

**ST15 *Markets and Health*. Quels enjeux nationaux et internationaux**

**?**

**Quelle régulation politique ?**

Alain ABENA TSOUNGUI

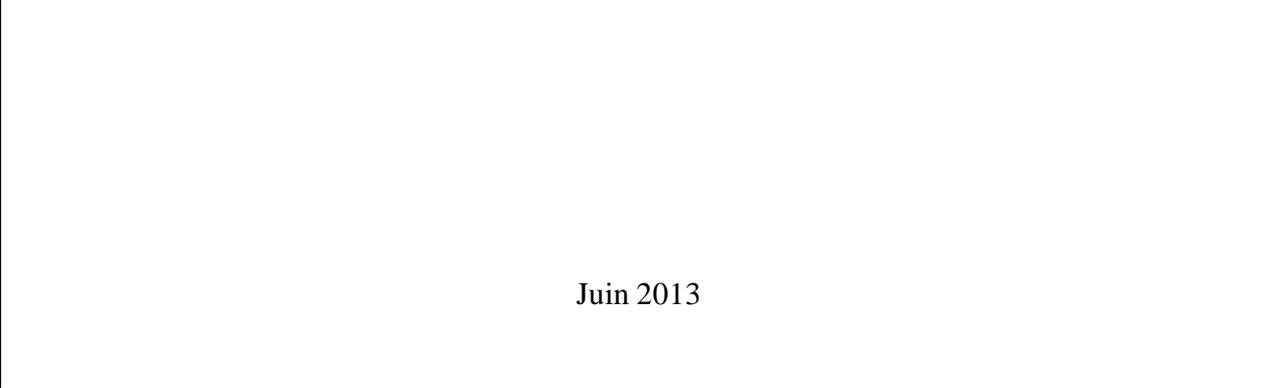
Institut d'Etudes politiques de Paris

Chaire Santé de Sciences Po / Centre de Sociologie des Organisations

dieudonne.abenatsoungui@sciences-po.org

***Les conceptions du « marché » dans la construction de la place  
et de l'usage du PMSI en France***

**Congrès AFSP Paris 2013**



Juin 2013

## Introduction :

Il est difficile, voire impossible d'aborder la réforme du financement des hôpitaux en France sans parler du « marché » ou du libéralisme vers lequel elle conduirait. La principale raison en est qu'il s'agit de l'angle à partir duquel s'est développée la critique médicale contre cette réforme. C'est aussi la porte d'entrée de nombreux travaux de sciences sociales qui s'intéressent aux transformations en cours dans le champ sanitaire, ainsi que le résultat principal auquel aboutissent nombre de ceux-ci.

La réforme dont il est question à cours depuis 2004, elle est dite de la « tarification à l'activité » (T2A). C'est un changement dans le mode de rémunération des hôpitaux, qui bénéficiaient avant d'une dotation reconductible et qui sont désormais payés en fonction de l'activité réalisée. L'outil qui sert à classer les standards de prestation en vue de tarification est appelé PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information). Le PMSI est la version française des *diagnostics related groups* (DRG) inventés aux Etats-Unis au milieu des années 70. L'histoire du PMSI est beaucoup plus longue que la tarification qui en est simplement l'aboutissement ou une étape décisive dans sa trajectoire.

La critique médicale de cette réforme est entretenue par des entrepreneurs moraux qui occupent l'espace médiatique et dont le principal porte-parole est le professeur Grimaldi, diabétologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Souvent avancées sur le mode de la polémique, ses prises de position tendent à dénoncer la privatisation rampante qui se trouve derrière les aspects visibles des réformes hospitalières en œuvre ces dernières années. Grimaldi voit dans la mise en concurrence actuelle des établissements, la conséquence d'un choix de société qui vise à affaiblir le service public et à renforcer les opérateurs privés. Ce qui est en jeu selon lui, c'est d'en finir avec les valeurs de solidarité qui se trouvent au fondement du système de santé français.

Les auteurs qui se sont intéressés aux évolutions récentes dans le champ sanitaire sont unanimes dans le constat d'une dynamique générale de marchandisation à l'œuvre dans ce champ, visant à créer les conditions de la mise en concurrence des acteurs<sup>1</sup>. Les explications avancées pour rendre

---

<sup>1</sup> Hassenteufel P., et al. « La libéralisation des systèmes de protection maladie. Convergence, européanisation et adaptations nationales », *Politique européenne*, Vol.1, N°2, 2001.

## Congrès AFSP Paris 2013

compte de cette évolution sont nombreuses. A l'origine, se trouve la crise du modèle de protection sociale<sup>2</sup>, qui implique des changements profonds favorables à des modalités nouvelles d'intervention. Cette crise est d'abord une crise du financement qui a occasionné depuis la fin des années 70 la mise sur agenda de la « maîtrise des dépenses. »<sup>3</sup> Dans une certaine version de l'analyse de cette évolution, les déficits ou la « politique des caisses vides » constituent des prétextes permettant de légitimer l'application de réformes néolibérales du champ sanitaire et social<sup>4</sup>. Les modalités de cette libéralisation du secteur de la protection maladie sont au moins de quatre ordres : l'ouverture du choix pour le patient, la concurrence entre les opérateurs de soins, la diffusion d'une évaluation de l'offre de soins en termes de performance et la transformation des acteurs chargés des soins en entrepreneurs de soins<sup>5</sup>. Les influences transnationales et internationales participent à créer les conditions de réalisation de ces modalités, dans un contexte de convergence européenne et d'influence des organisations internationales. La mise en concurrence prospère aussi par la standardisation de l'offre<sup>6</sup> qui participe à la construction d'un patient éclairé acteur de sa santé<sup>7</sup>. La construction du marché se fait enfin à travers la lente mais progressive conversion d'une élite technocratique à l'idéologie néolibérale<sup>8</sup>. La mobilisation des outils managériaux importés du secteur privé par cette élite technocratique ne sert pas seulement à préparer une privatisation certaine, mais elle participe à invisibiliser la décision politique du vivre et du mourir.

Bien qu'elle soit d'un grand apport dans la compréhension des transformations à l'œuvre dans le champ sanitaire, une part, certes minime, de cette littérature laisse un doute dans le lien entre l'analyse du processus de marchandisation et la réalisation effective de celui-ci. Le risque est donc grand de postuler un marché avant son existence concrète ou de trouver de la cohérence marchande dans des évolutions sociales différentes. L'entrée par la catégorie marché elle-même peut conduire à ce type d'écueil, puisqu'elle peut contraindre le regard à une vision partielle et

---

<sup>2</sup> Palier B., Bonoli G., « Entre Bismarck et Beveridge », *Les crises de la sécurité sociale et politique(s)*, N°4, 1995.

<sup>3</sup> Serré M., Hassenteufel P., « La santé en comptes. La mise en compte statistique de la santé », *Politix*, vol.12, N°46, 1999.

<sup>4</sup> Pierru F., *Hypocrate malade de ses réformes*, Edition du croquant, 2007.

<sup>5</sup> Hassenteufel et al.; op. cit.

<sup>6</sup> Hassenteufel et al. Idem.

<sup>7</sup> Batifoulier P., *Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française.*, *Revue française de socio-économie*, 2008.

<sup>8</sup> Pierru F., *Hypocrate malade de ses réformes*, édition du croquant, 2007.

## **Congrès AFSP Paris 2013**

partielle, d'autant plus qu'on se trouve souvent dans des systèmes multiparamétriques et multi-enjeux ou la reconstruction de telle dynamique est facilitée.

Cette communication, qui s'inscrit dans une thèse en cours au centre de sociologie des organisations, vise à poser la question du marché en rapport avec la manière dont les acteurs l'ont posé ou comment elle est apparue comme un enjeu pour eux tout au long de la trajectoire du PMSI. Je voudrais montrer que cette question a toujours été évoquée à toutes les époques de construction du PMSI et que ce qui est fondamentalement important à regarder c'est la manière dont elle est apparue dans les négociations autour de l'outil technique, la manière dont les acteurs l'ont ou pas mobilisé, les enjeux vers lesquels elle ouvrait et le sens qui lui a été donné en définitive.

Cette communication s'inscrit ainsi dans une sociologie des réformateurs techniques dont j'ai fait mon entrée dans le terrain très vaste de l'histoire de la constitution et de la mise en œuvre de cette réforme. Il s'agit d'un groupe d'experts engagé et complètement identifié à l'outil qui a porté celui-ci jusqu'à son application par les décideurs publics. L'histoire que je vais raconter prend sa source dans les entretiens réalisés avec eux et essaye de retracer les étapes, les contextes, les acteurs et les enjeux. Compte tenu du format de la présentation, j'ai décidé de m'arrêter à la période allant de l'introduction du PMSI en 82 jusqu'au moment de sa première utilisation en 96-97.

### **L'EPOQUE ORIGINELLE : LE MARCHE SOURCE DE DISCREDIT POUR LE PROJET D'IMPORTATION DES DRG**

L'importation des DRG<sup>9</sup> en France est liée à une circonstance historique particulière, qui a à voir avec l'arrivée des socialistes au pouvoir en 1981 et la nomination de Jean De Kervasdoué au poste de directeur des hôpitaux. Rocardien de la première heure, Jean De Kervasdoué est déjà reconnu dans le parti socialiste pour ses idées réformatrices et pour son expertise sur les questions de santé. Sa nomination relève avant tout d'une manœuvre politique visant à contre-balancer la présence concomitante du ministre communiste Jack Ralitz à la santé et de la CGT comme syndicat majoritaire à la CNAM. Sa désignation s'accompagne ainsi d'un élargissement des

---

<sup>9</sup> Pour approfondir, voir Pouvourville G. « De la régulation financière de l'hôpital par les DRG : enjeux, principes, faisabilité », *Sciences sociales et santé*, Vol.8, N°2, 1990.

## Congrès AFSP Paris 2013

responsabilités de la direction des hôpitaux (DH, en ce qui concerne notamment les nominations et les aspects financiers. Le gouvernement souhaite ainsi en faire le véritable patron du ministère. C'est une position qui va être déterminante dans la mise en place du projet gestionnaire qu'il a en tête avant son arrivée aux responsabilités. En effet, polytechnicien et ancien directeur du centre de recherche en gestion (CRG), ses activités de recherche l'ont amené à rencontrer le système DRG développé aux Etats-Unis dans les années 70. C'est un outil qui permet de ramener la complexité de l'activité médicale à quelques groupes économiques et de fonder la constitution d'un catalogue de prestations hospitalières. Jean De Kervasdoué voit dans cette innovation, la solution au problème de la répartition financière entre hôpitaux, alors même que celle-ci ne fait pas encore l'objet de préoccupation publique. Jusque-là les décideurs publics n'ont envisagé le pilotage des dépenses sanitaires que par grande catégories comptables<sup>10</sup>. Dans le contexte de « maîtrise des dépenses » de santé du début des années 80, il défend l'idée que le rationnement des dépenses mis en route par l'ancien gouvernement Barre et dont il est chargé de conduire la réforme ne peut être viable et soutenable que si elle est réalisée dans l'équité. Jean De Kervasdoué a tiré de son passage comme directeur des études économiques à l'APHP, la conviction qu'il existe une disparité dans l'allocation des ressources entre les hôpitaux et que certains établissements bénéficie d'un niveau d'allocation ne correspondant pas à l'activité qu'ils produisent. Il ambitionne ainsi d'objectiver ces disparités afin d'amener son gouvernement et avec lui l'Etat à s'engager dans la voie de la rationalisation. Au moment de la réforme de la dotation globale en 1983, il réussit à négocier avec son gouvernement la possibilité de moduler les ressources en fonction de l'activité réalisée.

Donc la dotation globale était un système dont tout le monde voyait bien qu'il était extraordinairement brutal, il était extraordinairement aveugle et il a abouti à avoir un mode de pilotage absurde. C'est la raison pour laquelle Kervasdoué lance parallèlement le PMSI. Le PMSI est l'antidote de la dotation globale. C'est le système qui va permettre d'ajuster les budgets hospitaliers à l'activité de l'hôpital d'une manière ou d'une autre, à l'époque on ne sait pas comment, soit par tarification soit par un mode de budgétisation piloté par des indicateurs médico-économiques. Donc il est logique de lancer parallèlement le PMSI qui va permettre de

---

<sup>10</sup> Serré M., Hassenteufel P., « La santé en comptes. La mise en compte statistique de la santé », *Politix*, vol.12, N°46, 1999.

## Congrès AFSP Paris 2013

sortir de cette situation de blocage mécanique où la dotation globale a mis les hôpitaux.  
(Administrateur ; directeur Mission-PMSI)

En plus d'essayer de légitimer son projet auprès des autres responsables publics, à travers par exemple l'organisation en automne 1982 d'une mission aux Etats-Unis, Jean De Kervasdoué monte une petite équipe-projet à l'intérieur de la DH, à la tête de laquelle il place Jean-Marie Rodrigues, médecin en santé publique et ancien membre du cabinet de Simone Veil. Il y associe également des chercheurs du CRG et du CGS (centre de gestion scientifique) de l'école des mines, ainsi que des partenaires américains dont Fetter l'inventeur des DRG. L'équipe-projet est chargée d'adapter les DRG à la réalité hospitalière française. Ce qui revient à essayer de faire parler au logiciel américain le langage médical français, ainsi que de mettre sur pied les outils de recueil et de traitement des données. De fait, les DRG implique un choix implicite de méthode fondé sur le recueil systématique de données hospitalières, qui n'existe pas en France. La mise sur pied d'un système d'informations devient dès lors la référence autour de laquelle se structure le travail d'adaptation des DRG à l'univers hospitalier français. Elle va justifier le nom PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) qui sera donné au projet. La rhétorique des réformateurs techniques pour promouvoir leur outil tourne essentiellement autour de la nécessité pour l'Etat de connaître l'activité réelle des hôpitaux. Jean-Claude Moisdon<sup>11</sup> va désigner par « symétrie de non-information » la situation d'impossibilité de dialogue entre tutelle et hôpitaux à cause de l'absence d'un langage commun, et la neutralité d'action que celle-ci engendre.

*« Je suis rentré mais après j'ai continué à avoir des échanges avec lui et puis avec d'autres copains de Yale et bien entendu avec Robert Fetter. Donc quand j'ai été nommé directeur des hôpitaux en 81, tout de suite, dès le début 82, j'ai organisé une réunion avec des gens de l'assurance maladie et d'autres collaborateurs, et on est allé en Pennsylvanie, voir la première application qu'avais mise au point Fetter, euh, enfin plutôt une élève de Fetter qui était euh l'équivalent du Ministre de la Santé dans l'Etat de Pennsylvanie, ça s'appelle Commissioner of Health. Et alors tout de suite, j'ai demandé à Fetter s'il accepterait de nous conseiller ; et donc*

---

<sup>11</sup> Moisdon J.C., Lenay O., « Du système d'information médicalisé à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument du système hospitalier », *Revue française de gestion*, Vol. 5, N°146, 2003.

## Congrès AFSP Paris 2013

*j'ai lancé une équipe que je dirigeais avec le professeur Rodrigues, qui est maintenant Professeur à Saint-Etienne...* (Jean De Kervasdoué)

La remontée de données pour faire vivre le PMSI nécessite d'intéresser les établissements à s'engager dans le projet. La Mission-PMSI lance un appel à candidature et organise des descentes dans les établissements. Cette première tentative de faire participer les établissements au jeu du recueil de données sera sanctionnée d'un relatif échec : une poignée d'hôpitaux seulement<sup>12</sup> accepte d'assumer le coût lié à la mise en place du dispositif informatique servant au recueil de l'information d'une part, ainsi que les négociations internes devant amener les médecins à coder leurs actes, d'autre part. C'est à travers ces tentatives de faire participer les hôpitaux au projet que les premières réticences au PMSI vont se transformer en critiques publiques. Celle-ci tourne essentiellement autour de la dénonciation de l'illégitimité de l'Etat à regarder le contenu du travail médical. A l'époque, demander aux médecins de révéler leurs pratiques est sacrilège, essayer de décrire l'activité médicale à partir de catégories économiques relève de la transgression. C'est au travers de cette opposition au PMSI et du refus de ce que les professionnels considèrent comme une forme d'ingérence, que le thème du « marché » va s'inviter au débat. Il est formulé sur le mode de la menace, la « marchandisation » vers laquelle ouvrirait le projet. L'actualité américaine contribue fortement à nourrir cet argument, puisqu'en 1983 le gouvernement néoconservateur de Reagan décide d'appliquer le *prospectiv payment system* (PPS) sur MEDICARE en se fondant sur les DRG. Cette première application mondiale des DRG a eu un écho retentissant sur la construction politique de la place du PMSI dans l'univers hospitalier français.

La PPS consacre en effet le passage d'une régulation budgétaire à une tarification. Utilisés comme outil de tarification, les DRG font sauter le confort d'un budget reconductible chaque année pour passer à un paiement fondé sur l'activité réalisée (saisie pour l'essentiel à partir du nombre de patients traité). Ce qui crée une équivalence relative entre hôpitaux et une concurrence de fait entre ceux-ci. C'est dans ce sens que la PPS est considérée par la plupart des entrepreneurs du PMSI eux-mêmes comme une utilisation maximaliste ou « libérale » des DRG. L'onde de choc que crée cette actualité américaine est source d'embarras pour le nouveau gouvernement

---

<sup>12</sup> On estime à 15 les établissements qui s'engagent en 1983 et à près de 29 en 1987. Voir, « L'adaptation des DRG en France : le programme de médicalisation des systèmes d'information », *Sciences sociales et santé*, Vol.8, N°2, 1990

## Congrès AFSP Paris 2013

socialiste. Les opposants aux PMSI la mobilisent pour éveiller la représentation négative que les français entretiennent vis-à-vis du système américain. La PPS fait planer le spectre de la « marchandisation » des soins qui serait caractéristique de la conception américaine de la santé en général et tributaire de l'idéologie néolibérale du gouvernement Reagan en particulier.

*« Quand le PMSI est né en 83, le directeur des hôpitaux qui avaient importé ça des Etats-Unis avait dit ce ne sera jamais une tarification, aux Etats-Unis c'est une tarification mais en France quelle horreur... Parce que si vous voulez tarification si vous voulez, c'est le service public...Ca fait marchand, ça fait amerloque, les amerloques ils vendent leur santé berk ! Nous c'est la sécurité sociale (rire ironique). (Chercheur CGS ; expert Mission-PMSI).*

*« Parce qu'on a décidé de prendre le système en 82, c'est l'année où Reagan suivant les injonctions de Milton Friedman a décidé de s'en servir pour Medicare sous la forme du Prospective Payment System. Mais nous on a quasiment choisi le système d'info avant et on a choisi notamment sur les recommandations de Fetter... Fetter il n'était pas sur le Prospective Payment System, il était pour que ça serve à la gestion des hôpitaux, à la planification, des choses comme ça. Il a trouvé l'idée du gouvernement fédéral à l'époque complètement folle. Alors évidemment il était en position difficile puisque ça été sa gloire... C'est toujours difficile, c'est-à-dire qu'on prend votre système mais la façon dont il a été utilisé n'est absolument pas ce que voulait faire Fetter. Et nous on n'était pas au même stade d'évolution et quand on a vu ça on était un peu effrayé par l'exemple américain... (Médecin ; directeur Mission-PMSI).*

Cette première génération de critiques qui utilise le « marché » comme argument de délégitimation et de discrédit contre le projet de médicalisation va fortement fragiliser la mise sur agenda de l'instrumentation et impacter les travaux de développement de l'outil. Sur le plan politique, l'inscription dans la loi de la possibilité de moduler les budgets par le PMSI est le maximum que Jean De Kervasdoué peut attendre de sa hiérarchie. A l'évidence, c'est une éventualité envisagée comme lointaine, l'action gouvernementale sur l'hôpital étant à ce moment essentiellement tournée vers la mise en place de la dotation globale. Le PMSI apparaît en fin de compte comme l'initiative d'un homme seul. D'ailleurs, la protestation des acteurs hospitaliers

## Congrès AFSP Paris 2013

contraint les décideurs politiques à exiger des promoteurs du PMSI qu'ils lèvent les équivoques sur les finalités de leur projet, alors même que les travaux en sont encore à un niveau exploratoire. Les signaux qui sont envoyés pour rassurer les hôpitaux portent d'une part, sur l'affirmation publique que le PMSI ne serait jamais utilisé pour faire une tarification et d'autre part, sur l'émergence de tout le discours visant à relativiser l'utilité du PMSI en le présentant notamment comme un outil épidémiologique<sup>13</sup>. Dans ce contexte, le projet doit son salut à la maîtrise de l'appareil administratif par Jean De Kervasdoué. Sur le plan technique, la structure-projet est poussée au confinement du ministère, Les travaux sont ralentis par le faible engagement des hôpitaux au recueil de données. Les tests d'adaptations et le premier embryon d'outil qui en sort ne sont rendus possibles que par l'existence fortuite d'un système de recueil de données DRG-compatible inventé au début des années 70 par un médecin autodidacte de la région grenobloise.

*« A cette époque-là, le grand sujet c'était le recueil des données, l'exhaustivité des données, les outils de recueil, comment confectionner les RSS, c'était ça les sujets, c'était pas du tout l'utilisation. Parce qu'il y avait une ambiguïté dans les propos des dirigeants politiques parce qu'on nous disait « le PMSI ne servira pas à des fins budgétaires », on disait « le PMSI c'est le moyen de mieux connaître son activité et ce qu'on fait. C'est quelque chose qui vous est utile à vous et nous n'avons pas d'intention en tant que tutelle de nous servir de cet outil-là et surtout pas en tant qu'outil budgétaire ». Ce qui était évidemment faux et on était un certain nombre à penser que c'était faux. Mais le discours officiel c'était celui-là. » (Directrice d'hôpital, experte Mission-PMSI).*

### LA CRISE DU PROJET : LE PMSI SOUS LA MENACE DU MARCHÉ

La période d'importation des DRG s'achève en 1986(6) avec la production de la première version française du logiciel de groupage, mais surtout avec le départ de Jean De Kervasdoué faisant suite à la victoire de la droite aux élections législatives. L'outil qu'il laisse derrière lui est encore incapable de fournir la preuve de l'existence du problème qu'il souhaitait solutionner,

---

<sup>13</sup> Moïsson J.C, « Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouvel outil de gestion et de régulation dans le système hospitalier », *Sociologie du travail*, N°42, 2000.

## Congrès AFSP Paris 2013

mais il a réussi à faire de la médicalisation du financement et plus globalement de la gestion, entendu au sens de l'équipement médicalisé de la décision publique, des sujets importants du champ sanitaire. Il a aussi contribué à l'émergence d'une communauté d'experts autour de cette cause. Son départ laisse malgré tout un grand vide parmi les entrepreneurs du PMSI, qui perdent à la fois leur relai et leur couverture institutionnelle. Jusque-là Jean De Kervasdoué a servi d'écran de protection pour la structure-projet contre les effets délétères externes. Son départ consacre donc l'entrée en turbulence du PMSI face à une opposition des professionnels médicaux et des directeurs d'hôpital qui se fait plus vigoureuse. Les directeurs d'hôpital sont les plus actifs pour contester la poursuite du PMSI. L'enjeu de fond de cette mobilisation tient au fait qu'ils veulent éviter de se retrouver en position de tiraillement entre la tutelle et les médecins. Ils doivent par ailleurs gérer les négociations internes liées à la mise en place de la dotation globale<sup>14</sup>. La stratégie des directeurs d'hôpital consiste à ne pas s'opposer à la rhétorique de diffusion du PMSI portant sur la nécessité de l'Etat de connaître ce que font les hôpitaux, ce qui rend compte de la puissance que commence à prendre le discours gestionnaire. Ils vont plutôt essayer de défendre le maintien d'une certaine autonomie des hôpitaux en proposant de les laisser gérer eux-mêmes leur fourniture en d'outil de gestion pour un usage interne. En effet, plusieurs versions de logiciel livrées clef-en-main sont vendues à l'international par des entreprises en majorité américaines (dont celle de Fetter reconverti en entrepreneur).

*« Comme c'était un projet qui était quand même très personnel, très identifié à une personne qui était Jean De Kervasdoué, et que c'était un projet qui quand même à l'époque rencontrait pas mal d'oppositions... Alors pas des médecins, parce que les médecins au début, ils comprenaient rien, ils comprenaient rien au projet et puis le projet avait pas beaucoup de visibilité à l'extérieur du ministère, c'était pas très connu donc les médecins, ils voyaient ça d'assez loin, et puis ils avaient d'autres problèmes à régler à l'époque. Mais ça rencontrait une certaine opposition de la part des directeurs d'établissements. Et pourquoi ? Parce que les directeurs établissements voyaient bien que, quelque part, derrière cette affaire-là, l'administration centrale allait pouvoir avoir un outil de contrôle, finalement, de la performance des établissements où eux perdraient de l'autonomie d'une certaine façon, puisque, du coup, ils seraient jugés alors que au fond un*

---

<sup>14</sup> La mise en place de la dotation globale a été source de bouleversements et de conflits dans les établissements. Voir à ce sujet, Moisdon J.C, Op. Cit.

## Congrès AFSP Paris 2013

*directeur d'établissement, il était principalement jugé sur sa capacité (et même pas encore) à garder la paix sociale et à respecter son budget, d'un seul coup on allait lui demander des comptes et on allait le forcer éventuellement à faire des efforts de productivité... » (Chercheur CRG ; expert Mission-PMSI)*

La proposition de mise en concurrence du PMSI est fortement objectée par les réformateurs techniques, qui y voient la volonté manifeste des directeurs d'hôpital d'enterrer le projet. Ils défendent ainsi l'idée que le projet de rationalisation n'a de sens et de chance que s'il est fondé sur un outil aux mains du régulateur. Ce qui signifie que la « fonction groupage », c'est-à-dire la méthodologie (et le logiciel) de regroupement de l'activité, demeure une propriété exclusive de l'Etat. Ce qui n'empêche pas comme c'est le cas actuellement de laisser l'accompagnement technique des hôpitaux à des prestataires privés. Au regard des enjeux, ils font le constat réaliste que seul l'Etat est fondé pour endosser la charge du développement de l'outil ainsi que d'en faire accepter l'application aux hospitaliers. C'est au nouveau patron de la DH que revient la responsabilité d'arbitrer sur l'orientation à donner au projet. Son attachement au PMSI est loin d'être comparable à celui de Jean De Kervasdoué, mais il ne décide pour autant pas de son arrêt. Il opte pour une solution intermédiaire consistant à organiser une évaluation du projet. Celle-ci prend la forme d'un groupe de recherche reversé à l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP). C'est ce qu'on a appelé le groupe IMAGE qui a fonctionné ensuite comme un centre de recherche.

La problématique du marché est donc intervenue pour la seconde fois dans la trajectoire du PMSI de manière externe pour libéraliser l'accès à l'expertise gestionnaire et contester le monopole de l'Etat. Le but de ceux qui l'ont mobilisé est de fragiliser l'évolution du projet. Le libéralisme qu'appellent de tous les vœux les directeurs d'hôpital afin de réduire l'intention régulatrice du projet de rationalisation donne l'occasion aux entrepreneurs techniques du PMSI d'affirmer le principe de souveraineté qu'ils attachent à leur outil. Cette ligne idéologique va demeurer directrice dans le paramétrage technique. C'est ainsi par exemple que le modèle d'étude nationale des coûts (ENC) sera paramétré pour servir des objectifs budgétaires et non pour aider au contrôle de gestion. Les entrepreneurs du PMSI auront l'occasion plus tard, au début des années 90, de réaffirmer cette position vis-à-vis de Jean De Kervasdoué lui-même. Après avoir quitté la direction des hôpitaux, celui-ci a créé une société de conseil et nourrit l'ambition de

## Congrès AFSP Paris 2013

continuer à développer dans le privé un outil de type DRG. Outre l'opposition de la fédération de l'hospitalisation publique, les acteurs techniques restés attachés au ministère vont contester un tel projet et réussir à préserver un modèle de PMSI public et unique. La tentative d'exportation de l'expertise publique vers le privé par Jean De Kervasdoué peut expliquer qu'il ait été mis à l'écart du développement de l'outil, puisqu'après 86 il n'apparaîtra plus dans les grands moments de la trajectoire publique de celui-ci.

*« Kervasdoué avait quitté le ministère et avait créé la société Sadesco qui était à l'époque très novatrice, une société de conseil sur les gestions hospitalières et en particulier sur les systèmes d'information. Il avait comme ambition de développer son propre logiciel de groupage qu'il devait vendre contre le logiciel officiel. Je lui ai dit « il n'est pas question que tu fasses ça, tu vas nous bousiller notre.. ; déjà que les gens ne comprennent rien, s'il y a deux groupeurs ils vont encore moins comprendre ». Donc il faut qu'on ait en France une seule version du logiciel de groupage qu'on la fasse évoluer, mais que tous les logiciels du marché utilisent la même version, le même cœur de groupage (Administrateur ; Directeur Mission-PMSI).»*

### **L'EPOQUE DE LA PREMIERE APPLICATION : DU CADRAGE ADMINISTRATIF AU REFUS DE LA TARIFICATION**

Après une période relativement longue au cours de laquelle le PMSI suit une trajectoire presque chaotique avec risque d'arrêt, l'outil renaît de ses cendres au début des années 90 avec l'arrivée d'un nouveau passeur institutionnel au nom d'André Loth. Celui-ci est administrateur civile, il a rencontré Jean De Kervasdoué au détour d'une recherche pendant sa formation s'est intéressé à son projet. Il décide de rejoindre le ministère de la santé à la sortie de l'ENA pour travailler sur le sujet. Son arrivée va s'avérer déterminante pour la progression et la promotion du PMSI. Son statut d'énarque va beaucoup jouer pour permettre à la structure projet d'acquérir une véritable assise institutionnelle. Jusque-là le PMSI est resté très lié à la personne de Jean De Kervasdoué et doit continuellement négocier sa place au sein de l'administration. Cette précarité a fortement participé à l'empêcher de devenir une expertise mobilisable par les décideurs publics. L'outil est pris dans un cercle vicieux qui veut que pour intéresser les décideurs publics il doit se renforcer et pour se renforcer il faut le coup de pouce de l'Etat notamment pour amener les

## Congrès AFSP Paris 2013

hôpitaux à remonter les données de leur activité. Or, pour que les responsables publics s'en emparent, il faut au moins que les bénéfices d'une telle opération soient supérieurs aux coûts politiques de l'investissement. D'autant plus que la contestation du projet de rationalisation est allée croissant et que les ministres et directeurs des hôpitaux successifs ont plutôt intérêt à afficher une distance vis-à-vis de l'outil et de poursuivre un discours de sous estimation des impacts potentiels de celui-ci. Le slogan de Gérard Vincent, ancien directeur des hôpitaux, est resté le plus célèbre : « le PMSI, un bien que l'hôpital se rend à lui-même ».

*« Jusqu'à cette date-là la question de l'exhaustivité n'était pas gagnée. Il y avait toujours bien-sûr la question de pourquoi faire ça, c'est du travail en plus, mais il y avait aussi une opposition assez forte et théorique et idéologique qui était finalement l'administration veut savoir ce qui se passe dans les services. Et là on retrouve ce que vous dites sur le côté très libéral, autonomie, réactionnaire, etc., ça c'était un premier courant de pensée. Il y en avait un deuxième peut-être de l'autre côté de l'échiquier politique, c'était de dire le jour où on va commencer à rendre tous ces comptes-là, on va commencer à calculer nos budgets en fonction de ça, parce que les gens ne sont pas complètement idiots, et on fait rentrer l'économie dans la médecine qui sont des choses qui n'ont rien à voir. Donc il y avait probablement un tout petit peu tout ça... Moi quand j'étais à la mission PMSI, on faisait des espèces de slogan, on disait le PMSI est un service que l'hôpital se rend à lui-même. Les gens s'en étaient passés depuis 150 ans, bon... Un autre slogan qui était le grand truc d'André Loth qui était le PMSI est un petit machin sans importance... » (Directrice d'hôpital ; experte Mission-PMSI).*

*« Elles étaient considérables (parlant des difficultés), parce qu'il a fallu d'abord mettre en place les DIM. On partait d'une situation où on avait à mon avis très peu de chances de réussir. Les médecins s'en foutaient, ils considéraient que le ministère aille leur demander des codes sur chaque malade passé à l'hôpital, c'était de la folie furieuse. Imaginer qu'on allait réussir à faire ça à l'époque, je pense qu'il y avait en France 15 personnes qui pensaient qu'on réussirait. On avait très peu de moyens de pression sur les médecins, qui se contre-fichaient royalement de ce que racontait l'administration, et en plus on était confronté à une difficulté qui était que le PMSI était un outil utilisable qu'au moment où on approchait l'exhaustivité. Il faut bien voir que lorsque vous êtes dans un régime où le système produit déjà de l'information*

## Congrès AFSP Paris 2013

*médicale sur tous les malades qui sont passés à l'hôpital, à ce moment là vous pouvez plus ou moins piloter le système. Vous pouvez dire à l'hôpital « écoutez si vous avez moins d'activité, vous aurez moins de budget ». Si vous partez d'une situation où vous avez 0,5%, 5%, 15%, même 50% de l'activité qui codée, en réalité vous ne pouvez rien négocier avec l'hôpital. Vous avez un directeur d'hôpital qui dit « ah bah oui mais les médecins ne veulent pas, ils considèrent que ce truc là est une brimade que vous leur imposez, ça les emmerde, ils ont autre chose à faire... »*  
(André Loth)

Avec André Loth, le PMSI prend pied au sein de la direction des hôpitaux. En tant qu'énarque, sa carrière débute au poste de chef de bureau. La Mission-PMSI qui a gardé les attributs d'un centre technique acquiert symboliquement un statut administratif pérenne. Par ailleurs, il apporte à la mission sa sciences de l'administration, c'est-à-dire sa connaissance des règles, des procédures et surtout des codes de la haute administration. C'est d'ailleurs à travers ce type de travail qu'il effectue l'apprentissage de ses nouvelles fonctions, puisque c'est lui qui est chargé de conduire la rédaction des textes portant sur la mise en place des départements d'information médicale<sup>15</sup>. Il jouit surtout de la ressource statutaire lui permettant d'échanger à égal niveau avec les responsables des autres services et de fonder ainsi un rôle de porte-parole des entrepreneurs du PMSI. La mission-PMSI acquiert ainsi un statut administratif à travers sa personne. J'avance le concept d'incarnation pour caractériser ce phénomène assez particulier de transmission de la consistance institutionnelle à partir du statut individuel. Le nouvel encrage administratif en fait un bureau à part entière du ministère, défendant ses projets, disposant de moyens en personnel et financiers, produisant des notes, participant à des débats internes, menant des activités, bénéficiant de la situation administrative qui permet par exemple de pouvoir recruter du personnel venant des hôpitaux en manipulant les budgets à la source. La seule différence est qu'elle reste confinée et plus ou moins sous contrôle compte tenu de la charge politique de l'outil. Un clivage interne s'établit aussi à ses dépens entre « services utiles »<sup>16</sup> travaillant sur des sujets actuels et réalistes (comme la préparation du budget) et les « services inutiles » dévoués à la préparation d'un futur hypothétique. L'isolement relatif qui en découle est aussi renforcé par la nature technique de l'outil qui limite les sujets d'échange. Cet isolement va

---

<sup>15</sup> La toute première traduction des DRG en PMSI est inscrite dans la circulaire 160 du 5 août 1986 relative à la diffusion de la classification des groupes homogènes de malades.

<sup>16</sup> Suivant les mots d'André Loth en entretien.

## Congrès AFSP Paris 2013

d'ailleurs se révéler une force puisque la mission n'est finalement pas soumise à une hiérarchie claire et n'a donc pas vraiment de compte à rendre.

*« Et donc l'administration du budget se laisse convaincre par la direction des hôpitaux de mettre des sous dans le PMSI. Donc c'était des sommes très considérables. Donc moi j'arrive juste cette année là, à vrai dire c'est aussi l'une des raisons pour lesquelles j'étais venu c'est qu'on m'a dit « oui d'accord ce projet vivote mais on va avoir des sous... ». On m'avait dit il va y avoir de l'argent cette année. Effectivement on va mettre en place les départements d'information médicale. Ca été mon premier poste dans l'administration quand je suis arrivé, je suis arrivé en 1989 et on m'a dit tu vas écrire une circulaire créant les départements d'information médicale. J'ai sorti cette circulaire le 24 juillet 1989, c'est la circulaire fondatrice des DIM et du PMSI... A l'époque j'étais catastrophé, je suis arrivé en février j'ai sorti cette circulaire en juillet pratiquement, donc je n'avais fait que ça, prendre connaissance des acteurs et du sujet, mais j'étais catastrophé d'avoir mis si longtemps à produire cette circulaire. Je me suis rendu compte après coup que c'était extraordinairement rapide. On a monté une concertation, on a mis en place ces départements, on a dit qu'on allait mettre un médecin à la tête de ce département d'information médicale, qu'on allait faire en sorte qu'il soit rattaché à la CME... Et donc on commence la généralisation du PMSI le deuxième semestre 89 donc je viens d'arriver. J'ai le droit de recruter un peu à la mission PMSI, on écrit des documents de doctrine et on se met à travailler sur tous les fondamentaux, sur tous les éléments de base. » (André Loth)*

Le projet retrouve par voie de conséquence une configuration propice à la production de l'expertise : les chercheurs du groupe IMAGE ont rejoint le ministère et l'équipe s'est élargie avec le recrutement de compétences complémentaires. La création des DIM est consécutive à la généralisation du PMSI<sup>17</sup>. Ce qui va étendre le réseau des acteurs liés au projet, renforcer la base statistique et accélérer le traitement des données par le centre de traitement des informations du PMSI (CTIP) créé à cet effet. C'est à cette époque qu'est réalisé le premier manuel de classification qui est le produit de la coopération entre les pôles d'expertise internes (informatique, nomenclature médicale, comptabilité). Le dispositif d'étude nationale des coûts

---

<sup>17</sup> Circulaire DH/PMSI 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.

## Congrès AFSP Paris 2013

(ENC) est lancé à partir de 1992 et commence à fournir les premiers résultats trois années plus tard. Mais surtout, le PMSI est devenu avec le temps une espèce de justification de l'action ministérielle, un faire-valloir pour les responsables politiques qui peuvent se prévaloir de disposer d'une expertise en gestation. Une image positive du PMSI émerge ainsi de l'alternative de changement qu'il représente dans un contexte où s'exprime une volonté de renouvellement de l'action politique. Cette réputation a beaucoup à voir avec la caution positive venant d'autres organismes publics comme l'IGAS et l'IGF, qui ont évalué et jugé positivement les usages possibles de ce qui commence à devenir le dispositif PMSI. A ce sujet, le « rapport interministériel sur l'hôpital » de juillet 1994 qui sanctionne positivement les expérimentations PMSI dans le Languedoc, sera déterminant dans la décision gouvernementale de généraliser l'application de l'outil. Cette consécration va notamment jouer au moment du changement de majorité et le retour de la droite au gouvernement.

*« On était complètement à part, parce qu'on s'occupait d'un problème qui était tellement technique, personne ne comprenait ce qu'on faisait. C'est marrant parce qu'on était à la fois dans la position de gens dont tout le monde se préoccupait en disant est-ce que les travaux du PMSI avancent, le PMSI c'était comme une sorte de boule en or, personne ne savait ce qu'il y avait dedans. C'était un peu ça mon sentiment, à la fois on était l'objet de l'attention et de la curiosité et en même temps personne ne rentrait dans ce qu'on faisait parce que ça semblait terriblement compliqué. Donc on nous fichait la paix surtout sur ce qui était technique, donc on nous fichait la paix en gros sur tout ce qui était technique. De temps en temps on leur traduisait en français courant, on leur disait « voilà on est en train de travailler dans telle ou telle direction, on fait tel ou tel choix etc. » Mais globalement moi j'ai le sentiment que par rapport à plein d'autres bureaux de la direction des hôpitaux qui étaient toujours à devoir rendre des comptes etc., nous on nous fichait la paix, en tout cas dans le secteur dont je m'occupais moi. »*  
(Directrice d'hôpital ; experte Mission-PMSI)

La consolidation technique du PMSI et l'incarnation institutionnelle du projet participent à donner plus d'ampleur à l'argumentaire qui accompagne la promotion de l'outil auprès des responsables publics. Entretemps les tensions autour de la négociation budgétaire sont allées croissantes amplifiant du même coup les critiques contre la dotation globale. Les entrepreneurs

## Congrès AFSP Paris 2013

du PMSI ont désormais les moyens d'objectiver le problème de la répartition financière, ce qui a manqué à l'époque de Jean De Kervasdoué. Ils vont d'ailleurs présenter le PMSI comme la seule voie de sortie de la crise qui semble s'être installée autour du financement des hôpitaux. L'argument reste le même, dans l'incapacité de l'Etat d'augmenter les budgets pour tous, la seule façon de mieux les répartir est de le faire dans la justice. Simone Veil qui était déjà ministre de la santé à la fin des années 70, au moment où la « maîtrise des dépenses » a été mise sur agenda<sup>18</sup>, est favorable à cet argument, d'autant plus que le ministère est en recherche de solution pour répondre aux demandes et à la pression incessante de la FHF. La circulaire N°23 du 10 mai 95 va décider de la généralisation du dispositif technique expérimenté en Languedoc Roussillon et constituera le premier pas vers l'application du PMSI. Ce mouvement va se poursuivre dans le plan Juppé<sup>19</sup>. Avec la contractualisation et la création des ARH, le PMSI fait partie des outils devant participer à contenir les dépenses hospitalières. C'est le versant hospitalier de la « maîtrise médicalisée » consacrant ainsi le tournant vers un financement qui tient désormais compte du détail de l'activité. L'outil va participer au calcul et à la répartition du premier taux directeur de l'ONDAM<sup>20</sup> ainsi qu'aux déclinaisons régionales de celui-ci.

*« Alors ce qui s'est passé aussi pendant les 5 ans en question, c'est que d'un coup en 1995, on a eu un changement de gouvernement, on a vu revenir aux affaires Simone Veil et il y avait Douste-Blazy, et ils ont décidé à ce moment-là au printemps 95, qu'ils allaient utiliser les coûts par GHM pour orienter les dotations budgétaires des hôpitaux. Et c'est là qu'on a commencé à utiliser le PMSI comme vous voyez les points ISA et tout le reste... »* (Directrice d'hôpital ; expert Mission-PMSI).

Q- Du coup, est-ce que les politiques l'ont compris, parce Simone Veil je ne suis pas sûr que si elle revenait maintenant elle reconnaîtrait... / R- *« Non ils n'ont pas compris...ce qu'ils ont compris et ce qu'on leur expliquait c'est que c'était le même raisonnement que De Kervasdoué en 84, c'est que si vous voulez continger les budgets et mettre plus de rigueur, vous pouvez pas le faire à l'aveugle, vous pouvez pas le faire en disant je passe à la toise tout le monde, ça*

---

<sup>18</sup> Serré M., Hassenteufel P., op. cit.

<sup>19</sup> Le plan de 1996 qui crée les agences régionales d'hospitalisation et crée la possibilité d'utiliser le PMSI pour faire de la péréquation inter-régions.

<sup>20</sup> Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie, enveloppe prévisionnelle de la branche maladie votée par le Parlement.

## Congrès AFSP Paris 2013

*nécessite forcément de l'équité si vous voulez que le système fonctionne. Alors non pas pour des raisons morales hein, le sujet était de dire il y a aujourd'hui des hôpitaux dont nous savons qu'ils ont largement les moyens qu'on pourrait leur retirer du fric ça ne serait pas gênant, mais nous savons aussi qu'il y a des hôpitaux qui en manquent. Si vous passez tout le monde à la toise, vous allez enlever de l'argent à des gens qui en ont trop c'est pas grave, mais vous allez en enlever à des gens qui en ont et vous allez faire des catastrophes. Donc cette idée simple qui est de dire si vous voulez, comme il s'agit de distribuer beaucoup d'argent, qu'on en donne encore plus ça tout le monde c'est du gaspillage, mais c'est pas très grave, s'il s'agit à un moment donné de ne plus en donner mais d'en reprendre, ça ne peut se faire que si on a un système qui permet de savoir à qui on peut en prendre à qui on ne peut pas en reprendre. Et ça on l'avait montré en des tas de simulations en disant bah voilà aujourd'hui si je prends tous les hôpitaux qui sont en surdotation et qu'on leur ajoutait zéro ça permet d'avoir un taux moyen d'augmentation des tarifs très faible. C'est ce qui a permis en 97, la première campagne tarifaire qui a suivi les ordonnances Juppé, d'avoir pour la première fois le taux directeur, c'est-à-dire le taux moyen de l'augmentation de budgets hospitalier, il a dû être fixé je ne sais plus combien 0,8 je crois, il n'avait jamais été aussi bas. Mais là où auparavant on aurait dit c'est 0,8 pour tout le monde, là on a pu dire par exemple en région Ile de France c'est -0,7 mais ce sera +2 en (inaudible). Ça c'est le PMSI qui l'a permis »... (Directeur d'hôpital ; directeur de la Mission-PMSI)*

L'incorporation administrative du PMSI va participer au renforcement de son identité d'outil au service de l'Etat. Celle-ci est en consonance avec les valeurs de non-marchandisation et de souveraineté qui ont été affirmées tout au long de la trajectoire historique de l'outil. Pas étonnant qu'au moment où s'amorce le tournant vers une première forme d'utilisation, le choix des réformateurs techniques et des décideurs publics se soit orienté vers une application budgétaire et non vers la tarification. Encastré dans l'administration, l'outil doit contribuer à faire émerger une fonction de régulation, qui ici signifie la capacité nouvelle de la tutelle d'intervenir directement dans les négociations budgétaires et de contrôler les hôpitaux grâce à la connaissance de leur activité. Pour l'époque, cela revient à doter l'Etat du moyen de justifier du refus de rallonge budgétaire. C'est le sens subliminal du projet de modernisation, qui vise à augmenter la capacité de contrôle de l'Etat. Même si l'idée de régulation en soi traduit un déplacement de l'action publique, la question du marché qui n'a pas manqué d'avoir lieu au

## Congrès AFSP Paris 2013

moment du tournant vers l'application du PMSI se déploie dans un espace étroit qui est déjà cadré très étatique. Le débat assez théorique, porte sur le niveau d'autonomie que l'Etat doit laisser aux hôpitaux dans la définition de leurs orientations. Ce débat traduit l'idée que l'application du PMSI n'est pas neutre : elle peut créer la possibilité pour un hôpital de se vivre autonome, tout comme, à l'inverse, elle peut donner plus de ressources de contraintes à l'Etat. Deux courants s'opposent au sein de la DH : le courant « libéral » porté par les services financiers et dans lequel se range la Mission-PMSI ; le courant « planificateur » qui est soutenu par les services administratifs en général et la sous-direction de la planification en particulier. Les libéraux sont pour laisser le mécanisme de correction des dotations inscrit dans l'outil fonctionner de manière automatique, de sorte que les hôpitaux ressentent la contrainte d'engager une réforme interne. Les planificateurs veulent que le PMSI serve d'abord à éclairer la décision publique et soit intégré au dispositif général de planification (schéma régional d'organisation sanitaire : SROS) . C'est davantage vers cette dernière position que s'oriente l'application du PMSI.

Q- Qui était portée par qui la planification ? /R- *« Vous aviez la sous-direction de la planification, mais de manière générale les services déconcentrés. Tous les gens qui étaient directeur de DDASS ou ensuite directeur de DRASS ou encore inspecteurs régionaux qui étaient des gens qui au fond se considéraient comme étant ce que je disais tout à l'heure à la fois bienveillants et omniscients. Je dis ça très méchamment parce que le meilleur exemple de ça c'est (nom cité) donc qui était médecin inspecteur régional de l'Auvergne de l'époque puis la DRASS d'Auvergne, qui est effectivement un garçon très subtil et donc qui probablement lui était assez conforme à l'image qu'il se faisait de lui-même, c'est-à-dire que vous aviez des gens extraordinairement forts, capables au fond de manipuler les acteurs en faisant passer un SROS qui soit assez conforme à ce qu'ils avaient décidé de faire depuis le départ, le tout en enfumant tout le monde à mon avis. J'ai eu une longue discussion avec lui, je suis encore en train de faire des corrections sur un bouquin, il continue de développer cette thèse, je lui disais au fond tu es un acteur génial et tu es entrain de supposer qu'à la tête de toutes les régions il y a un acteur génial et manipulateur capable de deviner finement quelle serait la bonne répartition des moyens hospitaliers entre la clinique machin et l'hôpital de tartempion. Peut-être que toi (nom cité) tu es capable de le faire mais à mon avis tu es le seul en France. Et donc c'est un mauvais système, parce que tout système qui suppose d'avoir des génies à sa tête est un mauvais système. Un bon*

## Congrès AFSP Paris 2013

*« système est un système qui fonctionne avec des imbéciles. Il faut un instrument qui évite de faire appel systématiquement au génie de tel ou tel acteur sans lequel le système ne fonctionnerait pas ». (André Loth)*

Dans les faits, la première application dans la loi de finance de 1997 met le PMSI au service de la négociation budgétaire éclairée. Elle se traduit par le dispositif de valorisation de l'activité en points ISA. Celui-ci permet pour la première fois de rapporter la dotation financière à l'activité et d'estimer la productivité relative de l'hôpital par rapport à une moyenne nationale ou régionale. L'écart constaté entre la valeur du point ISA de l'hôpital et celle du point ISA national (ou régional) donne la possibilité au régulateur de faire varier pour chaque hôpital le taux de progression budgétaire. La manière dont se décline l'application budgétaire du PMSI traduit ainsi une certaine victoire du camp planificateur sur les libéraux, puisqu'on est en réalité dans un usage minimaliste qui tend à limiter l'impact de la contrainte sur les hôpitaux. Les services administratifs de la direction des hôpitaux vont s'opposer à une application automatique du mécanisme et intégrer les résultats du PMSI dans une négociation plus large avec les hôpitaux.

Cela va très fortement limiter le poids de la contrainte et repousser les correctifs budgétaires et la réduction des inégalités relatives de dotations à très long terme. Le resserrement budgétaire acquis et la ressources de négociation obtenue, la médicalisation du financement s'est avant tout traduite en discours médicalisé d'usage dont la justification principale, sous-tendue par la prudence, tend à considérer que la médecine est une activité complexe et particulière. On ne peut en avoir qu'une description économique artificielle. L'objectif est donc d'équiper l'Etat de la capacité de négocier avec les hospitaliers l'application d'un rationnement dans l'équité. Il se passe ainsi au moment de la première application du PMSI un acaparement de l'outil par l'instance administrative (suivant des modalités sur lesquelles il n'est pas possible de s'étendre ici, mais qui suscite la revendication des réformateurs techniques. Le marché ou le libéralisme est l'argument à travers lequel s'exprime cette revendication.

*« Il existait probablement des solutions qui auraient permis d'aller plus doucement vers l'évolution de cet outil, ce que j'ai appelé de mes vœux, mais qui était plus précisément dans mon esprit une évolution plutôt libérale, c'est-à-dire où l'Etat fait de la planification mais à la marge. Dans les domaines où il est parfaitement légitime pour le faire et où son action n'est pas*

## **Congrès AFSP Paris 2013**

*discutable. En revanche son action est toujours discutabile lorsqu'il se préoccupe du détail, et qu'il va prendre de mauvaises décisions et qu'il va se trouver dans une situation où là pour le coup il va se heurter aux acteurs locaux en leur imposant les choix qui sont les siens. Donc j'ai dit à l'époque nous tenons une position plutôt libérale, plutôt nouvelle pensée économique... »*  
(Administrateur ; directeur Mission-PMSI).

Les réformateurs techniques sont très critiques par rapport à cette application partielle de leur projet. C'est pourquoi ils vont rester mobiliser à pousser l'Etat vers une application qui permette de sortir de la régulation de face-à-face. C'est de cette critique que s'ouvrira la voie vers une application plus radicale du PMSI, qui a lieu en 2004 avec le passage à la tarification. C'est un tournant de cette réforme qui fait du marché le cadre de pilotage de la politique hospitalière.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. HASSENTEUFEL P., et al. « La libéralisation des systèmes de protection maladie. Convergence, européanisation et adaptations nationales », *Politique européenne*, Vol.1, N°2, 2001.
2. MOISDON J.C., LENAY O., « Du système d'information médicalisé à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument du système hospitalier », *Revue française de gestion*, Vol.5, N°146, 2003.
3. MOISDON J.C., LENAY O., « Du système d'information médicalisé à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier », *Revue française de gestion*, vol.5, N°146, 2003.
4. MOISDON J.C., « Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouvel outil de gestion et de régulation dans le système hospitalier », *Sociologie du travail*, N°42, 2000.
5. PALIER B., BONOLI G., « Entre Bismarck et Beveridge », *Les crises de la sécurité sociale et politique(s)*, N°4, 1995.
6. PIERRU F., *Hypocrate malade de ses réformes*, édition du croquant, 2007.
7. POUVOURVILLE G. « De La régulation financière de l'hôpital par les DRG : enjeux, principes, faisabilité », *Sciences sociales et santé*, Vol.8, N°2, 1990.
8. SERRE M., HASSENTEUFEL P., « La santé en comptes. La mise en compte statistique de la santé », *Politix*, vol.12, N°46, 1999.
9. GRIMALDI A., PAPO T., VERNANT J.-P., « Traitement de choc pour tuer l'hôpital public », *Le Monde Diplomatique* ; 2008
10. GRIMALDI A., « L'hôpital, malade de la rentabilité », Fayard, 2009
11. MISSION INTERMINISTERIELLE SUR LES HOPITAUX –Rapport de synthèse –, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, - Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire – Ministère de l'économie, 1994
12. CATRICE-LOREY, A., STEFFEN, M., « Protection santé en France: bilan 2007-2008 2e partie: un système bipolaire », *Réflexions hospitalières*, n°529, 2009
13. CATRICE-LOREY, A., L'HUILLIER, M.-C., « Construction des politiques de régulation du secteur hospitalier », *Politiques et management public*, vol. 10 n° 2, 1992.

## Congrès AFSP Paris 2013

14. LOTH, A., « Économie industrielle et hôpital public : remarques sur l'article de Stéphane Jakobzone (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, Volume 13, n°1, 1995.