocation des ressources entre les établissements. Par ailleurs, comme pour la mise en place de la classification, les tenants de cette méthode espéraient pouvoir gagner du temps en mobilisant une méthode déjà établie plutôt que de créer de toutes pièces une méthode spécifique. De l'autre côté, se trouvaient les tenants d'une méthode dite en coût partiel que les chercheurs du CGS avaient imaginée. Il s'agissait, dans cette deuxième conception, d'imputer aux GHM uniquement les dépenses directes variables et semi-variables liées aux soins apportés aux malades. Le reste des dépenses constituerait ainsi une masse globale regroupant les « frais de structure » indépendante des GHM. Le plaidoyer en faveur de cette deuxième solution reposait essentiellement sur deux arguments. En premier lieu, toute imputation de dépenses entre comptes relève forcément d'une part d'arbitraire, et en conséquence, il est préférable autant que faire se peut, de les éviter. Par ailleurs, les GHM sont avant tout une construction médico-économique évaluant les conséquences de décisions d'ordre médical et il apparaît peu cohérent de leur affecter d'autres dépenses que celles directement liées aux soins. Une telle méthode se situait clairement dans la perspective de créer un instrument de gestion à destination des hôpitaux pour leur gestion interne, alors que la seconde était mieux adaptée à l'allocation des ressources entre établissements.

Après consultation du conseil scientifique, décision est prise en 1985 d'importer le modèle américain de calcul des coûts. Le Ministère passa donc commande auprès de l'équipe de Yale d'une version compatible avec la comptabilité hospitalière française. Les partisans de cette solution arguaient de la possibilité d'avancer plus rapidement que s'il avait fallu créer une méthode de toute pièce. La Mission PMSI fit paraître un guide de comptabilité analytique en 1985, et deux ans plus tard était diffusé un logiciel de comptabilité analytique, reposant sur les principes du guide et permettant aux établissements de calculer leur coût par GHM selon un modèle unique. Sous l'apparence d'un débat technique entre coûts complets et coûts partiels, c'était en fait un débat sur la finalité du PMSI qui se menait et se tranchait, privilégiant l'optimisation au plan national de l'allocation des ressources entre établissements, plutôt que l'amélioration de la gestion interne des établissements. Cependant, un discours plus officiel continuera d'affirmer que « le PMSI est à la fois à usage externe (services de l'Etat, assurance-maladie) qu'interne (gestion des établissements) »³.

Pour concevoir et mettre en place le système d'information médicale, il était nécessaire qu'une interface soit mise en place, capable de fusionner les préoccupations gestionnaires et celles du corps médical, traditionnellement peu enclin à prendre en compte de telles préoccupations. C'est en 1989 qu'ont été créés les DIM (Départements de l'Information Médicale), dirigés par des médecins et chargés de participer à la conception et au développement du système d'information médicale, de coordonner la formation des personnels concernés et d'aider les services médicaux à produire une information standardisée au plan national. La façon de procéder des pouvoirs publics sur la création des DIM est particulièrement significative quant aux mécanismes de gouvernementalité mis en œuvre. En effet, tout en laissant l'initiative aux établissements, les autorités ont créé les conditions de

³ <http://www.web100t.fr/presse%5C2009-10%20PMSI.pdf>

son existence en jouant sur trois fronts à la fois : financement des postes dans les hôpitaux publics et conditionnement de l'aide financière au déploiement des systèmes d'information à la mise en place des DIM⁴, financement et élaboration d'une formation à la gestion de l'information médicale au sein de l'Ecole nationale de santé publique (ENSP)⁵ et enfin, mise en place d'un média de diffusion de l'information vers les DIM avec la « Lettre des Systèmes d'information médicalisés » de la revue *Informations hospitalières*⁶.

Entre la publication de la circulaire de février 1990 et le 1^{er} janvier 1992, l'effort financier consenti⁷ pour la généralisation du PMSI s'éleva à 54,3 millions d'euros (356 millions de francs)⁸, sans compter les crédits alloués à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et aux DOM-TOM faisant l'objet d'un financement spécifique, ni le financement de projets nationaux (environ 2,1 millions d'euros soit 14 millions de francs supplémentaires). Cette dotation aux établissements fut incluse dans leur budget et donc, son montant fut reconduit chaque année dans le cadre de l'évolution du budget global.

En janvier 1992, sur 509 établissements entrant dans le champ du PMSI d'alors⁹, 483 avaient déposé des dossiers de demande de financement pour la création d'un DIM parmi lesquels seuls 22 dossiers avaient été écartés et 418 DIM étaient installés dont 400 collectant dès cette date des données du PMSI.

Toujours à cette date, les DRASS avaient attribué aux établissements 89 % des crédits qui leur avaient été répartis¹⁰. En moins de deux ans, c'est ainsi plus de 323 postes ETP de médecins DIM et près de 750 postes ETP non médicaux qui ont été créés dans les établissements de santé publics et PSPH par ces crédits spécifiques.

Occupant ce rôle hybride décrit par la littérature internationale (McGivern et al., 2015), les médecins d'information médicale ont donc progressivement acquis une place centrale dans les établissements, et constituent une communauté de spécialistes du PMSI, à la fois passeurs de l'esprit gestionnaire dans le monde médical et garants scientifiques de la mise en place du PMSI.

La loi du 31 juillet 1991 imposait à tous les établissements de santé, privés ou publics, d'évaluer et d'analyser leur activité. Le pouvoir des directeurs d'établissements se trouvait renforcé face aux pouvoirs des personnels médicaux et cela permet de comprendre, au moins en partie, les réticences dont la mise en place du système a été l'objet. On peut ainsi mieux saisir le caractère très progressif des mesures prises : le PMSI n'avait pour but affiché, jusqu'en 2003, que de décrire plus précisément l'activité des établissements de santé, sans que l'on envisage d'instrumentaliser ces connaissances à des fins de tarification. Selon Lionel

⁴ Circulaire n°275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux public, Circulaire DH/PMSI n°303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics et Circulaire n°325 du 12 février 1990 relative aux modalités de mise en place des structures de gestion de l'information médicale dans les établissements hospitaliers publics et privés participant au service public.

⁵ ENSP devenue depuis Ecole des hautes études en santé publique (EHESP).

⁶ Publication trimestrielle de la Direction des hôpitaux mise en place par la Circulaire n° 325 du 12 février 1990. Elle sert de relais officiel pour les expérimentations, pour les discussions sur les finalités mais aussi pour les résultats d'enquête ou les versions officielles de formulaire à mettre en place.

⁷ DUBOIS-LEFRÈRE J. et COCA E. (1992), *Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : le PMSI*, Berger-Levrault, 351 p.

⁸ Soit 0,2% des dépenses hospitalières nationales.

⁹ Il s'agit de l'ensemble des établissements publics de plus de 100 lits auxquels s'ajoutent les établissements privés sous compétence tarifaire de l'Etat de plus de 60 lits dans le champ MCO.

¹⁰ Cette répartition s'est faite sur la base du nombre d'établissements de court séjour et du nombre d'entrées en court séjour.

Dassié¹¹, « Pendant longtemps les cliniques et les hôpitaux se sont demandés que faire de leur recueil d'informations ». Le système s'est néanmoins installé progressivement tout au long des années 1990. L'arrêté du 20 septembre 1994 et la circulaire du 10 mai 1995 font obligation aux établissements publics de santé de transmettre leurs données, alors que les établissements privés ont été tenus de mettre en place le PMSI à partir de 1997.

Parallèlement, l'ordonnance du 24 avril 1996 tente de réduire les inégalités de ressources entre établissements ; si cette réduction a un but d'équité tout à fait louable, elle permet en même temps une meilleure comparabilité des performances de ces établissements et prépare ainsi la phase suivante.

En effet, après la phase de mise en place d'un système de connaissance et de mesure de l'activité médicale est venue celle de l'utilisation de ce système à des fins de tarification de cette activité. La T2A (Tarification à l'activité) met en place à partir de 2005 un mode de financement des établissements de santé publics et privés, basé sur une distribution des ressources en fonction du volume et de la nature de leurs activités.

Cette tarification est rendue délicate en raison de l'existence de deux types d'établissements de soins : les hôpitaux d'une part, appartenant au secteur public et étant donc financés par le budget de l'état, et les cliniques d'autre part, fonctionnant comme des entreprises privées. En 2011 par exemple, la Fédération de l'Hospitalisation Privée (MCO) a déposé plainte auprès de la commission européenne en raison de ce qu'elle considère comme « un financement discriminatoire » au détriment du privé. Selon les responsables de cette organisation, un même acte chirurgical est en effet rémunéré par la sécurité sociale en moyenne 26% de moins aux cliniques qu'aux hôpitaux. La plainte n'a cependant pas abouti car la supposée distorsion de concurrence est compensée par l'obligation faite aux hôpitaux, et pas aux cliniques, d'assurer des missions de service public, ou de service d'intérêt économique général selon les termes de l'Union Européenne. Les cliniques se cantonnent en effet aux opérations les plus rémunératrices, alors que les hôpitaux sont tenus d'accueillir tout le monde : ses patients sont en moyenne plus pauvres et plus âgés que dans les cliniques et par conséquent ont des séjours plus longs et un coût plus élevé. Des négociations ont donc régulièrement lieu entre les services du Ministère de la santé, les cliniques et les hôpitaux publics, avec pour objectif de parvenir à chiffrer le coût des missions de service public et à aboutir ainsi à une convergence tarifaire entre les deux secteurs. La mission semble particulièrement délicate puisque Roselyne Bachelot avait, en 2009, reporté la convergence tarifaire à 2018. Son successeur à ce poste, Marisol Touraine, a d'ailleurs supprimé le principe de convergence tarifaire dès son arrivée en fonction en 2012. Cet objectif de convergence ne peut cependant totalement disparaître « Officiellement abolie, la convergence se poursuit discrètement »¹².

On observe enfin une bataille de chiffres : alors que les chiffres publiés par le Ministère de la santé¹³ et concernant l'année 2013 font état d'une santé plutôt bonne pour le secteur privé, la

¹¹ Délégué auprès du Ministère de la Santé, de 1981 à 1989, pour réfléchir aux aspects techniques du PMSI. Interview disponible sur <http://www.web100t.fr/presse%5C2009-10%20PMSI.pdf>

¹² Le Figaro du 25/01/2013, <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2013/01/25/20002-20130125ARTFIG00378-les-relations-s-enveniment-entre-cliniques-et-hopitaux.php>

¹³ http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2015_eclairage5.pdf

FHP (Fédération de l'Hospitalisation Privée) organise son lobbying en publiant en avril 2014¹⁴ un rapport témoignant de la dégradation sensible des marges du secteur depuis 2005.

Dans la section suivante (3) nous allons maintenant examiner trois des objectifs présentés par les autorités comme essentiels dans la mise en place du PMSI ; nous observerons également les difficultés de leur mise en œuvre. Il s'agit plus précisément de la mesure de la production des soins, de la rémunération équitable des établissements de santé et de l'organisation d'une concurrence équitable entre établissements.

3 Des objectifs affichés mais difficiles à mettre en œuvre

3.1 Mesurer la production des soins ?

3.1.1 Les intentions et les convictions des concepteurs

Comme nous l'avons vu précédemment, le PMSI devait permettre aux établissements de santé d'évaluer le coût de leur production médicale en créant un grand nombre d'informations standardisées. Ce coût, comme la plupart des autres, repose sur une convention de représentation, et dans le cas présent sur une convention de représentation de la production hospitalière au travers d'un nombre limité de types de séjours, moins de quatre cents à l'origine, plus de deux mille aujourd'hui, nommés Groupes homogènes de malades (GHM). La constitution de ces types ou profils de séjours repose principalement sur trois informations : le ou les diagnostics expliquant la prise en charge, les actes éventuels effectués lors de celle-ci, et un marqueur caractérisant le patient, son âge. Partant de ces trois types de variables, le système classe chacun des séjours dans un groupe présentant une homogénéité médico-économique. En effet, les différents groupes ou profils de séjours ont été constitués en mesurant le pouvoir explicatif de ces trois types d'informations médicales sur une variable dépendante caractéristique du coût du séjour.

A ce stade, le nombre de conventions constituant le dispositif est déjà très important. En effet, les actes et les diagnostics proviennent de deux classifications différentes, respectivement la Classification commune des actes médicaux et la Classification internationale des maladies dans sa dixième révision, fruits de négociations entre les différentes sociétés savantes médicales et les instigateurs de ces nomenclatures. Par ailleurs, la durée de séjour a été mobilisée pour expliquer l'essentiel du coût des séjours lors de la constitution de la classification. Ceci constitue un postulat fort qui ne présente pas la même justesse selon le type d'activité. Pour cette raison, les évolutions de la classification des GHM, entreprises depuis 1993, prennent également en compte des données réelles de calcul de coûts des séjours d'une sélection d'établissements volontaires. Ces coûts étant cependant calculés selon des clés de répartition essentiellement indexées sur la journée, la durée est donc encore une variable très importante d'identification de la consommation de ressources. Enfin, une série de règles conventionnelles régissent le choix et le codage des diagnostics et des actes, ces derniers devant aboutir à la classification d'un séjour donné dans le GHM idoine.

¹⁴http://www.lesechos.fr/16/04/2014/LesEchos/21670-021-ECH_les-cliniques-saisissent-l-autorite-de-la-concurrence.htm

Ceux qui ont entrepris de mesurer la production hospitalière ont donc été confrontés aux mêmes difficultés que celles auxquelles font face les entreprises calculant leurs coûts : elles incorporent une part substantielle d'arbitraire en répartissant les frais généraux. On peut d'ailleurs remarquer que pour la mise en place du PMSI, le choix de la méthode de calcul des coûts a été réalisé dans les années 1980, juste avant que ne déferle la vague de réflexion sur le calcul des coûts consécutive à l'émergence de la méthode ABC. A ce sujet on peut d'ailleurs remarquer que cette méthode a connu au moins deux versions très différentes: en 1988, dans la première version de l'ABC (Jones et Dugdale 2002), l'ABC est considérée comme un meilleur moyen d'affecter les frais généraux aux produits, au moins par Cooper and Kaplan. Cependant, « in the early 1990's the Harvard authors begin to circulate an amended second wave ABC. ... This amended ABC now relies upon the concept of a cost hierarchy ... [and] Whereas in 1988 only two costs were excluded as relevant to product costs – excess capacity and R&D – by 1991 the list of exclusions has grown dramatically. At unit level activity costs include only direct labour, materials, machine costs and energy » (Jones et Dugdale 2002, p. 141). Les autres coûts ne doivent pas être calculés par unité.

C'est manifestement aux mêmes conclusions et propositions que les chercheurs du CGS étaient arrivés dès 1985 mais ils n'avaient pas été entendus par le Conseil Scientifique du PMSI, comme nous l'avons exposé dans la section précédente. C'est donc en 1985 que la mission PMSI fait paraître son guide de comptabilité analytique, reprenant explicitement la démarche de la méthode dite des « sections homogènes ».

Dans les années 1990, la mission PMSI s'est donc trouvée à contre courant des réflexions des chercheurs. Et deux ans plus tard, un logiciel de comptabilité analytique, reposant sur les principes du guide et permettant aux établissements de calculer leur coût par GHM selon un modèle unique, est diffusé.

Le guide de comptabilité analytique a été élaboré avec trois objectifs¹⁵ :

- « Fournir une aide en matière de gestion à la direction ainsi qu'aux chefs de centre de responsabilité de chacun [des] établissements ;
- Etablir des bases significatives de comparaison inter-hospitalière de coûts pour chacune des activités majeures des établissements ;
- Permettre à terme le calcul de coût par Groupes homogènes de malades ».

Il s'agissait donc à la fois de mettre en place des comparaisons ou des moyennes de coûts pertinents aux niveaux national, régional, ou départemental, par groupe d'établissements de même nature, et par groupe de pathologies, et de donner les moyens aux services cliniques de se doter de méthodes de comparaisons plus significatives par GHM.

3.1.2 Les difficultés de mise en œuvre

Les concepteurs de la mesure de la production hospitalière n'ont donc pas échappé aux contradictions liées à cet exercice de calcul de coûts complets. La part d'arbitraire que comporte la répartition des frais généraux¹⁶ avait déjà été relevée par les chercheurs du CGS

¹⁵ BO du Ministère des affaires sociales et de l'emploi, *Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière*, 1ère partie (fascicule spécial n° 85/4 bis) et 2ème partie (fascicule spécial n° 85/26 bis).

¹⁶ Des dirigeants d'entreprises étaient déjà clairement conscients de ce problème depuis au moins 1833, comme en témoignent les archives du groupe Saint-Gobain (Nikitin 1992, p. 198-200)

en 1985 (cf. plus haut) et les difficultés afférentes n'ont pas tardé à s'exprimer : alors que les établissements publics de santé sont incités depuis 1953 à réaliser une comptabilité analytique de leur activité¹⁷, d'abord à la journée, puis au GHM à partir de 1985, la majorité d'entre eux s'est contentée de la mise en œuvre d'une comptabilité analytique limitée au minimum réglementaire. Le guide du Groupement de modernisation du système d'information (GMSIH)¹⁸ énonce en 2005 trois raisons principales à cette absence d'intérêt de la part des établissements :

- Le PMSI ne commença à produire des données relativement exhaustives qu'à partir de la fin des années 1990 ;
- Les contestations méthodologiques étaient récurrentes quant au niveau de pertinence de l'analyse des coûts ;
- La mise en œuvre des systèmes d'information cohérents et performants n'était pas perçue comme essentielle.

La mise en place de ladite comptabilité analytique s'est réalisée en premier lieu dans les établissements publics et privés PSPH, à partie d'une étude Nationale des Coûts lancée à partir de 1992. Il s'agissait d'observer chaque année les coûts dans un échantillon d'établissements disposant déjà d'un système d'information permettant l'identification des consommations médicales et des actes médico-techniques pour chaque séjour.

Le secteur privé non PSPH ont commencé à produire des études similaires dont la première d'entre elles fut conduite sur les données de 1998. Suite à cette première étude, la DHOS engagea un cabinet de conseil afin d'élaborer et mettre en œuvre une étude nationale de coûts pour le secteur privé présentant une méthodologie commune à celle mobilisée dans le secteur public. Le cabinet agissant sous le pilotage de la Mission T2A sélectionna cinquante-deux établissements parmi les établissements volontaires en fonction de différents critères de représentativité mais également de capacité à suivre l'ensemble de la démarche¹⁹. Au terme de cette étude menée entre 2004 et 2005, quarante-et-un établissements ont pu fournir des données pour l'année 2004 et quarante-deux pour l'année 2005. Parmi eux, trente-huit établissements ont pu fournir des données pour les deux années. Les résultats de l'étude ont été remis au Ministère en 2006. Celui-ci a mandaté l'ATIH pour réaliser l'évaluation technique²⁰ du travail en termes de respect méthodologique et de qualité des bases de données constituées. Les contrôles effectués²¹ ont conclu à une « défaillance du prestataire » sur plusieurs points dont le non respect d'une méthodologie identique à tous les établissements et l'impossibilité de remonter les chaînes causales des erreurs manifestes concernant certaines données en raison d'une documentation de traçabilité insuffisante du travail effectué. Les données fournies présentaient trop de biais pour être mobilisables dans le cadre de l'élaboration d'une échelle de coûts par GHM. Seules les données concernant une centaine de GHM ont été jugées suffisamment fiables pour donner lieu à la constitution d'une telle échelle

¹⁷ Circulaire n°151 du 4/12/1953 portant réforme de la comptabilité des hôpitaux et hospices publics.

¹⁸ Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (2005), *Pilotage des établissements de santé : Etat des lieux et attentes des établissements de santé en matière de pilotage*, GMSIH, 31 p

¹⁹ Anhoury P. (2005), *Assistance à la réalisation de l'Étude Nationale de Coûts dans les établissements MCO sous OQN*, INEUM consulting, 73 p

²⁰ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2007) Rapport d'activité 2006. Lyon, ATIH

²¹ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2006) ENC privée 2004-2005: secteur ex-OQN. Lyon, ATIH

limitée aux GHM concernés et présentée sous réserves. Cependant, ce premier essai a permis à l'ATIH de renforcer certains systèmes de contrôle et d'accompagnement des établissements dans le cadre de l'élaboration de l'ENCC, indiquant par là que les « effets secondaires » de la mise en place du système ne sont pas négligeables. L'ATIH mentionne par ailleurs que « les difficultés rencontrées et leurs conséquences ne sont pas, a priori, plus graves que ce que l'on a pu connaître au démarrage de l'ENC du secteur ex-DG ».

3.2 Rémunérer équitablement les établissements de santé ?

3.1.1 Une question d'équité

Face à l'impératif d'endiguement de l'évolution des dépenses de santé, le ministère en charge de la santé a dès 1983²² mis fin au financement à la journée pour les établissements hospitaliers publics et privés participants au service public hospitalier (PSPH)²³. Dès-lors, une situation duale existait concernant le financement des établissements de santé. Les établissements publics de santé et les établissements privés PSPH étaient financés par une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative, appelée la Dotation globale, calculée et reconduite sur une base historique modulée du taux de croissance des dépenses hospitalières globales. Une très faible part du budget faisait l'objet d'une négociation entre tutelle et établissement et la situation figée en 1983 perdurait dans le temps sans aucun lien avec l'éventuelle évolution de l'activité de l'établissement.

L'hospitalisation privée à but lucratif, souvent désignés sous l'appellation de cliniques privées, a, quant à elle, vu perdurer un financement à la journée en ce qui concerne la structure et une rémunération à l'acte pour les professionnels libéraux y exerçant. A partir de 1996, le financement des établissements privés à but lucratif fut encadré par un Objectif quantifié national (OQN) assurant une régulation de type « prix/volumes ».

Dans les deux cas, le financement perçu chaque année par les établissements étaient fortement lié à leur financement historique : budget antérieur pour les établissements sous dotation globale, tarifs journaliers des années précédentes pour les établissements sous OQN. De fait, le financement des établissements de santé était considéré comme très inéquitable. En effet, pour les établissements publics le financement ne relevait que très marginalement de l'activité effectivement réalisée et pour les cliniques privées, des prestations identiques étaient financées à des tarifs différents selon la région et l'établissement. Cette situation laisse apparaître de véritables rentes de situation pour certains et une désincitation à se développer pour d'autres²⁴. Du point de vue du planificateur, cela pose évidemment la question de l'adéquation des moyens mis en œuvre sur les territoires par rapport aux objectifs et enjeux de santé publique (Dumond et Jourdain 2006 ; Lernout et al. 2007).

La question du rétablissement de l'équité dans le financement des établissements de santé se fait en deux phases successives s'inscrivant pleinement dans le mouvement de fond du NPM. La première consiste à rapprocher la rémunération perçue par l'établissement de l'activité

²² Loi 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures à la sécurité sociale.

²³ La catégorie juridique PSPH a disparu avec la loi Hôpital, patients, santé, territoire de juillet 2009. La quasi-totalité des établissements relevant de cette catégorie sont aujourd'hui dans la catégorie des Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)

²⁴ Le Menn J. et Milon A. (2012), « Rapport d'information n° 703 sur le financement des établissements de santé », Paris, France

effectivement réalisée (1). La seconde consiste à construire un quasi-marché des soins hospitaliers en élaborant les conditions d'émergence d'une concurrence par comparaison entre les établissements (2).

3.2.2 Relier rémunération et activité

L'enjeu poursuivi ici par les pouvoirs publics est bien de lier à nouveau rémunération perçue et activité effectivement réalisée. En effet, même en supposant les problèmes de mesure de la production de l'activité hospitalière réglés, se pose un autre défi, celui de construire un modèle de financement basé sur cette activité mesurée.

Fort des données déjà recueillies en termes d'activité et de coûts et malgré les imperfections patentées de ces deux recueils, les pouvoirs publics ont décidé d'avancer un pas significatif sous la forme d'une expérimentation à l'échelle de toute une région²⁵.

C'est ainsi qu'à la fin de l'année 1993, est décidée la mise en œuvre d'une expérimentation dans la région Languedoc-Roussillon de nouveaux modes d'allocation de ressources aux établissements de santé fondés sur l'activité²⁶. En juin 1994, la Direction des hôpitaux prend un arrêté précisant les modalités de mise en œuvre d'une telle expérimentation et en rappelle les cinq objectifs qui lui sont fixés²⁷ :

- « Tester, grâce à une symbolisation de l'activité médicale commune à l'ensemble des établissements de santé, la possibilité d'un dialogue plus riche entre la tutelle, les établissements et les organismes d'Assurance maladie lors des négociations budgétaires ;
- Etudier la faisabilité de la mise en place d'un financement des établissements publics de santé et privés PSPH à partir d'un budget global partiellement ajusté à l'activité médicale représentée à partir des GHM et en mesurer l'impact sur le budget de chaque établissement par rapport au mode actuel de calcul ;
- Etudier la faisabilité, pour les établissements de santé privés lucratifs, d'une tarification fondée sur l'activité médicale représentée par les GHM et en mesurer l'impact sur le chiffre d'affaires par rapport au mode de détermination actuel ;
- Faciliter une meilleure comparaison entre établissements en essayant d'identifier la valeur de la fonction de soins de courte durée par rapport aux missions de type enseignement, recherche et urgences ;
- Etablir une base d'informations médico-économiques pour l'ensemble des établissements de la région permettant, lors d'analyses ultérieures, à l'initiative des différents partenaires, de mettre en évidence la spécificité des missions et la qualité des prestations ».

On distingue donc deux catégories d'objectifs, ceux relatifs à la mise en œuvre d'un système de financement lié à l'activité, et ceux relatifs à la mise en place d'un système de comparaison

²⁵ Fond d'archives personnelles du Professeur Jean-Pierre Claveranne qui était conseil de l'Assurance maladie lors de cette expérimentation.

²⁶ Circulaire DH du 22 décembre 1993 relative à la mise en œuvre d'une expérimentation de nouvelles modalités de financement et de tarification dans les établissements de santé de la région Languedoc-Roussillon.

²⁷ Arrêté du 23 juin 1994 créant un traitement national informatisé dans la région Languedoc-Roussillon destiné à l'expérimentation des modes d'allocation de ressources aux établissements de santé fondés sur l'activité fixe les objectifs de l'expérimentation.

des activités des établissements entre-eux. Ces deux objectifs concernent tant les établissements ex-DG que les établissements ex-OQN. Les divergences entre les deux secteurs concernent les modalités de financement.

Cette expérimentation s'est déroulée entre le 1er janvier 1994 et le 28 février 1995 sous l'autorité d'une commission ministérielle associant l'ensemble des partenaires concernés (Etat, caisses d'Assurance maladie et établissements) et a concerné les quarante-huit établissements publics et privés PSPH et cinquante-cinq cliniques privées de la région Languedoc-Roussillon ayant pris en charge les 500 000 séjours de court séjour MCO de la période d'expérimentation.

Le dispositif imaginé par la Direction des hôpitaux consistait à comparer le budget de chaque hôpital et le chiffre d'affaires de chacune des cliniques à ceux issus d'un calcul fondé sur la valorisation des GHM respectivement par leurs coûts moyens régionaux pour les établissements anciennement sous Dotation globale ou par leurs prix moyens régionaux pour les cliniques (établissements ex-OQN). Pour cela, cette valorisation s'appuya sur l'Etude nationale de coûts.

L'approche par expérimentation locale a semble-t-il donné un véritable coup d'accélérateur à la mise en œuvre d'un financement basé sur l'activité. En effet, après 10 longues années de développement des modalités de mesure de l'activité hospitalière, le modèle de financement issu de l'expérimentation, réajusté à partir des enseignements tirés, a été utilisé dès 1996 dans environ un tiers des régions, et son utilisation a été généralisée pour la détermination des budgets de l'année 1997. Il faut dire que l'expérimentation conduite a confirmé les disparités interétablissements concernant le niveau de financement alloué à niveau d'activité équivalent²⁸. Le rapport conclu ainsi que la comparaison au niveau moyen régional pointe des situations allant d'une sur-dotation de l'ordre de 20 % à une sous-dotation de l'ordre de 50 %.

Une fois de plus, les mécanismes de gouvernementalité à l'œuvre tant dans la phase expérimentale que lors de la généralisation du dispositif mêlent circulaires ou instructions nationales, actions de formation et de mise en œuvre gérées localement et rationalisation de l'action en donnant à voir les mécanismes techniques sous-jacents au modèle. Ainsi, dès la fin de l'année 1994, la Direction des hôpitaux a adressé des instructions²⁹ aux préfets de région et de département ainsi qu'aux directeurs des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) concernant l'utilisation de l'outil PMSI à des fins d'allocation budgétaire pour les établissements sous compétence tarifaire de l'Etat. En annexe de cette lettre le principe général du modèle d'allocation budgétaire est présenté et des précisions sont apportées sur le plan de formation à destination des personnels des services déconcentrés de l'Etat mentionné dans la lettre. Le 10 mai 1995, une circulaire conjointe des Directions des hôpitaux et de la Sécurité sociale annonce la généralisation du dispositif expérimenté sur la région Languedoc-Roussillon à l'ensemble du territoire national pour les établissements sous compétence tarifaire de l'Etat³⁰. Cette circulaire est complétée quelques mois plus tard par de nouvelles

²⁸ Commission ministérielle pour la modernisation du financement et de la tarification des établissements de santé (1995), « Expérimentation Languedoc-Roussillon - Rapport final », pp. 39

²⁹ Instruction DH/PMSI/ n° 016475 du 7 décembre 1994.

³⁰ Circulaire DH/DSS n° 23 du 10 mai 1995 relative à la généralisation du dispositif technique, expérimenté en Languedoc-Roussillon, de mesure de l'activité et des coûts des établissements hospitaliers sous compétence tarifaire de l'Etat, à l'aide des informations provenant du système d'information médicalisé.

instructions de la Direction des hôpitaux précisant les modalités techniques et opérationnelles de cette généralisation du dispositif³¹.

Le dispositif, ainsi proposé, repose sur l'attribution à chaque GHM d'un coefficient de pondération déterminé à partir des données de l'ENC. Afin de construire cette échelle de coûts relatifs, sont attribués au GHM n°540 « accouchement par voie basse sans complication » 1 000 points, puis chacun des autres GHM est positionné par rapport à cette référence en lui attribuant un nombre de points proportionnel à son coût par rapport à celui du GHM n°540.

Le modèle budgétaire décrit par la circulaire s'articule en quatre étapes successives.

- En premier lieu, l'Indice synthétique d'activité (ISA) est calculé pour chaque établissement. Il correspond à la somme des séjours de court séjour MCO pris en charge par l'établissement, pondérés pour chaque GHM d'appartenance par le coefficient de pondération correspondant. Il s'agit de l'ISA « réel » de l'établissement.
- En second lieu, l'ensemble des ISA des établissements d'une région est sommé pour donner la production régionale.
- Ensuite, le budget régional de court séjour MCO est divisé par le nombre de points produits au niveau régional afin de déterminer la valeur du point ISA pour la région.
- Enfin, la multiplication, pour chacun des établissements, de son ISA par la valeur régionale du point permet de calculer le budget théorique de l'établissement.

Ainsi, pour chaque établissement un ISA réel et un ISA théorique est déterminé. Si l'ISA réel est supérieur à l'ISA théorique, cela signifie que l'établissement est sur-doté par rapport aux autres établissements de sa région d'appartenance. Au contraire si l'ISA réel est inférieur à l'ISA théorique, cela veut dire que l'établissement est sous-doté dans son contexte régional.

Ce constat est ensuite pris en compte par les ARH afin d'ajuster le budget annuel de chaque établissement. Les ajustements budgétaires possibles sont simulés par les ARH en prenant en compte divers paramètres, comme l'évaluation d'un seuil d'incertitude de sur- ou de sous-dotation afin de tenir compte des limites de l'outil de mesure et le taux d'évolution maximal du compte administratif acceptable par l'établissement.

Ce mécanisme constitue ainsi la première phase d'un édifice d'attribution des financements fondé sur une comparaison entre l'activité de chacun des établissements selon une même grille de lecture de leur production. La deuxième phase de l'édifice consiste à glisser vers une concurrence par comparaison.

3.2.3 Du financement éclairé par la comparaison au système de concurrence par comparaison

Le système de péréquation budgétaire, fondé sur une représentation de l'activité à l'aide des points ISA, a perduré jusqu'en 2004, année de la mise en place d'un système de paiement prospectif pour le court séjour MCO, la Tarification à l'activité (T2A). Si le temps écoulé entre la généralisation du dispositif en points ISA en 1997 et la mise en œuvre de la T2A en

³¹ Instruction DH du 22 août 1995 relative au Programme de médicalisation des systèmes d'information et à la généralisation du dispositif technique de mesure de l'activité et des coûts des établissements hospitaliers sous compétence tarifaire de l'État.

2004 peut paraître long, le principe de cette évolution a été acté, au moins à titre expérimental, bien plus tôt. En effet, la loi du 27 juillet 1999³² introduisait l'article L6122-19 du code la Santé Publique disposant que « le gouvernement [pourra] expérimenter, à compter du 1er 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 ». Depuis, la fin de l'article a été modifiée de la sorte : « ... de nouveaux modes de financement fondés sur les activités des établissements ». Le cadre général de ce nouveau mode de financement a été fixé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2004³³.

La T2A constitue ce que les économistes appellent un système de paiement prospectif, c'est-à-dire un système qui attribue à chaque situation un tarif correspondant au paiement forfaitaire d'un ensemble d'actes dont la réalisation est habituellement attendue pour répondre à la situation considérée (Chalkley et Malcomson 2000 ; Dranove et Satterthwaite 2000 ; Newhouse 2003).

De façon un peu grossière, la T2A consiste à attribuer à chaque GHM un tarif. Chacun des séjours pris en charge par un établissement de santé lui permet donc de percevoir le tarif correspondant au GHM de classement du séjour.

La T2A, en fixant à chaque profil de prise en charge un tarif défini à l'avance, constitue un système de paiement prospectif normalement plus puissant³⁴ que le système de financement à la journée, et donc à même d'inciter les acteurs à réduire leurs coûts de production (de Pouvourville 2009b). Ainsi le deuxième des quatre objectifs fixés à la T2A tels que présentés par le législateur reprend cette notion d'incitation des acteurs. La T2A a été mise en œuvre afin de répondre à quatre objectifs principaux³⁵ :

- « Une plus grande médicalisation du financement ;
- Une responsabilisation des acteurs et une incitation à s'adapter ;
- Une équité de traitement entre les secteurs publics et privés ;
- Le développement des outils de pilotage médico-économique dans les établissements. »

Depuis 2008, le financement de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics comme privés se fait exclusivement à travers la T2A. En théorie donc, depuis cette date, un système de quasi-marché est effectif et permet de réguler l'activité hospitalière.

Cependant, en pratique, de la même façon que la description de la production hospitalière pose quelques problèmes, le lien entre activité et financement n'est pas sans soulever quelques difficultés.

³² Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture maladie universelle.

³³ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la Sécurité sociale pour 2004.

³⁴ La littérature définit la puissance d'un système de rémunération par la fraction des économies réalisées par un producteur que ce dernier peut conserver. Le système présente une puissance élevée lorsque le financement est lié à un tarif fixé à l'avance. Inversement, le système présente la puissance minimale lorsque le financement est aligné intégralement aux coûts.

³⁵ Rolland J.-M. (2006), « Rapport d'information sur la tarification à l'activité dans les établissements de santé », Paris, Assemblée Nationale

3.2.4 Les difficultés de mise en œuvre

Le projet de renforcement de l'équité du financement des établissements de santé achoppe sur deux plans principaux. En premier lieu, la reconstitution du lien entre activité et financement se heurte d'une part à la capacité du système à décrire et mesurer l'activité de l'établissement, et d'autre part à la capacité du régulateur à optimiser les comportements des acteurs par l'incitatif tarifaire. En second lieu, les mécanismes de concurrence par comparaison se heurtent à la capacité du régulateur à maîtriser l'hétérogénéité du périmètre d'activité des acteurs (hôpitaux publics, ESPIC, cliniques privées) qu'il souhaite intégrer dans le quasi-marché.

L'un des premiers éléments de contestation du système de financement à partir des GHM (points ISA ou T2A) par les établissements de santé concerne la non prise en compte de certaines caractéristiques des prises en charge réalisées. Si ce type de contestation n'est pas née avec la mise en œuvre de la T2A (Guilhot et al. 2012), c'est bien le caractère automatisé, nous serions tentés de dire Léviathan, de ce système qui renforce cette contestation. Alors que la pondération budgétaire par les points ISA servait, à travers la construction d'un budget théorique, de base de négociation entre la tutelle et l'établissement, la T2A s'impose à l'établissement. Dans le système de pondération budgétaire, la répartition interrégionale était partiellement automatisée mais au sein de chaque région la répartition inter établissements se faisait largement par la négociation. Dans le système actuel, les marges de négociation des budgets ont été exclues du dispositif et, se faisant, ont été contraintes de se reporter sur la part de financement hors du champ de la T2A : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), Soins de suite et de réadaptation (SSR), Unités de soins de longue durée (USLD), psychiatrie, médecine libérale et soins de ville en général. Le niveau local, établissement comme tutelle, n'a finalement plus qu'une maîtrise très marginale d'un des leviers principaux de pilotage qu'est le financement. Les marges de manœuvre sont à trouver davantage au niveau national en amont de la construction des tarifs dans le champ T2A, sous la forme d'actions de lobbying menées par les fédérations d'établissements³⁶.

La marge de négociation et la non automatisation du système de pondération par points ISA constituaient à la fois sa force et sa faiblesse. En effet, les études réalisées en 2000 montrent que toutes les ARH n'avaient pas intégré cette nouvelle information dans leur procédure de négociation budgétaire et dans tous les cas lorsqu'elles l'ont fait, le budget théorique ne constituait qu'un élément parmi d'autres (Moison 2000). Ainsi, entre 1997 et 2003, le taux d'ajustement budgétaire annuel moyen était de +/- 1 % alors même que les écarts initiaux constatés entre les établissements sur la valeur du point ISA allaient du simple au quadruple. A ce rythme, il aurait donc fallu plus d'un siècle pour que le budget des établissements soit complètement lié à leur activité. D'autre part cependant, l'automatisation totale d'un système de paiement fondé sur des tarifs par GHM peut poser problème en raison des imperfections descriptives inhérentes à tout dispositif, tant du côté instrumental, que du côté des usages. De nombreux écrits des protagonistes du PMSI depuis les débuts du dispositif ont d'ailleurs souvent pris position contre les dangers d'une telle automatisation, que ce soit en raison de l'incapacité d'un dispositif à construire une représentation omnisciente de la réalité, d'autant

³⁶ La question de l'évolution des tarifs d'une année sur l'autre est ainsi particulièrement marquée par les interventions de la Fédération hospitalière de France (FHF) et de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) sous la forme de pétitions, de lettres au Ministre et au Président de la République, de campagne de communication dans les divers médias.

plus si celle-ci inclut une activité humaine, ou que ce soit en raison de l'impossibilité de développer, dans un cadre automatisé, une relation d'apprentissage normalement nécessaire à l'appropriation des instruments de gestion par les acteurs (Dubois-Lefrère et Coca 1992 ; Dubois 1999 ; Noury 2000 ; Lenay et Moisdon 2003). Dans son rapport annuel sur la Sécurité Sociale de 1997, la Cour des Comptes elle-même indique que les limites inhérentes à l'outil invitent à ne pas utiliser le PMSI « seul » ni de « manière mécanique ». Elle suit en ce sens, l'avis de la Commission ministérielle pour la modernisation du financement et de la tarification des établissements de santé qui, dans ses conclusions sur l'expérience Languedoc-Roussillon relève déjà la nécessité d'une mise en œuvre progressive du dispositif qui doit « servir de support à la négociation budgétaire » et non servir à une allocation automatique en fonction de l'activité mesurée.

En particulier, la question de la non prise en compte de la qualité de prise en charge dans le modèle de financement est un point qui questionne fortement son automatisation (Bras 2012 ; Or et Häkkinen 2012 ; Or et al. 2013). On peut d'ailleurs noter que les systèmes de paiement prospectif les plus anciens, mis en place aux Etats-Unis ou en Australie, ont évolué pour présenter une part d'ajustement des tarifs à la qualité de prise en charge : non financement des infections nosocomiales, non financement des séjours ayant entraîné une réhospitalisation, etc.

Une autre source de difficulté réside dans la construction même de la tarification par rapport aux données issues de l'Etude nationale des coûts.

Tout d'abord, rappelons que, au contraire de ce qui est souvent cru, la T2A n'a pas pour objet de financer les établissements en fonction de leurs coûts de prise en charge mais de permettre la répartition entre les établissements de santé d'une Dotation globale nationale en tenant compte de l'activité réalisée par chacun et, éventuellement, d'objectifs politiques d'orientation de cette activité. Les pays qui ont adopté un système de paiement prospectif fondé sur les DRG ou leurs évolutions ont la plupart fondé la construction des tarifs sur les coûts. En revanche, certains incitent les établissements à améliorer leur processus de prise en charge plus fortement que d'autres en alignant les tarifs sur les coûts des établissements les plus efficaces. Le choix qui a été fait en France, comme en Angleterre (Or et Renaud 2009), est « d'éclairer » les tarifs par les coûts moyens. En effet, les tarifs ne sont pas directement alignés sur les coûts constatés mais ces derniers constituent l'information première fondant les tarifs.

Ainsi, la construction des tarifs à partir des coûts relevés par l'ENCC est réalisée en quatre étapes permettant de passer successivement des coûts aux tarifs bruts, puis aux tarifs repères, ensuite aux tarifs initiaux et enfin aux tarifs définitifs.

Les tarifs bruts sont directement issus de l'exploitation des données de coûts de l'ENCC. L'ENCC fournit une échelle de coûts qui permet d'allouer à chaque GHS de façon proportionnelle la part de l'objectif national de dépense MCO lui correspondant. Le tarif brut est ensuite obtenu en prenant en compte le nombre de séjours attendu dans le GHS considéré. Les tarifs bruts sont donc directement proportionnels aux coûts constatés dans l'ENCC. Cette opération est réalisée selon une même méthode mais distinctement entre les secteurs ex-DG et ex-OQN.

Les tarifs repères modulent les tarifs bruts en intégrant les orientations des politiques de santé afin d'inciter le développement de certaines activités comme les soins palliatifs, ou de certains

modes de prise en charge comme l'hospitalisation complète en cancérologie, ou au contraire la prise en charge ambulatoire sur certains actes de chirurgie³⁷. Les tarifs repères ne sont dès lors plus proportionnels aux coûts constatés dans l'ENCC.

La modulation des tarifs repères pour aboutir aux tarifs initiaux poursuit l'objectif de limiter les effets «revenu» de la nouvelle tarification à des seuils acceptables pour les établissements. Pour finir, les tarifs définitifs prennent en compte les prévisions d'évolution de l'activité en volume et en profil (variation du *casemix*) afin de respecter le cadre de l'objectif de dépense MCO fixé par l'ONDAM.

On s'aperçoit donc que l'étude des coûts ne vise finalement qu'à guider la construction des tarifs mais que les deux échelles sont finalement assez distinctes l'une de l'autre. Cet écart ainsi que le nombre réduit d'établissements inclus dans l'échelle, font l'objet récurrent de critiques de la part des établissements ou de leurs représentants mais également de la part de certaines instances d'inspection et de contrôle comme la Cours des comptes ou l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)³⁸. Ainsi, le Secrétaire général du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier déclarait en 2010 lors d'un séminaire annuel consacré à l'ENCC « Aujourd'hui, une des principales critiques formulées par les établissements hospitaliers concerne l'écart qui existe entre les tarifs et les coûts. Ils ont du mal à comprendre pourquoi les premiers s'écartent à ce point des seconds »³⁹. Dès lors, on assiste à une véritable mise en scène de rationalisation de la qualité des données recensées et produites. Le nombre d'établissements inclus (moins de 50 pour les établissements publics et privés ESPIC et moins de trente pour les cliniques privées) est rappelé chaque année mais les taux de représentativité sont calculés et présentés sur la base du nombre de séjours et non des établissements. Les coûts sont indiqués avec deux décimales alors même qu'elles sont le fruit d'une succession de constructions. Chaque année les données sont livrées présentant l'ensemble du modèle statistique de redressement de l'échantillon⁴⁰.

Enfin, la construction d'un quasi-marché implique de s'assurer du périmètre d'activité des acteurs impliqués. Il est aujourd'hui clairement établi que le périmètre d'activité des établissements concernés par la T2A est non seulement très hétérogène mais en plus, très mal connu du régulateur.

Les tarifs sont propres à chacun des deux secteurs anciennement sous dotation globale ou sous OQN. Un an après la mise en place de la réforme, la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2005 a fixé un objectif de convergence inter-sectorielle à 50 % pour 2008 et au plus tard à 100 % pour 2012. Mais aujourd'hui la connaissance et l'explication des écarts de coûts entre les deux secteurs n'existe pas encore. A ce jour, les pouvoirs publics ont suspendu

³⁷ Par exemple, afin d'inciter au développement de la prise en charge ambulatoire, les couples de GHM ambulatoire/hospitalisation complète ont d'abord reçu un même tarif proportionnel aux coûts constatés pour la prise en charge en hospitalisation complète. Depuis 2014, ces couples de GHM reçoivent un tarif plus bas proportionnel aux coûts de la prise en charge ambulatoire.

³⁸ Bras P.-L., Vieilleribiere J.-L. et Lesteven P. (2012), « Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux », rapport IGAS

³⁹ 14^e séminaire sur l'Étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC), Montpellier, 9 et 10 décembre 2015

⁴⁰ L'ensemble de ces documents est consultable sur les sites Internet www.atih.sante.fr et www.scansante.fr.

l'objectif de convergence après que celui-ci est été repoussé une première fois à 2018⁴¹. Pour l'instant la composition des GHS des deux secteurs n'est pas similaire. L'enjeu de la convergence inter-sectorielle est de rapprocher les deux périmètres mais il se révèle en fait très délicat de définir un périmètre unique adapté à l'ensemble des situations. Deux exemples permettent de mieux comprendre les caractéristiques des problèmes posés.

Concernant les actes de radiologie, ceux-ci pourront tantôt être réalisés par l'établissement, tantôt être effectués en médecine de ville. Dans le cas des établissements privés, on peut considérer l'activité de radiologie comme relevant de la médecine de ville, qu'elle soit réalisée au sein de l'établissement ou dans un cabinet de ville, et ne pas prendre en compte son coût dans l'élaboration des tarifs des GHS. A l'hôpital public en revanche, le cas le plus fréquent est constitué par la réalisation de ces actes en interne par le service de radiologie. Dès lors, le choix a été fait d'intégrer le coût de la radiologie lors de l'élaboration des tarifs des GHS. Or, il est constaté que de plus en plus de médecins hospitaliers font réaliser les actes de radiologie en médecine de ville avant d'hospitaliser leurs patients. Cette situation est particulièrement intéressante pour l'établissement qui perçoit un tarif englobant la radiologie sans en supporter le coût, mais gênante pour le système de financement qui rembourse deux fois une seule radio (dans le forfait GHS pour l'établissement et à l'acte pour le médecin exerçant en cabinet libéral).

Le deuxième exemple, présenté ici, a pour but d'illustrer la complexité qui peut exister en termes d'organisation au cours d'une prise en charge et qui rend difficile, non pas l'établissement des tarifs, mais plutôt la construction du modèle de financement des acteurs ayant réellement réalisé l'activité. Ce récit est tiré d'un carnet de terrain rédigé dans le cadre d'une collaboration avec un chirurgien portant sur l'analyse de son activité. La situation rencontrée lors d'une journée opératoire est particulièrement révélatrice.

Carnet de terrain : Les cliniques privés : du logo au Lego⁴²

Le chirurgien libéral est associé au sein de la clinique des Mouettes à actionnariat médical, mais un accord de groupe entre les chirurgiens de cette première clinique et la clinique de la Jetée (propriété d'un grand groupe du secteur) leur permet d'opérer dans les blocs de cette dernière⁴³. Ce jour là, dans la salle d'opération, vont se côtoyer :

- le chirurgien (de la clinique des Mouettes),
- un anesthésiste libéral en contrat avec la clinique de la Jetée,
- une infirmière anesthésiste (IADE), agent d'un CHU voisin, en vacation pour la clinique de la Jetée,
- un instrumentiste, agent d'un CH périphérique de la région, également en vacation pour la clinique de la Jetée,
- et enfin une infirmière de bloc (IBODE) directement salariée par le chirurgien.

Cette opération va donner lieu dans le cadre du séjour à la facturation d'un GHS par la clinique de la Jetée et d'actes par le chirurgien. Que l'IBODE soit salariée du chirurgien ou de la clinique, le montant du GHS et des honoraires du médecin seront les mêmes. Eventuellement, la redevance

⁴¹ Lettre CAB RBN/ED/09-4271 en date du 29 avril 2009 adressé à Monsieur Claude Evin, président de la FHF, par Madame la Ministre de la Santé et des Sports, disponible sur le site Internet de la FHF (<http://www.fhf.fr>), consulté le 27 mai 2009.

⁴² Les noms des établissements ont été anonymisés. Pour plus de détails sur le véritable Lego des différents acteurs et sociétés que cache l'apparente uniformité du logo des établissements privés de santé, voir (Claveranne et Piovesan 2003)

⁴³ Devant la pression immobilière, la clinique des Mouettes n'a pu conserver de blocs, ses chirurgiens ont donc conclu un accord de groupe avec la clinique de la Jetée pour l'exploitation des blocs.

versée par le médecin à la clinique dans le cadre du contrat de groupe sera peut-être réduite s'il salarie lui-même l'IBODE en fonction des modalités fixées par le contrat de groupe.

Ainsi la disparité sur les tarifs peut s'expliquer en partie par des disparités intersectorielles organisationnelles⁴⁴ (cf. de Pourville 2009a ; Or et al. 2009) mais l'impossibilité de conclure, au-delà des positionnements politiques et idéologiques, relève également de la difficulté à discerner.

Pourtant, les revendications sur ce point sont nées en même temps que l'expérimentation des financements à l'activité. « La comparaison des structures hospitalières sur des bases et des outils communs quel que soit le statut juridique de l'établissement de santé est un moyen de sortir des discours idéologiques pour aller vers des thèses plus économiques et rationnelles. Une appendicectomie ne fait pas la différence entre une structure publique et une structure privée. »⁴⁵ et trouve échos dans les propos actuels du Président de la FHP « Mon mot d'ordre, c'est l'équité tarifaire. Même patient, même soin, même tarif »⁴⁶.

L'ENCC, et notamment la question de sa représentativité et du nombre d'établissements qu'elle comprend, sont au cœur de nombreuses critiques. Les mécanismes de gouvernementalité à l'œuvre sont particulièrement intéressants à étudier car ils doivent composer avec un aspect du développement du PMSI qui était passé au second plan depuis la mise en place de la T2A. En effet, l'ensemble du dispositif repose sur le renseignement de l'information décrivant l'activité produite par les établissements. Si la T2A a introduit un fort incitatif au renseignement, les bases de données PMSI n'ont pas toujours été alimentées de façon très exhaustive et ont même fait l'objet de « grèves du codage » dans certaines phases de négociation⁴⁷. L'ENCC repose de la même façon sur la participation des établissements. Ainsi, en réaction à l'annonce en 2009 du report de l'objectif de convergence tarifaire entre établissements publics et privés, les cliniques privées, sous la houlette de la FHP, ont cessé leur participation à l'ENCC⁴⁸. Finalement cette décision a peut-être démontré le véritable rôle de l'ENCC : un outil de légitimation rationnelle et rationalisation plus qu'un véritable outil de construction du système de financement. En effet, la T2A a continué à fonctionner mais les critiques sur le manque de représentativité de l'ENCC se sont renforcées, que ce soit du côté des instances d'évaluation des politiques publiques (Cours des Comptes, Haut comité pour l'avenir de l'assurance maladie, Inspection générale des affaires sociales, etc.) ou des établissements de santé. En pratique, les cliniques privées ont repris leur participation aux travaux de l'ENCC dès la fin de l'année 2010 et ne l'ont cessé depuis, alors que le principe de convergence tarifaire a été stoppé en 2012. Dernière évolution en la matière, un décret a introduit pour l'année 2017 la possibilité d'imposer la participation des établissements à l'ENCC sous peine de sanctions financières⁴⁹. On voit là une nouvelle forme de gouvernementalité s'immiscer dans le jeu.

⁴⁴ Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (2006), « Avis sur la tarification à l'activité (T2A) et la convergence tarifaire des établissements de santé (MCO) », pp. 8

⁴⁵ Extrait de la première partie du hors-série de la revue de la Fédération des hôpitaux privés sur la mise en œuvre de la généralisation de l'expérimentation Languedoc-Roussillon aux établissements privés. *Hospitalisation Nouvelle*, Hors-série, novembre 1996

⁴⁶ Lamine Gharbi, Président de la Fédération de l'hospitalisation privée, conférence de presse du 15 septembre 2016

⁴⁷ En 2009 notamment de façon très suivie mais également lors des négociations entre professionnels et direction au sein des établissements

⁴⁸ Communiqué de presse du conseil d'administration de la FHP-MCO du 18 mai 2009

⁴⁹ Décret n° 2016-1273 du 28 septembre 2016 relatif à la réalisation des études nationales de coûts mentionnées à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique

Conclusion

Comme nous l'avons vu plus haut, les objectifs officiellement affichés par le PMSI n'ont pas été atteints, et pourtant ils ne sont pas remis en cause. On ne sait ni ne peut toujours pas mesurer la production des soins avec la précision souhaitée ; on ne peut toujours pas rémunérer les établissements de santé à l'aide d'un système considéré comme équitable par les principales parties prenantes ; enfin on ne peut toujours pas organiser une concurrence équitable entre établissements.

Pour autant, les dépenses de santé ont été contenues dans des limites supportables et les comportements des acteurs ont largement évolué dans le sens souhaité par les initiateurs du PMSI. Il semble donc bien que les technologies comptables mises en place aient rendu la pratique de la médecine plus visible et plus « calculable », permettant ainsi de développer une forme de standardisation dont les effets disciplinaires ne sont plus à démontrer.

A côté et en plus des mécanismes de calcul des coûts, la mise en place des DIM a largement permis d'alimenter l'ensemble du système en informations exploitables et cohérentes avec les objectifs du PMSI. Ensemble, les technologies comptables et les DIM ont créé un mouvement irréversible, au moins à court terme et la culture gestionnaire largement répandue au sein des DIM a pu en faire le canal privilégié de diffusion de la parole officielle et donc le vecteur de la politique de l'Etat.

Le rôle des DIM et des calculs de coûts est donc plus facilement compréhensible si on les considère comme des mécanismes de gouvernementalité, donnant la possibilité d'arbitrer les affrontements des acteurs (tutelles vs corps médical, établissements privés vs établissements publics, etc.) au nom du principe supérieur de rationalité.

Bibliographie

- Armstrong, P. (1994). The influence of Michel Foucault on accounting research. *Critical Perspectives on Accounting* 5: 25-55.
- Arnaboldi, M., Lapsley, I. (2004). Modern costing innovations and legitimation: a health care study. *Abacus* 40 (1): 1-20.
- Arnaboldi, M., Lapsley, I. (2005). Activity Based Costing in healthcare: a UK case study. *Research in Healthcare Financial Management* 10 (1): 61-75.
- Barthes, R. (1957). *Mythologies*. Editions du Seuil.
- Bentham, J. (1843). *The works of Jeremy Bentham*. Edinburgh: William Tait.
- Bras, P.-L. (2012). Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ? *Les Tribunes de la santé* 35 (2).
- Burchell, G., Gordon, C., Miller, P. (Eds.) (1991). *The Foucault effect. Studies in governmentality*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Burchell, S., Clubb, C., Hopwood, A. G. (1985). Accounting in its social context: towards a history of value added in the United Kingdom. *Accounting, Organizations and Society* 10 (4): 381-413.
- Burchell, S., Clubb, C., Hopwood, A. G., Hughes, J., Nahapiet, J. (1980). The roles of accounting in organizations and society. *Accounting, Organizations and Society* 5 (1): 5-27.
- Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., Wiley, M. (2011). *Diagnosis-Related Groups In Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency And Quality In Hospitals*. Maidenhead, Open University Press.
- Busse, R., Schreyögg, J., Smith, P. C. (2006). Editorial: hospital case payment systems in Europe. *Health Care Management Science* 9: 211-213.
- Campanale, C., Cinquini, L. (2016). Emerging pathways of *colonization* in healthcare from participative approaches to management accounting. *Critical Perspectives on Accounting* 39: 59-74.
- Campbell, D. T., Fiske, D. T. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin* 56: 81-105.
- Carmona, S., Ezzamel, M., Gutiérrez, F. (2002). The relationship between accounting and spatial practices in the factory. *Accounting, Organizations and Society* 27 (3).
- Chalkley, M., Malcomson, J. M. (2000). Government purchasing of health services. In *Handbook of Health Economics* (Eds, Culyer, A., Newhouse, J.). Amsterdam: Elsevier, 847-890.
- Chilingerian, J. (2008). Origins of DRGs in the United States: A technical, political and cultural story. In *The globalization of managerial innovation in health care* (Eds, Kimberly, J. R., de Pourville, G., D'Aunno, T.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Chua, W. F. (1995). Experts, networks and inscriptions in the fabrication of accounting images: a story of the representation of three public hospitals. *Accounting, Organizations and Society* 20 (2-3): 111-145.
- Claveranne, J.-P., Piovesan, D. (2003). La clinique privée, un objet de gestion non identifié. *Revue Française de Gestion* 5 (146): 143-153.
- de Lagasnerie, G., Kumar, A., Paris, V., Mueller, M. (2015). *Paiement des hôpitaux et dégressivité tarifaire dans les pays de l'OCDE*. Paris: OCDE.
- de Pourville, G. (2009a). La convergence tarifaire entre hôpitaux publics et privés : mission impossible ? *Regards croisés sur l'économie* 5 (1).

- de Pourville, G. (2009b). Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas : La mise en oeuvre de la tarification à l'activité. *Revue économique* 60 (2): 457-470.
- Denis, J.-L., van Gestel, N. (2016). Medical doctors in healthcare leadership: theoretical and practical challenges. *BMC Health Services Research* 16 (1): 45-56.
- Dranove, D., Satterthwaite, M. A. (2000). The industrial organization of health care markets. In *Handbook of Health Economics* (Eds, Culyer, A., Newhouse, J.). Amsterdam: Elsevier 1093-1139.
- Dubois-Lefrère, J., Coca, E. (1992). *Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : le PMSI*. Berger-Levrault.
- Dubois, J. (1999). La classification des GHM: une évolution permanente *La lettre d'informations hospitalières* 35 (Supplément spécial-Le PMSI : bilan, actualité et perspectives après 15 ans d'évolution): 47-51.
- Dumond, J.-P., Jourdain, A. (2006). L'action publique entre la planification et la contractualisation négociée : la perception des administrateurs des hôpitaux. *Politiques et Management Public* 24 (2): 1-19.
- Engel, F., Kletz, F., Moisdon, J.-C., Tonneau, D. (2000). *La démarche gestionnaire à l'hôpital. Le PMSI*. Seli Arslan.
- Ferlie, E., McGivern, G., Fitzgerald, L. (2012). A new mode of organizing in health care? Governmentality and managed networks in cancer services in England. *Social Science & Medicine* 74: 340-347.
- Fetter, R. B. (1991). Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance *Interfaces* 21 (1): 6-26.
- Foucault, M. (1982). *Dits et Ecrits II*. Paris: Gallimard, coll. Quarto.
- Gallofer, S., Haslam, J. (1994a). Accounting and the Benthamites - or accounting's potentialities. *Accounting, Business and Financial History* 4 (3): 431-460.
- Gallofer, S., Haslam, J. (1994b). Accounting and the Benthamites: accounting as negation? *Accounting, Business and Financial History* 4 (2): 239-273.
- Gebreiter, F. (2016). "Comparing the incomparable": hospital costing and the art of medicine in post-war Britain. *The British Accounting Review* 48 (2): 257-268.
- Gebreiter, F., Ferry, L. (2016). Accounting and the "insoluble" problem of health-care costs. *European Accounting Review* 25 (4): 719-733.
- Gordon, C. (1991). Governmental rationality: an introduction. In *The Foucault effect. Studies in governmentality* (Eds, Burchell, G., Gordon, C., Miller, P.). Chicago: University of Chicago Press.
- Guilhot, N., Claveranne, J.-P., Vanhove, S. (2012). Entre crises et réformes, la lente émergence de la gestion à l'hôpital de Beaujeu du 16e au 20e siècle. *Entreprises et Histoire* 69: 49-64.
- Hatchuel, A., Moisdon, J.-C., Molet, H. (1985). *Analyse statistiques de plusieurs systèmes de coûts hospitaliers par groupe homogène de malades (GHM)*. Centre de Gestion Scientifique: Ecole Nationale des Mines de Paris.
- Hood, C. (1995). The "New Public Management" in the 1980s: variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society* 20 (2-3): 93-109.
- Hoskin, K., Macve, R. (2000). Knowing more as knowing less? Alternative histories of cost and management accounting in the US and the UK. *The Accounting Historians Journal* 27 (1).
- Jackson, W. J. (2009). *Accounting as a mechanism of governmentality in the creation of the British hospital system*. PhD Thesis: University of Edinburgh.
- Jick, T. D. (1979). Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action. *Administrative Science Quarterly* 24 (4): 602-611.

- Jobert, B. (Ed.) (1994). *Le tournant néo-libéral en Europe. Idées et recettes dans les pratiques gouvernementales*. L'Harmattan, Paris.
- Jones, T. C., Dugdale, D. (2002). The ABC bandwagon and the juggernaut of modernity. *Accounting, Organizations and Society* 27 (1-2): 121-163.
- Kershaw, R. (2000). Using TOC to "cure" healthcare problems. *Management Accounting Quarterly* 1 (3): 1-7.
- Kimberley, J. R., de Pourville, G. (Eds.) (1993). *The Migration of managerial innovation, diagnosis related groups and health care administration in Western Europe*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Kuhlmann, E., Burau, V., Correia, T., Lewandowski, R., Lionis, C., Noordegraaf, M., Repullo, J. (2013). "A manager in the minds of doctors:" a comparison of new modes of control in European hospitals. *BMC Health Services Research* 13 (246).
- Kurunmäki, L. (2004). A hybrid profession - the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society* 29 (3-4): 327-47.
- Labardin, P. (2008). *L'émergence de la fonction comptable en France*. thèse de doctorat: Université d'Orléans.
- Lapsley, I. (1996). Health care reforms: solutions or problems? *Financial Accountability & Management* 12 (2): 83-87.
- Lapsley, I. (2001a). The accounting-clinical interface: implementing budgets for hospital doctors. *Abacus* 37 (1): 79-109.
- Lapsley, I. (2001b). Accounting, modernity and healthcare policy. *Financial Accountability & Management* 17 (4): 331-50.
- Lascombes, P. (2004). La Gouvernamentalité: de la critique de l'Etat aux technologies du pouvoir. *Le Portique* 13-14: 1-15.
- Lawson, R. A. (2005). The use of activity based costing in the healthcare industry: 1994 vs. 2004. *Research in Healthcare Financial Management* 10 (1): 77-94.
- Le Garrec, M.-A., Koubi, M., Fenina, A. (2013). 60 années de dépenses de santé - Une rétopolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010 *Etudes et Résultats - DREES* 831: 1-8.
- Lemke, T. (2002). Foucault, governmentality and critique. *Rethinking marxism* 14 (3): 49-64.
- Lenay, O., Moisson, J.-C. (2003). Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier *Revue française de gestion* 5 (146): 131-141.
- Lernout, T., Lebrun, L., Bréchat, P.-H. (2007). Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives. *Santé publique* 19: 499-512.
- Llewellyn, S. (2001). "Two-way windows": clinicians as medical managers. *Organization Studies* 22 (4): 593-623.
- Llewellyn, S., Northcott, D. (2005). The average hospital. *Accounting, Organizations and Society* 30 (6): 555-83.
- Loft, A. (1988). *Understanding accounting in its social and historical context: the case of cost accounting in Britain 1914-1925*. Garland, New York.
- Loft, A. (1994). Accountancy and the First World War. In *Accounting as social and institutional practice* (Eds, Hopwood, A. G., Miller, P.). Cambridge University Press.
- McGivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L., Waring, J. (2015). Hybrid manager-professionals' identity work: the maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts. *Public Administration* 93 (2): 412-432.
- McKinlay, A., Pezet, E. (2010). Accounting for Foucault. *Critical Perspectives on Accounting* 21: 486-495.

- McSweeney, B. (1994). Management by accounting. In *Accounting as social and institutional practice* (Eds, Hopwood, A. G., Miller, P.). Cambridge University Press.
- Mennicken, A., Miller, P. (2012). Accounting, territorialization and power. *Foucault Studies* 13: 4-24.
- Miller, P. (1994). Accounting as social and institutional practice: an introduction. In *Accounting as social and institutional practice* (Eds, Hopwood, A. G., Miller, P.). Cambridge University Press.
- Miller, P., Hopper, T., Laughlin, R. (1991). The new accounting history: an introduction. *Accounting, Organizations and Society* 16 (5/6): 395-403.
- Miller, P., O'Leary, T. (1987). Accounting and the construction of the governable person. *Accounting, Organizations and Society* 12 (3).
- Miller, P., O'Leary, T. (1994). Accounting, "economic citizenship" and the spatial reordering of manufacture. *Accounting, Organizations and Society* 19 (1).
- Miller, P., O'Leary, T. (2007). Mediating instruments and making markets: capital budgeting, science and the economy. *Accounting, Organizations and Society* 32: 701-734.
- Miller, P., Rose, N. (1990). Governing economic life. *Economy and Society* 19 (1): 1-31.
- 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* 42: 31-49.
- Mougeot, M. (1999). *Régulation du système de santé*. Conseil d'Analyse Economique - La Documentation française.
- Naegelen, F., Mougeot, M. (1998). Asymétrie d'information et financement des hôpitaux. Une comparaison des modes d'organisation du système de santé *Revue économique* 49 (5): 1323-1343.
- Napier, C. (2006). Accounts of change: 30 years of historical accounting research. *Accounting, Organizations and Society* 31: 445-507.
- Newhouse, J. P. (2003). Reimbursing for Health Care Services. *Economie publique* 13 (2): 3-31.
- Nikitin, M. (1992). *La naissance de la comptabilité industrielle en France*. thèse de doctorat: Université Paris-Dauphine.
- Nobre, T. (2001). Management hospitalier: du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du tableau de bord prospectif. *Comptabilité, Contrôle, Audit* 7 (2): 125-146.
- Nobre, T., Biron, N. (2002). L'ABC à l'hôpital: le cas de la chirurgie infantile. *Finance, Contrôle, Stratégie* 5 (2): 85-105.
- Noury, J.-F. (2000). *La gestion médicalisée des établissements de santé: Le PMSI et l'information médicale*. Paris: Masson.
- OECD. (2015). *Fiscal sustainability of health systems: bridging health and finance perspectives*. Paris: OECD Publishing.
- Or, Z., Bonastre, J., Journeau, F., Nestrigue, C. (2013). Activité , productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. *Document de travail no 56 IRDES*.
- Or, Z., Häkkinen, U. (2012). Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire ? *Document de travail no 53 IRDES*.
- Or, Z., Renaud, T. (2009). *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) : Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères*. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé.
- Or, Z., Renaud, T., Com-Ruelle, L. (2009). Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? *Document de travail no 25 IRDES*.
- Palier, B. (2015). *La réforme des systèmes de santé*. Paris: PUF.
- Pollitt, C., Harrison, S., Hunter, D., Marnoch, G. (1988). The reluctant managers: clinicians and budgets in the NHS. *Financial Accountability & Management* 4 (3): 213-233.

- Potter, B. N. (2003). Accounting as social and institutional practice: perspectives to enrich our understanding of accounting change. *Abacus* 41 (3): 265-289.
- Preston, A. M. (1992). The birth of clinical accounting: a study of the emergence and transformation of discourses on costs and practices of accounting in US hospitals. *Accounting, Organizations and Society* 17 (1): 63-100.
- Preston, A. M., Chua, J. H., Neu, D. (1997). The Diagnosis-Related Groupe-Prospective Payment System and the problem of the government of rationing health care to the elderly. *Accounting, Organizations and Society* 22 (2): 147-164.
- Raftery, J., Robinson, R., Mulligan, J. A., Forrest, S. (1996). Contracting in the NHS quasi-market *Health Economics* 5 (4): 353-362.
- Robson, K. (1992). Accounting numbers as "inscription": action at a distance and the development of accounting. *Accounting, Organizations and Society* 17 (7): 685-708.
- Robson, K. (1994). Inflation accounting and action at a distance: the Sandilands episode. *Accounting, Organizations and Society* 19 (1): 45-82.
- Rodrigues, J.-M., Goldberg, S. (1984). Le Projet de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) *Informations Hospitalières* 1: 15-19.
- Rose, N., Miller, P. (1992). Political power beyond the State: problematics of government. *The British Journal of Sociology* 43 (2): 173-205.
- Ross, T. K. (2004). Analyzing health care operations using ABC. *Journal of Health Care Finance* 30 (3): 1-20.
- Shleifer, A. (1985). A theory of yardstick competition. *RAND Journal of Economics* 16 (3): 319-327.