



HAL
open science

Les réformes hospitalières au début des années 1980 : une bifurcation du système hospitalier ? Politisation de l'action publique et capacités réformatrices limitées

Renaud Gay

► **To cite this version:**

Renaud Gay. Les réformes hospitalières au début des années 1980 : une bifurcation du système hospitalier ? Politisation de l'action publique et capacités réformatrices limitées. Quatrième congrès de l'association française de sociologie, Jul 2011, Grenoble, France. halshs-00687835

HAL Id: halshs-00687835

<https://shs.hal.science/halshs-00687835>

Submitted on 15 Apr 2012

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.

RT6

Politiques sociales, protection sociale, solidarités

Working papers

Les réformes hospitalières au début des
années 1980 : une bifurcation du système
hospitalier ?

Politisation de l'action publique et
capacités réformatrices limitées

Renaud Gay (Pacte, IEP Grenoble)

renaud.gay@wanadoo.fr

n° 2011-3

AFS
Association
Française de
Sociologie

Contact : bureau du réseau RT6,
voir www.rt6-afs.org

Les réformes hospitalières au début des années 1980 : une bifurcation du système hospitalier ?

Politisation de l'action publique et capacités réformatrices limitées¹

Renaud Gay (PACTE, IEP Grenoble)

renaud.gay@wanadoo.fr

¹ La recherche doctorale dont le papier est issu bénéficie du soutien financier du cluster 12 « Dynamiques sociales. Exclusions et intégration. Espaces et modes de vie » de la région Rhône Alpes.

« Si aucun pouvoir politique ne peut faire plier les réalités économiques, les nécessités économiques ne peuvent tenir lieu de politique. C'est en fonction de ces deux négations que doit être envisagée la régulation de l'activité et des dépenses de santé². » Au début des années 1980, la donnée économique s'apparente plus, aux yeux des planificateurs, à une contrainte, du fait de la croissance modérée, qu'à un principe structurant de l'action publique. Plutôt, cette contrainte économique appelle une « volonté politique » afin d'organiser une régulation politique globale du système de santé³.

D'aucuns ont vu dans l'alternance politique de 1981 cette nécessaire volonté politique. La santé et l'hôpital en particulier font, en effet, l'objet d'une action publique dense. Néanmoins, cette action ne s'inscrit pas, selon G. de Pourville⁴, dans une rupture des politiques menées précédemment. Rejoignant cette observation, P. Aiach et J.-Y. Delanoë⁵ voient dans la recherche des équilibres financiers le principe d'action de la politique de santé des socialistes à partir de 1983. Ainsi, B. Jobert⁶ considère l'alternance politique de 1981, non pas comme un tournant de l'action publique en matière de santé, mais comme la mise en œuvre de mesures imaginées et expérimentées précédemment. Cette supposée continuité de l'action publique peut surprendre. Tout en soulignant l'inertie des politiques publiques, les travaux néo-institutionnalistes ont montré que les « conjonctures critiques⁷ », périodes de crise économique et de rupture politique, sont propices à des changements radicaux. Ainsi, le modèle de « l'équilibre ponctué » de S. Krasner⁸ met l'accent sur des longues périodes de verrouillage institutionnel interrompues ponctuellement par des chocs exogènes, moment où sont introduites d'importantes innovations. Dans cette perspective, P. Gourevitch⁹ soutient la

² Commissariat Général du Plan, *La santé choisie. Rapport du groupe « Régulation de l'activité et des dépenses de santé »*, Paris, La Documentation française, 1982, p. 70-71

³ Ce texte a fait l'objet d'une présentation au 4^{ème} congrès de l'Association française de sociologie à Grenoble en juillet 2011.

⁴ De Pourville G., Hospital Reforms in France under a Socialist Government, *The Milbank Quarterly*, vol. 64, n° 3, 1986, p. 392-413

⁵ Aiach P., Delanoë J.-Y., La politique économique du gouvernement socialiste en matière de santé : bilan de cinq années de pouvoir en France, 1981-1986, *Social Science and Medicine*, vol. 28, n° 6, 1989, p. 539-550

⁶ Jobert B., Mobilisation politique et système de santé en France, Jobert B., Steffen M. (dir.), *Les politiques de santé en France et en Allemagne*, Paris, Observatoire européen de la protection sociale, 1994

⁷ Collier R. B., Collier D., *Shaping the Political Arena : Critical Junctures, The Labor Movement and Regime Dynamics in Latin America*, Princeton, Princeton University Press, 1991. Pour l'impact de la conjoncture critique française en 1981 sur les réformes administratives, voir le chapitre 4 « Que faire de l'Etat ? Les contradictions d'une conjoncture critique », in Bezes P., *Réinventer l'Etat. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009

⁸ Krasner S. D., Sovereignty : An Institutional Perspective, *Comparative Political Studies*, vol. 21, n° 1, p. 66-94

⁹ Gourevitch P., *Politics in Hard Times*, Ithaca, Cornell University Press, 1986

thèse que les crises économiques doivent être considérées comme des moments d'autonomie des institutions étatiques, libres de choisir les politiques à suivre. Ce modèle du changement exogène a pu être appliqué à l'étude du changement des systèmes de santé¹⁰ et plus spécifiquement à l'analyse des politiques de santé françaises des années 1980¹¹. À l'inverse, d'autres travaux néo-institutionnalistes ont insisté sur les sources endogènes du changement. Le changement de contexte économique et/ou politique produit ici un changement institutionnel graduel porté par des coalitions d'acteurs dynamiques¹² : saillance de règles institutionnelles latentes, institutions détournées de leur finalité initiale, etc.

Notre communication a pour objectif de questionner ce paradoxe apparent d'une continuité de l'action publique dans le secteur hospitalier au début des années 1980 dans un contexte politique et économique (alternance et ralentissement économique) propice au changement structurel. La variable dépendante de notre travail correspond donc aux réformes hospitalières définies comme l'action publique modifiant les règles institutionnelles structurant les relations et distribuant les ressources entre les acteurs du secteur hospitalier. En outre, l'étude des réformes hospitalières prises dans leur ensemble nous semble justifiée par leur forte cohérence et en ce qu'elles forment un « épisode » politique¹³, i.e. un ensemble relié d'événements. S'inscrivant dans une perspective socio-historique, notre travail cherche à éclairer l'historicité des réformes hospitalières, produit de causalités temporellement hétérogènes¹⁴ et dont la compréhension nécessite une analyse débordant la stricte séquence de l'alternance politique de 1981.

¹⁰ Tuohy C. H., *Accidental Logics. The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada*, New York, Oxford University Press, 1999

¹¹ Wilsford D., *Doctors and the State. The Politics of Health Care in France and the United States*, Durham and London, Duke University Press, 1991

¹² Entre autres : Steinmo S., Thelen K., Longstreth F. (dir.), *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, Cambridge/New York, Cambridge University Press, 1992 ; Mahoney J., Thelen K. (dir.), *Explaining Institutional Change. Ambiguity, Agency, and Power*, New York, Cambridge University Press, 2010

¹³ Tilly C., L'analyse historique des processus politiques, Laborier P., Trom D. (dir.), *Historicité de l'action publique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2003, p. 23-57

¹⁴ Sewell W. H. Jr, Trois temporalités : vers une sociologie événementielle, Bessin M., Bidart C., Grossetti M. (dir.), *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte, 2010, p. 109-146. Nous retrouvons ici les trois échelles de durée dégagées par Fernand Braudel : histoire structurelle, histoire conjoncturelle, histoire événementielle.

Méthodologie

Cette communication est issue d'une recherche doctorale en cours portant sur une socio-histoire des réformes hospitalières en France (années 1960-années 2000). Notre protocole d'enquête combine entretiens semi-directifs narratifs cherchant une restitution des processus d'élaboration de l'action publique, travail archivistique, lecture de la presse professionnelle et de la littérature grise. Notre communication repose principalement sur la lecture de rapports administratifs, de textes juridiques et sur une recherche aux archives de la Fondation Jean Jaurès, de l'Office Universitaire de Recherche Socialiste ainsi qu'aux Archives nationales. Des entretiens narratifs avec de hauts fonctionnaires ou responsables syndicaux (n = 4) ont complété cette étude de traces.

La crise économique et l'alternance politique de 1981 constituent-elles un moment de grande incertitude propice à l'adoption de réformes structurelles du secteur hospitalier ? Autrement dit, une bifurcation du système hospitalier peut-elle être observée dans les années 1980¹⁵ ? Ou bien l'action des réformateurs est-elle entravée par des obstacles institutionnels et politiques ?

Nous avançons deux hypothèses. L'alternance politique de 1981 constitue une fenêtre d'opportunité pour un programme réformateur pensé précédemment par des acteurs politiques et administratifs. Toutefois, cette action réformatrice est tributaire des capacités politiques, institutionnelles, techniques des réformateurs.

L'hôpital en expansion dans les années 1970 représente un poids économique croissant dans un contexte de croissance modérée (I). Après les élections de 1981, expertise partisane et réflexion administrative viennent alimenter une action publique innovante visant à maîtriser les dépenses hospitalières et participant à sa politisation (II). Ce programme réformateur n'est cependant que partiellement mis en œuvre du fait des capacités d'action limitées des réformateurs (III).

I L'hôpital dans les années 1970, un poids économique croissant

À partir du milieu des années 1960, le secteur hospitalier connaît une forte expansion, plaçant l'hôpital au centre du système de santé français. Ce modèle expansionniste entre cependant en crise avec le ralentissement de la croissance économique du milieu des années 1970.

¹⁵ Bessin M., Bidart C., Grossetti M. (dir.), *op. cit.*

1. Une expansion inédite de l'appareil hospitalier

La loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970 introduit la notion de « service public hospitalier » (SPH), modifiant ainsi les règles institutionnelles organisant le secteur hospitalier jusqu'alors caractérisé par la forte autonomie, liée à leur origine communale, d'établissements isolés et par le développement anarchique d'hôpitaux publics et de cliniques privées. Le SPH est avant tout la traduction institutionnelle d'un idéal de gouvernement rationnel de l'hôpital porté par des planificateurs et hauts fonctionnaires de la santé à la fin des années 1960. La réforme de 1970 institue une carte sanitaire découpant le territoire en régions et secteurs sanitaires visant à garantir un maillage hospitalier équilibré associant secteurs public et privé. Le SPH repose en effet sur l'idée de complémentarité entre secteurs public et privé mise en œuvre par des procédures de coopération : participation au service public hospitalier (PSPH) pour les établissements privés non lucratifs, concession et association de service public pour les cliniques lucratives. Plus généralement, un fédéralisme souple caractérise le SPH avec la mise en place de structures de coopération obligatoires (groupement interhospitalier) ou facultatives (syndicats interhospitaliers) de secteur ou de région, participant d'une forme de rationalisation du secteur hospitalier.

Cette rationalisation du secteur est un semi-échec. Le fédéralisme souple ne s'impose que difficilement à des établissements dont l'autonomie administrative et financière a été maintenue. Les groupements interhospitaliers de secteur et de région, instances obligatoires de concertation, ne fonctionnent pas et rares sont les concessions ou associations de service public¹⁶. La réforme de 1970 a surtout permis, par l'introduction de la carte sanitaire, d'assurer le développement de l'appareil hospitalier mais aussi de renforcer la place de l'Etat dans la régulation du secteur. La carte sanitaire vient rationaliser une expansion hospitalière amorcée dès les années 1960, véritable « far-west hospitalier » qui voit 3/5 des surfaces existantes en 1975 construites depuis 1962¹⁷, plaçant ainsi l'hôpital au cœur du système de santé. Élaborée au niveau central, la carte sanitaire consacre par ailleurs le rôle central de l'Etat dans la régulation hospitalière¹⁸, qui s'incarne dans une division plus élaborée du travail

¹⁶ L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) ne compte en 1978 que cinq contrats de concession et onze accords d'association. La participation des établissements non lucratifs au service public hospitalier connaît cependant un réel succès, concernant un tiers des établissements de court séjour et la moitié des moyens séjours. In IGAS, *Les établissements sanitaires et sociaux. Rapport annuel*, 1978

¹⁷ Maillard C., *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'Etat*, Paris, Dunod, 1986

¹⁸ Clément J.-M., *1900-2000: La mutation de l'hôpital*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 2001

administratif. Le décret du 13 novembre 1970¹⁹ réorganise l'administration sanitaire et sociale centrale en instituant une Direction des Hôpitaux (DH) aux compétences élargies à côté de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), de la Direction Générale de la Santé (DGS) et de la Direction de l'Action Sociale (DAS). L'administration sanitaire voit en outre ses services extérieurs s'étoffer avec la création en 1977 des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), chargées de l'élaboration de la carte sanitaire et exerçant un véritable contrôle de gestion sur les établissements sanitaires et sociaux²⁰.

Cette expansion hospitalière participe à la forte hausse des dépenses de santé²¹ dont le taux de croissance annuel moyen entre 1970 et 1975 est de 8,6%. La part des soins hospitaliers dans la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) est de 43,6% en 1970, pour ne cesser de croître jusqu'en 1982 (54,9%).

Tableau 1 : Évolution des dépenses hospitalières entre 1970 et 1981 (en volume)

	1970	1973	1975	1977	1979	1981
Part des soins hospitaliers dans la consommation de soins et biens médicaux	43,6%	45,1%	48,5%	52,9%	54%	54,3%
Taux de croissance annuelle des dépenses hospitalières	9%	4,1%	9,3%	6,5%	8%	3,9%
Taux de croissance annuelle du PIB	6,1%	6,6%	-1%	3,6%	3,5%	0,9%

Sources :

<http://www.ecosante.fr/>

Caussat L., Fenina A., Geffroy Y., *Les comptes de la santé de 1960 à 2001. Document de travail*, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, juin 2003

¹⁹ Décret du 13 novembre 1970 portant organisation de l'administration centrale du Ministère de la santé publique et de la sécurité sociale.

²⁰ Marrot B., *L'administration de la santé en France*, Paris, L'Harmattan, 1996, p. 61-74

²¹ Les dépenses de santé sont évaluées ici à partir de l'agrégat de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) comprenant les soins hospitaliers, les soins ambulatoires, les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux.

Révélatrice de l'hospitalo-centrisme du système de santé français, cette forte croissance des dépenses hospitalières est soutenue par le mode de financement des établissements publics et privés PSPH par le prix de journée, principale source de revenu des hôpitaux suite à la réduction de leurs ressources traditionnelles (dons, legs). Il correspond aux dépenses prévisionnelles annuelles de chaque section hospitalière (médecine, chirurgie, obstétrique) divisées par le nombre de journées d'hospitalisation auxquelles s'ajoutent les dépenses afférentes au fonctionnement des établissements (fonds de roulement) et à la dépréciation du capital (amortissement). Fixé par le préfet de département, le prix de journée est un « tout compris », comprenant frais d'hébergement et frais médicaux, à l'exclusion des honoraires.

2. L'hôpital dans la crise économique

Le ralentissement économique à partir des années 1970, caractérisé par le « dilemme de la stagflation²² », fragilise un modèle expansionniste hospitalier fondé sur une forte croissance, la politique de santé étant alors tiraillée entre satisfaction d'exigences sociales et maîtrise des dépenses²³. En effet, les dépenses hospitalières croissent plus vite que le PIB à partir du milieu des années 1970 (tableau 1). Par ailleurs, cette hausse des dépenses hospitalières pèse sur l'équilibre financier de la sécurité sociale qui constitue le premier financeur de l'hôpital²⁴ et dont la part dans le financement des soins hospitaliers publics augmente de 10 points entre 1970 et 1980 (tableau 2).

²² Généreux J., *Introduction à la politique économique*, Paris, Le Seuil, 1999, p. 255

²³ Jobert B, Mobilisation politique et système de santé en France, Jobert B., Steffen M. (dir.), *op. cit.*

²⁴ Malgré cette importante participation au financement des hôpitaux, l'assurance maladie est tenue à l'écart de la gestion du secteur. Cf Catrice-Lorey A., Politiques de régulation de la protection santé en France : les handicaps d'origine, *Congrès de l'Association française de science politique*, Grenoble 2009

Tableau 2 : Structure de financement des dépenses hospitalières (1970-1980)

	1970	1975	1980
Part de la sécurité sociale dans le financement des soins hospitaliers publics	79%	83,9%	89,1%
Part de l'Etat dans le financement des soins hospitaliers publics	11,4%	7,7%	5,4%
Part de la sécurité sociale dans le financement des soins hospitaliers privés	80,6%	84,6%	86,4%
Part de l'Etat dans le financement des soins hospitaliers privés	6,3%	5,7%	3,1%

Sources :

<http://www.ecosante.fr/>

La croissance soutenue des dépenses de santé dans un contexte de croissance modérée pousse les pouvoirs publics à mettre en œuvre des politiques de « régulation étatique autoritaire²⁵ » à la fin des années 1970. L'action conduite dans le secteur hospitalier ne bouscule pas l'agencement institutionnel du secteur en ce qu'elle prend la forme d'une nouvelle modulation des règles institutionnelles existantes. Cette action repose tout d'abord sur un nouvel usage de la carte sanitaire qui, après avoir servi l'expansion hospitalière, est conçue comme un instrument de maîtrise, sinon de réduction des capacités hospitalières²⁶ : les indices lits/population sont abaissés²⁷ ; le ministre chargé de la santé est autorisé, en se fondant sur la carte sanitaire, à supprimer par voie autoritaire lits et services hospitaliers²⁸. Cette action sur les capacités hospitalières est doublée d'une action sur le financement des

²⁵ Palier B., *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005, p. 255

²⁶ Une circulaire du 1^{er} août 1977 exige la stabilisation du nombre de lits hospitaliers.

²⁷ Arrêté du 12 mai 1977 relatif aux indices de besoins en lits d'hospitalisation pour la médecine, la chirurgie et la gynécologie-obstétrique.

²⁸ Loi du 29 décembre 1979 relative aux équipements sanitaires et modifiant certaines dispositions de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

établissements publics et privés PSPH. Déjà, la loi hospitalière du 31 décembre 1970 prévoyait à son article 52 une réforme, d'ici un an, de la tarification des soins, le financement par le prix de journée étant jugé à la fois antiéconomique – il inciterait au prolongement des durées de séjour – et artificiel – il ne serait pas révélateur des coûts hospitaliers –. Sous la pression économique, le ministère de la Santé engage en 1978 l'expérimentation de deux nouveaux modes de financement dans six établissements : le prix de journée éclaté et le budget global²⁹. Le prix de journée éclaté repose sur l'individualisation des principales composantes (forfait d'entrée, prix de journée d'hébergement, prestations individualisées, prix de journée de soins courants) afin d'atteindre une forme de « vérité des prix » en vue d'une harmonisation tarifaire des secteurs public et privé. À l'inverse, le budget global constitue une fixation a priori d'une enveloppe annuelle de financement pour chaque hôpital dans la perspective d'une maîtrise stricte des dépenses hospitalières adaptées aux ressources de l'assurance maladie. Si le ministère envisage de généraliser le budget global³⁰, aucune mesure ne sera prise jusqu'aux élections de 1981.

II Le Parti socialiste face à l'hôpital : une politisation de l'action publique

La gauche gagne les élections présidentielle et législatives de 1981 sur le thème de la rupture politique. Pour autant, observons-nous un changement de l'action publique dans le secteur hospitalier ? Quelles réponses politiques le gouvernement socialiste et communiste apporte-t-il à la crise du modèle hospitalier expansionniste ? Le Parti socialiste (PS) élabore dans les années 1970 une expertise propre sur l'hôpital qui alimente un programme d'action publique relativement ambitieux dans les années 1980.

1. La production d'une expertise partisane sur l'hôpital

- Une rupture programmatique d'apparence au début des années 1970

La refondation du PS entreprise par F. Mitterrand en 1971 à Epinay repose sur une triple rupture avec la tradition socialiste³¹ : recentrée sur une orthodoxie doctrinale, le Parti se

²⁹ Loi du 4 janvier 1978 portant dérogation, à titre temporaire, pour certains établissements hospitaliers publics ou participant au service public hospitalier, aux règles de tarification ainsi que, pour les soins donnés dans ces établissements, aux modalités de prise en charge.

³⁰ « Mme Veil au centenaire de l'hôpital Tenon. Le budget global doit constituer « un butoir à l'ensemble des dépenses hospitalières », *Le Quotidien du Médecin*, 19 février 1979

³¹ Bergounioux A., Grunberg G., L'Union de la gauche et l'ère Mitterrand (1965-1995), Becker J.-J., Candar G. (dir.), *Histoire des gauches en France*, Paris, La Découverte, 2004, p. 275-294

situé dans une logique de conquête du pouvoir qui nécessite une alliance avec le Parti communiste français (PCF). Cette alliance se concrétise le 26 juin 1972 par l'adoption d'un programme commun de gouvernement. Quelle est l'ambition réformatrice du PS à l'égard de l'arrangement institutionnel que représente le SPH dans ce paysage politique recomposé ?

Le rejet des règles institutionnelles existantes caractérise, en apparence, la position du PS à l'égard du SPH. En effet, dans son chapitre consacré à « la santé et la sécurité sociale », le programme commun propose qu' « une structure hospitalière unifiée et de caractère public [soit] instituée³² », tout en dénonçant le développement, soutenu par l'Etat via la carte sanitaire, d'une logique capitaliste et de profit dans le secteur hospitalier, appliquant ainsi les théories marxistes du capitalisme monopoliste d'Etat³³ à l'échelle hospitalière³⁴. L'objectif que se fixe le programme commun est de développer et d'améliorer le secteur hospitalier public ainsi que de démocratiser sa gestion. Inspirée du programme commun, une proposition de loi portant unification de l'organisation hospitalière présentée par les groupes communistes, socialistes et apparentés est enregistrée à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 19 décembre 1972³⁵. Courte, cette proposition de loi comprend trois mesures : l'interdiction de toute création d'établissement d'hospitalisation privé à but lucratif ; l'imposition d'obligations de service public (formation, urgences, etc.) à tous les établissements ; la création d'un Fonds national de l'équipement hospitalier concentrant les financements.

Si l'ambition réformatrice des socialistes à l'égard de l'hôpital se pare d'une rhétorique de la rupture, les propositions avancées ne visent pas tant à imposer de nouvelles règles institutionnelles qu'à moduler les règles existantes. Tout d'abord, le programme avancé par le PS reproduit l'hospitalo-centrisme sous-jacent à la loi du 31 décembre 1970 :

³² *Programme de gouvernement du Parti socialiste et programme commun de la gauche*, non daté. In Archives de la Fondation Jean Jaurès (AFJJ), Commission Santé – Dossiers de travail (1971-1981)

³³ Le capitalisme monopoliste d'Etat (CME) est une approche élaborée par Paul Boccard, historien et économiste membre du PCF, et puise ses racines théoriques chez Lénine. La théorie du CME vise à rendre compte d'une nouvelle phase de développement capitaliste, caractérisée par le contrôle de la vie économique par l'Etat et des firmes multinationales financées en grande partie par des fonds publics. Cette approche est intégrée officiellement dans les thèses du PCF lors de son XVIII^e Congrès en 1967 et formalisée dans l'ouvrage de P. Boccard de 1971, *Etude sur le capitalisme monopoliste d'Etat, sa crise et son issue*.

³⁴ Cette pénétration capitaliste du secteur hospitalier opérerait par la multiplication d'établissements privés, d'une part, tirant profit de la lenteur des constructions publiques et protégés par la carte sanitaire, et par la rénovation des hôpitaux publics vétustes d'autre part.

³⁵ *Proposition de loi portant unification de l'organisation hospitalière présentée par MM. Defferre, Robert Ballanger, Robert Fabre et les membres du groupe communiste et apparenté et du groupe socialiste et apparentés*, Assemblée Nationale, n° 2848, Première session ordinaire de 1972-1973

« l'hôpital doit être le pivot de l'organisation sanitaire. [...] Il doit être le pivot autour duquel s'articulent les autres structures médicales (prévention, médecine du travail, réadaptation)³⁶ », selon le groupe de travail sur l'hospitalisation de la commission Santé du PS. Par ailleurs, le programme socialiste repose sur une planification du secteur hospitalier à partir du centre telle qu'imaginée en 1970 avec l'instauration de la carte sanitaire. Ce pilotage par le centre est renforcé par la création d'un fonds national de l'équipement hospitalier chargé de répartir le financement des investissements sur le territoire. Fonds dont on trouve la trace dès 1967 dans un rapport du Conseil Economique et Social³⁷ (CES) ainsi que dans le projet non-advenu de réforme hospitalière de Jean-Marcel Jeanneney de 1968³⁸. Enfin, le programme socialiste affiche une rationalité gestionnaire semblable aux règles institutionnelles existantes se retrouvant dans un renforcement des pouvoirs du directeur et d'une plus forte association du corps médical à la gestion de l'hôpital³⁹.

- L'association Santé et Socialisme : l'hôpital revisité

Malgré la défaite électorale, l'élection présidentielle de 1974 est un succès politique pour le PS qui permet d'achever la réunification des socialistes avec l'intégration de la « deuxième gauche », incarnée par le Parti Socialiste Unifié (PSU) de M. Rocard lors des Assises du socialisme en octobre 1974. Fait politique apparemment secondaire, cette intégration de la deuxième gauche a cependant un impact significatif sur la réflexion partisane portant sur le secteur hospitalier.

En effet, dès juin 1974, un groupe de militants issus de la gauche autogestionnaire fonde l'association « Santé et Socialisme ». Cette dernière se donne pour objectif de « promouvoir un système de santé libéré de l'emprise du profit, [de] susciter la prise en charge par les citoyens eux-mêmes de leur propre santé, [de] résorber les causes socio-

³⁶ Sous-commission santé et assurance maladie, *Proposition du groupe de travail sur l'hospitalisation*, avril 1974. In AFJJ, Commission Santé – Dossiers de travail (1971-1981)

³⁷ De Vernejoul R., « L'équipement hospitalier et l'organisation des hôpitaux », in *Avis et rapports du Conseil Economique et Social. Journal Officiel*, 12 janvier 1967

³⁸ Archives d'Histoire Contemporaine de Science Po, JMJ 41, Projet de loi portant réforme sanitaire et hospitalière, 26 octobre 1967 ; Note sur une politique hospitalière et sanitaire, 20 novembre 1967 ; Projet de loi portant réforme hospitalière, 30 novembre 1967.

³⁹ Sous-commission santé et assurance maladie, *Proposition du groupe de travail sur l'hospitalisation*, avril 1974. In AFJJ, Commission Santé – Dossiers de travail (1971-1981). Le groupe de travail propose notamment l'instauration d'un directeur médical élu par le corps médical pour cinq ans assistant le directeur, l'allègement de la tutelle sur les établissements, etc.

économiques et culturelles de l'inégalité face à la maladie et la mort⁴⁰ ». L'association se structure progressivement : elle est associée à la fédération socialiste de Paris en 1975, se dote d'un bureau, d'une commission exécutive et prend peu à peu une dimension nationale avec la création de groupes régionaux⁴¹. Des trois répertoires d'action à la disposition des groupes d'intérêt distingués par M. Offerlé⁴² (le nombre, l'expertise, le scandale), Santé et Socialisme n'en mobilise qu'un, celui de l'expertise. La production d'une expertise indigène fait l'objet à la fois d'un usage *interne* en ce qu'elle est mobilisée à l'intérieur du parti afin de peser sur la définition partisane de la politique de santé⁴³, mais aussi d'un usage *externe* incarné par l'organisation de colloques nationaux, lieu de diffusion de l'expertise associative à un public élargi et instrument de légitimation scientifique. Organisé en mars 1981, le Ve colloque de Santé et Socialisme, intitulé « santé : quelles priorités pour un président socialiste ? », se présente comme un programme d'actions une fois le pouvoir conquis. Un rapport portant sur « la place de l'hôpital public dans un système de santé socialiste » y est exposé, promouvant un arrangement institutionnel en rupture avec les règles institutionnelles existantes⁴⁴. Tout d'abord, l'hôpital est réduit à ses fonctions techniques dans la mesure où le système de santé doit être centré sur de nouvelles structures plus légères proches de la population telles que les « centres de santé intégrés », réunissant dans un même lieu professions médicales, paramédicales et sociales développant une médecine globale. À cette condamnation de l'hospitalo-centrisme s'ajoute le rejet d'une action politique macro conduite par le centre. En effet, l'agencement institutionnel proposé repose sur une logique incitative et sur une décentralisation des décisions. Moins que de contraindre, il importe d'agir à un niveau micro sur le comportement des acteurs à travers des mécanismes incitatifs visant à réduire le nombre et la durée des hospitalisations⁴⁵. Cette logique d'incitation doit s'accompagner d'une décentralisation des décisions, au niveau du Conseil d'administration (CA), des municipalités,

⁴⁰ Feuille volante, 1976. In Archives de l'Office Universitaire de Recherche Socialiste (AOURS), fonds M. Pachkoff

⁴¹ *Ibid.*

⁴² Ces trois répertoires d'action collective sont le nombre, l'expertise, le scandale. In Offerlé M., *Sociologie des groupes d'intérêt*, Paris, Montchrestien, 1998, p. 102

⁴³ Cette volonté de peser à l'intérieur du PS est clairement affirmée dans le bulletin de liaison n° 2 de mars 1976 qui recense « les actions de propagande » de l'association mentionnant notamment la participation au renouvellement de la politique de santé du Parti via la Commission Santé.

⁴⁴ Santé et Socialisme, *La place de l'hôpital public dans un système de santé socialiste*, mars 1981. In AOURS, B8 17 MM

⁴⁵ Parmi les mécanismes proposés, citons l'introduction d'enveloppes budgétaires globales, l'harmonisation du financement des structures sociales et médicales, etc.

des départements hospitaliers nés de la réunion des anciens services, afin de responsabiliser les différents acteurs.

L'expertise indigène de l'association Santé et Socialisme s'appuie sur des expertises savantes importées⁴⁶ de nature sociologique et économique. Un changement de paradigme est observé au sein des sciences humaines dans leur approche de la maladie au cours des années 1970, à travers le passage d'une sociologie médicale à une sociologie de la santé⁴⁷. Alors que les recherches sociologiques étaient centrées depuis les années 1950 sur la maladie comme conduite sociale et sur le concept de « rôle de malade » forgé par T. Parsons⁴⁸, des nouvelles problématiques émergent dans les années 1970 axées sur le malade et la maladie comme produits sociaux. Cette nouvelle approche souligne l'importance des déterminants sociaux de la santé s'intéressant ainsi à l'étiologie sociale des maladies et promouvant par conséquent une médecine non plus strictement curative, pratiquée dans les hôpitaux, mais globale et préventive⁴⁹. Une expertise économique/gestionnaire nourrit, plus discrètement, le discours associatif sur l'hôpital. Si les sociologues s'intéressent à l'hôpital comme organisation⁵⁰, cette préoccupation gestionnaire et économique est au cœur du discours des économistes de la santé en voie d'autonomisation par rapport à l'administration et au corps médical dans les années 1970⁵¹. Au sein de la discipline naissante, les chercheurs en gestion de l'École des Mines de Paris et de Polytechnique, « répondant largement à la demande des autorités publiques, [...] s'imposent comme les spécialistes de la gestion des établissements de santé et notamment de l'hôpital⁵² » en entreprenant des recherches empiriques inductives visant à rationaliser l'organisation hospitalière.

⁴⁶ Sur la distinction expertise importée/expertise indigène : Hamman P., Méon J.-M., Verrier B. (dir.), *Discours savants, discours militants: mélange des genres*, Paris, L'Harmattan, 2002, p. 27

⁴⁷ Renaud M., De la sociologie médicale à la sociologie de la santé : trente ans de recherche sur le malade et la maladie, Dufresne J., Dumont F., Martin Y. (dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Québec - Lyon, Presses de l'Université du Québec – Presses de l'Université de Lyon, 1985, p. 281-291

⁴⁸ Parsons T., *The Social System*, Glencoe, Free Press, 1951

⁴⁹ L'ouvrage de F. Steudler, qui dresse une sorte d'état de l'art de la sous-discipline, illustre bien ce changement de paradigme : Steudler F., *Sociologie médicale*, Paris, Armand Colin, 1972

⁵⁰ Freidson E. (ed.), *The Hospital in Modern Society. Eleven Studies of the Hospital Today*, Glencoe, Free Press, 1963

⁵¹ Benamouzig D., *La santé au miroir de l'économie. Une histoire de l'économie de la santé en France*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005 ; Serré M., De l'économie médicale à l'économie de la santé, *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 143, n° 1, 2002, p. 68-79

⁵² Serré M., *Le « tournant néo-libéral » de la santé ? Les réformes de la protection maladie en France dans les années 1990 ou l'acclimatation d'un référentiel de marché*, Thèse de Science Politique, Université Paris I, 2001, p. 149

2. Alternance politique et ambition réformatrice

Cette expertise partisane se traduit-elle pour autant dans un programme d'action publique au lendemain du 10 mai 1981 ? Autrement dit, observons-nous une politisation de l'action publique dans le secteur hospitalier au début des années 1980 ?

- L'alternance politique comme fenêtre d'opportunité

La conjoncture politique en 1981 peut être conçue comme l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité, propice à des changements majeurs. Telle que conçue par J. Kingdon⁵³, la fenêtre d'opportunité correspond à la jonction de trois « courants » : le courant des problèmes, celui des solutions et celui de la vie politique. Une convergence de ces trois courants autour de l'enjeu hospitalier est perceptible en 1981.

Rapports administratifs et parapublics participent à la construction de l'hôpital comme problème public autour de trois dimensions (*problem stream*)⁵⁴. Tout d'abord, la planification ne permet pas un développement équilibré et adapté aux besoins de l'appareil hospitalier. La carte sanitaire fait ainsi l'objet d'une triple critique : son mode d'élaboration est trop centralisé ; elle repose sur des indices lits/population inadaptés aux évolutions médicales ; son champ d'application est trop restreint⁵⁵. Deuxième dimension du problème public, la gestion inefficace des établissements serait liée un agencement institutionnel inadapté : financement par le prix de journée, organisation médicale en services, faiblesse numérique des équipes de direction. Enfin, les dispositifs de coordination et de coopération des établissements n'ont permis qu'une rationalisation partielle du secteur : rares sont les hôpitaux publics cherchant à coordonner leur activité et l'intégration incomplète des établissements privés au SPH participe au maintien d'une situation concurrentielle sinon conflictuelle entre secteurs public et privé⁵⁶.

⁵³ Kingdon J. W., *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Boston, Little, Brown and Co, 1984

⁵⁴ Commissariat Général du Plan, *Rapport de la Commission Santé et Assurance Maladie*, Paris, La documentation française, 1976 ; Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), *Les établissements sanitaires et sociaux. Rapport annuel*, 1978 ; Gallois P., Taïb A., *De l'organisation du système de soins. Rapport au ministre de la santé*, La Documentation française, 1981 ; Commissariat Général du Plan, *La santé choisie. Rapport du groupe « Régulation de l'activité et des dépenses de santé »*, Paris, La Documentation française, 1982

⁵⁵ IGAS, *op. cit.*, p. 9-20

⁵⁶ *Ibid.*, p. 147-155. L'IGAS constate de nombreuses participations au SPH des établissements non lucratifs mais aussi la quasi inexistence d'accords de concession ou d'association avec des établissements lucratifs.

Planificateurs et hauts fonctionnaires de la santé formulent des propositions réformatrices relativement convergentes, alimentant ainsi le courant des solutions (*policy stream*), partant concurrençant l'expertise programmatique du PS. Ces propositions forment un programme institutionnel alternatif reposant sur trois éléments :

- Condamnant un hospitalo-centrisme jugé sous-optimal en termes économiques et de santé, ce programme repose sur l'idée d'un « réencastrement » de l'hôpital au système de santé qualifié de « multipolaire⁵⁷ ». L'hôpital ne peut plus être l'institution sanitaire centrale : chaque établissement, suivant sa catégorie (Centre Hospitalier Universitaire (CHU), hôpital général, hôpital local), doit assurer une fonction précise (technique, de soins courants) ; les alternatives à l'hospitalisation sont à développer (hôpital de jour, soins à domicile).

- Ce décentrage hospitalier doit s'accompagner d'une redistribution interne des pouvoirs avec la substitution des départements aux services hospitaliers. Le département, composé d'unités fonctionnelles (UF) et dirigé par un coordonnateur, correspond au regroupement des anciens services autour d'une discipline ou d'une pathologie. La constitution de départements poursuit un double objectif en ce qu'elle permet une prise en charge globale et personnalisée des malades au sein des UF tout en améliorant la gestion des hôpitaux à travers une meilleure coordination des soins, une optimisation du plateau technique et une responsabilisation des médecins.

- Cette redistribution interne est complétée par une redistribution externe des pouvoirs entre les différents niveaux de gouvernement et les hôpitaux. L'Etat doit renforcer son contrôle sur les établissements en s'appuyant sur deux instruments d'action publique, une carte sanitaire affinée et étendue et le budget global, utilisés selon un mode non pas autoritaire mais consultatif via une déconcentration de la carte et une négociation du budget global.

Enfin, le courant politique (*political stream*) est modifié par l'alternance politique à la suite des élections présidentielle et législatives de mai-juin 1981 qui portent un gouvernement de gauche au pouvoir. Cette victoire électorale constitue selon J. Keeler une « macro-fenêtre politique⁵⁸ » dans la mesure où cette victoire est large – les socialistes, sans l'appui des communistes, ont la majorité absolue à l'Assemblée nationale – et le soutien partisan fort.

⁵⁷ Gallois P., Taïb A., *op. cit.*, 1981

⁵⁸ Keeler J. T. S., *Réformer : les conditions du changement politique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994

Bénéficiant d'une légitimité électorale forte, le gouvernement manifeste une volonté de changement dans le secteur de la santé, inscrivant la réforme hospitalière sur l'agenda gouvernemental. Dans son programme de gouvernement, le PS propose une refonte profonde du secteur. Le système de santé s'organiserait autour de centres de santé organiquement reliés aux hôpitaux au sein desquels les responsabilités seraient décentralisées et qui formeraient avec un secteur non lucratif intégrant les cliniques lucratives « un ensemble hospitalier cohérent⁵⁹ ». La volonté de changement se retrouve dans le choix d'un ministère de la Santé autonome, aux côtés d'un grand ministère de la Solidarité nationale, et dans le choix d'un ministre communiste, J. Ralite. Journaliste de profession, Ralite se montre immédiatement très actif. Il entreprend dès sa nomination une large consultation des acteurs sectoriels et s'engage entre septembre et octobre 1981 dans « un tour de France de la santé⁶⁰ » en vue de la rédaction d'une Charte de la santé qui sera adoptée par le Conseil des Ministres le 12 mai 1982.

- Une politisation de l'action publique

Rapidement, l'enjeu hospitalier passe de l'agenda gouvernemental à l'agenda décisionnel. Cette inscription à l'agenda décisionnel se traduit non par une vaste réforme hospitalière mais par plusieurs initiatives d'action publique relativement cohérentes telles que la suppression du secteur privé dans les hôpitaux publics⁶¹, la généralisation du budget global⁶² et la mise en place des départements⁶³, obéissant à une dynamique de politisation comprise comme affirmation d'une identité partisane ou comme densification des échanges entre forums et arènes politiques⁶⁴.

⁵⁹ Programme de gouvernement du Parti socialiste, *La Santé*, p. 124-129. In AFJJ, Commission Santé – Dossiers de travail (1971-1981)

⁶⁰ Ralite J., *Retour de France. Reportages de Claudine Ducol*, Paris, Éditions sociales, 1982

⁶¹ Loi du 28 octobre 1982 modifiant l'article L. 680 du code de la santé publique relatif aux activités du secteur privé dans les établissements d'hospitalisation publics ; décret du 29 décembre 1982 pris pour l'application de la loi du 28 octobre 1982 et portant diverses mesures statutaires en faveur des praticiens à plein temps des établissements d'hospitalisation publics.

⁶² Loi du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale ; décret du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.

⁶³ Loi du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier ; décret du 28 décembre 1984 relatif aux départements hospitaliers.

⁶⁴ Les deux acceptions données à la politisation sont proposées par Hassenteufel P., *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2009, p. 162-167. La distinction forum/arène est empruntée à Jobert B., *Rhétorique politiques, controverses scientifiques et construction des normes institutionnelles*. Esquisse d'un

Suivant une définition restrictive, la politisation de l'action publique renvoie aux politiques publiques conçues comme ressource politique visant à affirmer une identité partisane ou idéologique. La politique de sécurité sociale conduite par N. Questiaux, Ministre de la Solidarité nationale de mai 1981 à juin 1982, illustre cette affirmation partisane par l'action publique. Écartant l'approche comptable de la sécurité sociale dominante depuis 1975⁶⁵, cette politique doit incarner la rupture politique que représente l'alternance⁶⁶. En matière hospitalière, cela se traduit par une remise en cause des mesures budgétaires adoptées précédemment : allocation de budgets supplémentaires en cours d'année, hausse des prix de journée des cliniques, suppression du ticket modérateur. Cependant, le tournant de la rigueur amorcé dès juin 1982 face aux difficultés économiques se répercute dans le secteur sanitaire avec le remplacement de N. Questiaux par P. Bérégovoy. Constatant une progression des dépenses de santé supérieures aux prévisions, le nouveau Ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale renoue avec les plans d'économies antérieurs : suppression des budgets supplémentaires, introduction d'un forfait journalier hospitalier, instauration d'un budget global. Par ailleurs, la suppression du secteur privé à l'hôpital public répond aussi à cette logique de satisfaction d'une demande partisane. Le secteur privé à l'hôpital est le fruit d'un compromis entre corps médical et pouvoirs publics à l'occasion de la réforme hospitalo-universitaire de 1958⁶⁷ : les médecins hospitaliers acceptent d'exercer à temps plein à l'hôpital, en échange de quoi ils peuvent conserver un nombre limité de lits réservés à leur clientèle privée. Initialement prévue à titre transitoire, la pérennisation des lits privés a été interprétée comme la constitution de nouveaux privilèges réservés à l'élite hospitalière⁶⁸ et définie dans l'arène politique comme une forme de privatisation du secteur hospitalier⁶⁹. Si la

parcours de recherche, Faure A., Pollet G., Warin P. (dir.), *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel*, Paris, L'Harmattan, 1995, p. 13-24

⁶⁵ Palier B., *op. cit.*, 2005

⁶⁶ Présentant les axes de la politique gouvernementale en matière de sécurité sociale à l'occasion d'une conférence de presse le 10 novembre 1981, N. Questiaux déclare qu' « il faut rappeler que le gouvernement a rompu avec les pratiques systématiques du passé ».

⁶⁷ Sur la réforme de 1958, voir Jamous H., *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Editions du Centre National de la Recherche Scientifique, 1969

⁶⁸ Steudler F., Hôpital, profession médicale et politique hospitalière, *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973, p. 29

⁶⁹ Groupe de travail du PS « les structures et fonctions hospitalières », Conférence nationale sur les problèmes de santé, 13 et 14 décembre 1975. In AFJJ, Commission Santé – Dossiers de travail (1971-1981).

suppression annoncée du secteur privé provoque une forte contestation du corps médical⁷⁰, le mouvement Solidarité Médicale⁷¹ dirigé par B. Debré et C. Reichman dénonçant même une « soviétisation » de l'hôpital, cette mesure n'annonce par un grand service national de santé, option clairement rejetée par le Ministre de la Santé⁷². En outre, elle rejoint des préoccupations administratives antérieures à l'alternance, cette suppression étant préconisée par le rapport de l'IGAS de 1978 qui voit dans les lits privés un secteur sans contrôle étatique, source de fraudes⁷³.

La politisation de l'action publique peut être ramenée, comme le propose P. Hassenteufel et A. Smith⁷⁴, à la question des interactions entre arènes, lieux de production des politiques publiques, et forums, espaces de controverses politiques. La politisation de l'action publique est le fruit de mobilisations d'acteurs issus des forums de politiques publiques, en position de prétendants, proches des entrepreneurs politiques que J. Kingdon définit par leur expertise, leur responsabilité politique et par leur fonction de « couplage » des différents courants. J. de Kervasdoué, directeur des hôpitaux entre 1981 et 1986, incarne précisément cette figure de l'entrepreneur politique combinant ressources cognitives et sociales. Ingénieur de l'Institut national agronomique, il obtient en 1972 un Master of Business Administration et un PhD en économie/sociologie des organisations à l'Université de Cornell. J. de Kervasdoué se caractérise par son insertion dans de multiples réseaux : universitaire (enseignant à l'ENA en 1972, chercheur au Centre de Recherche en Gestion de Polytechnique dès 1973), hospitalier (responsable du service des études économiques de l'Assistance Publique (AP) de Paris entre 1975 et 1979) et politiques (membre de la Commission Recherche du PS depuis 1973 et de l'association Santé et Socialisme). À la tête de la direction des hôpitaux (DH), il se fait contrebandier administratif d'une expertise syncrétique, mêlant savoirs savant et militant.

Les réformes étroitement intégrées du budget global (BG) et de la départementalisation sont marquées par cette expertise syncrétique. Elles correspondent d'abord à l'importation de techniques gestionnaires à l'hôpital visant une meilleure maîtrise des dépenses hospitalières. Appliquée en 1984 aux seuls CHU puis étendus à tous les

⁷⁰ Cf *supra*. Les médecins manifestant pour la défense du secteur privé iront jusqu'à envahir le bureau du Ministre le 3 mars 1982.

⁷¹ En référence explicite au mouvement polonais Solidarnosc.

⁷² Les remèdes du Dr Ralite, *L'Unité*, n° 436, 26 septembre 1981

⁷³ IGAS, *op. cit.*, p. 71-84

⁷⁴ Hassenteufel P., Smith A., Essoufflement ou second souffle ? L'analyse des politiques publiques « à la française », *Revue française de science politique*, vol. 52, n° 1, février 2002, p. 53-73

hôpitaux et établissements privés PSPH en 1985, la dotation globale de fonctionnement est fixée par le préfet de département, augmentée par un taux annuel fixé au niveau central. Cependant, le décret du 11 août 1983 conçoit le BG comme un instrument de gestion et non de simple rationnement des dépenses, en ce que celui-ci doit être adapté à l'activité hospitalière par l'introduction à l'hôpital d'une « Direction par Objectif » (DPO). Chaque établissement est divisé en centres de responsabilité (administratifs, cliniques, techniques) dont les responsables discutent les tableaux prévisionnels d'activité et de moyens (TAPAM) fixés par le directeur pour chaque centre. Le budget prévisionnel arrêté est ensuite transmis à la tutelle. Afin de suivre les éventuels écarts entre réalisation et prévision, des états statistiques trimestriels par centre de responsabilité sont élaborés. Dans l'esprit des réformateurs, les centres de responsabilité correspondraient aux nouveaux départements dont l'institution poursuit un objectif de gestion, en assurant une coordination efficace des soins, mais aussi un objectif de démocratisation. En effet, la départementalisation cherche à démanteler les fiefs médicaux que seraient devenus les services hospitaliers, sous la main de puissants « mandarins », par l'introduction de mécanismes électoraux. Ainsi, les chefs de département seraient élus pour un mandat de quatre ans par le corps médical du département⁷⁵ et seraient assistés d'un Conseil de département, composé du chef de département et de représentants élus par les différentes catégories de personnels pour quatre ans, lors d'un scrutin majoritaire uninominal à deux tours⁷⁶.

III Succès et échecs d'une action réformatrice : une approche par les « capacités »

Pour autant, nous rappelle J. de Maillard⁷⁷, l'alternance politique n'est pas automatiquement synonyme de changement de politique, celui-ci ayant un caractère « conditionnel ». L. Rochaix et D. Wilsford observent d'ailleurs qu'à partir des années 1970, les réformes de structures sont difficiles à mener du fait de la rigidité des institutions du

⁷⁵ L'élection se fait par collèges (PH à plein temps, PH à temps partiel, attachés, sages femmes) avec pondération des voix. L'élection du chef de département doit être lue à la lumière des décrets du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers et portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des CHU qui dissocient le grade de la fonction, expression d'une « déhiérarchisation fonctionnelle du corps médical hospitalier ». In Clément J.-M., *Les réformes hospitalières 1981-1984. Départementalisation, statuts des médecins et personnels hospitaliers*, Paris, Berger-Levrault, 1985, p. 141

⁷⁶ Le décret du 28 décembre 1984 distingue quatre collèges (personnel médical ; personnel paramédical ; autres personnels ; sages femmes) qui élisent chacun un nombre défini de représentants.

⁷⁷ De Maillard J., La conduite des politiques publiques à l'épreuve des temporalités électorales. Quelques hypothèses exploratoires, *Pôle Sud*, n° 25, 2006/2, p. 39-53

système de santé français⁷⁸. Nous proposons ici une approche de la conditionnalité du changement en termes de « capacités ». Pour J. White⁷⁹, le succès d'une action publique exige trois sortes de capacités : une capacité technique (identifier un problème et disposer de solutions techniques), une capacité politique (volonté politique et coalitions de soutien), une capacité institutionnelle (instruments et ressources adéquates à la mise en œuvre).

1. Des réformateurs aux capacités inégales : succès du budget global et échec des départements

Réforme de financement et réforme de structures internes sont fortement intégrées dans l'esprit des réformateurs. Pourtant, ces deux projets ne connaissent pas la même destinée : le BG est adopté et appliqué tandis que la départementalisation est un échec. Comment expliquer cette réalisation partielle du programme réformateur ?

- Le succès mitigé de la réforme de financement

La généralisation du BG comme mode de financement des hôpitaux constitue incontestablement une rupture politique majeure que d'aucuns ont pu analyser comme un écart au sentier emprunté permis par une conjoncture économique critique⁸⁰. Si l'effet de conjoncture est indéniable, la réforme du BG a été avant tout rendue possible, selon nous, par l'importance des capacités politique, technique et institutionnelle autour du BG.

Tout d'abord, le gouvernement manifeste une forte volonté politique à imposer le BG aux établissements. La réforme du financement bénéficie d'une part, à partir de 1982, de l'autorité du ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, P. Bérégovoy qui en fait une « réforme indispensable, à instruire d'urgence, même si le rythme des autres réformes

⁷⁸ Rochaix L., Wilsford D., State Autonomy, Policy Paralysis : Paradoxes of Institutions and Culture in the French Health Care System, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, n° 1-2, février-avril 2005, p. 97-119

⁷⁹ White J., Three Meanings of Capacity ; Or, Why the Federal Government Is Most Likely to Lead on Insurance Access Issues, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 28, n° 2-3, avril-juin 2003, p. 217-244 ; White J., Capacity and Authority : comments on governing doctors and health care, *Health Economics, Policy and Law*, n° 4, 2009, p. 367-382

⁸⁰ Wilsford D., Path Dependency, or Why History Makes It Difficult but Not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way, *Journal of Public Policy*, vol. 14, n° 3, juillet-décembre 1994, p. 251-283

hospitalières ou de la Sécurité Sociale n'est pas le même⁸¹ » et d'autre part de la coalition des planificateurs⁸² et de segments de l'administration sanitaire (DH, DSS, IGAS). Ce consensus politico-administratif repose sur la détermination commune à encadrer, à court terme, les dépenses hospitalières dans un contexte de crise économique. Par ailleurs, cette volonté politique est d'autant plus forte que le coût électoral d'une telle réforme aux coûts concentrés et aux bénéficiaires diffus est atténué par la construction d'un consensus politique large en inscrivant le BG dans une forme de continuité politique⁸³. Le risque de blâme politique est en outre minimisé par un relatif soutien de certains acteurs sectoriels. Seule la Fédération Hospitalière de France s'oppose vigoureusement au BG en y voyant une atteinte au principe d'autonomie des établissements que garantissait le prix de journée. Les représentants du secteur privé non lucratif, la Fédération nationale des Etablissements Hospitaliers d'Assistance Privée (FEHAP) et l'Union Nationale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS), ne rejettent pas le principe de BG mais critiquent l'aspect non concerté et centralisé de son élaboration. Enfin, le Syndicat National des Cadres Hospitaliers autonome (SNCH) soutient dans un premier temps la réforme⁸⁴, perçue comme une occasion de mise en œuvre d'un savoir gestionnaire pour les directeurs mais aussi comme une opportunité d'affirmation de leur position dans les établissements⁸⁵.

L'expertise technique sur la tarification du ministère chargé de la santé est une condition à la réussite de la réforme du BG. Cette expertise se construit notamment à partir des expériences de globalisation du financement des établissements à l'étranger et en France. Cet instrument de financement est d'abord importé du Québec où il est introduit progressivement à partir de 1972 afin de contenir une hausse galopante des dépenses hospitalières⁸⁶ puis expérimenté en France dans six établissements depuis 1978 et dont le bilan des responsables hospitaliers concernés affirme leur adhésion à la formule du BG, tout

⁸¹ Ministère de la Solidarité nationale, Maîtrise des dépenses de santé-liste des mesures possibles, 15 juin 1982. In AN, Fonds Bérégofoy, 19870251 – 14

⁸² Le BG ne fait cependant pas consensus chez les planificateurs, « une partie importante de la Commission » Santé et Assurance maladie soutenant la globalisation du financement en 1976. In Commissariat Général du Plan, *op. cit.*, 1976, p. 147

⁸³ Weaver R. K., The Politics of Blame Avoidance, *Journal of Public Policy*, n° 6, 1986, p. 371-398

⁸⁴ Le SNCH se montre néanmoins critique à l'égard du décret instituant le BG, jugeant son mode d'élaboration autoritaire.

⁸⁵ Schweyer F.-X., Une profession de l'Etat providence, les directeurs d'hôpital, *Revue européenne des sciences sociales*, t. 44, n° 135, 2006, p. 55

⁸⁶ Contandriopoulos A.-P., Lemay A., Tessier G., Champagne F., Modalités de financement et contrôle des coûts du système de soins : l'exemple du Québec, *Sciences sociales et santé*, vol. 7, n° 4, 1989, p. 113-137

en exigeant une réforme préalable de la gestion interne⁸⁷. Suite à ce premier bilan, un groupe de travail interministériel réunissant DH, DSS, DAS, Direction du Budget, Direction de la Comptabilité Publique et Direction Générale des Collectivités Locales est mis en place, au sein duquel s'affrontent deux expertises techniques portées par la DSS et la DH. Pour la DSS, le BG est d'abord un instrument de réduction des charges des organismes d'assurance maladie visant à adapter les dépenses du service public hospitalier aux ressources de la sécurité sociale (réforme externe). Dénonçant le « rationnement de la consommation de soins par un blocage du financement⁸⁸ » de la DSS, la DH combine techniques gestionnaires et budgétaires, en concevant le BG comme un instrument de rationalisation des choix budgétaires et de responsabilisation des acteurs hospitaliers (réforme interne). Si l'arbitrage ministériel se fait en faveur de la DH, les capacités institutionnelles limitées de l'administration entravent la mise en œuvre de son projet. En effet, la pauvreté de l'administration déconcentrée, notamment des DDASS, et la faiblesse des instruments de gestion et d'évaluation du fonctionnement hospitalier, tant de la tutelle que des établissements, ont empêché la réforme de gestion attendue tout en allégeant la contrainte économique du BG⁸⁹.

- L'échec de la départementalisation

À l'inverse du BG, la réforme de la départementalisation est âprement négociée avec les acteurs hospitaliers entre 1982 et 1985 pour finalement ne connaître qu'une application très limitée, avant que le gouvernement Chirac n'enterre le projet en restaurant les services hospitaliers.

Pourtant la départementalisation repose sur une expertise empirique et une réflexion administrative élaborée dès les années 1970. En effet, des expériences de départementalisation à l'initiative d'établissements sont mises en place dans les années 1970 selon des modalités diverses, allant de la simple coordination entre services jusqu'à l'association étroite conduisant à l'élaboration d'une structure commune⁹⁰. La départementalisation fait en outre l'objet de plusieurs études engagées par les acteurs sectoriels (rapport de l'Assistance

⁸⁷ Bilan élaboré par les établissements expérimentateurs du budget global, 2 septembre 1982. In AN, Fonds Direction des Hôpitaux, 19870630 – 3

⁸⁸ Direction des Hôpitaux, Réforme du financement des établissements hospitaliers, 26 avril 1983. In AN, Fonds Bérégovoy, 19870251 – 12

⁸⁹ Engel F., Moisdon J.-C., Tonneau D., Contrainte affichée ou contrainte réelle ? Analyse de la régulation du système hospitalier public français, *Sciences Sociales et Santé*, vol. VIII, n° 2, juin 1990, p. 11-32

⁹⁰ Steudler F., Le département hospitalier, *Journal d'économie médicale*, t. 2, n° 1, 1984, p. 7-32

publique de Paris de février 1979, étude de l'Union hospitalière de la région Île-de-France de 1980). Simultanément, une réflexion sur une réforme des structures internes de l'hôpital voit le jour au sein de l'administration centrale⁹¹ qui s'incarne dans une législation balbutiante : circulaire du 5 mai 1976 relative à la coordination entre les services hospitaliers, circulaire du 2 juillet 1976 relative à la coordination multidisciplinaire dans le domaine de la carcinologie, etc. Cette expertise administrative prend de l'ampleur en 1982 sous l'impulsion de J. de Kervasdoué qui met en place un groupe de travail sur l'organisation médicale des hôpitaux, dominé par des membres du corps médical (21 sur 43)⁹², appartenant le plus souvent à l'élite hospitalière (16 sont chefs de service et/ou universitaires). Le rapport du groupe, remis en octobre 1982, propose un modèle détaillé de département quant à son organisation (direction collégiale fondée sur l'élection), sa fonction (centre de gestion), sa mise en œuvre (obligatoire mais souple).

Si l'administration fait preuve d'une solide capacité technique, la capacité politique des réformateurs à imposer la réforme s'avère beaucoup plus faible. Porté dès 1982 par J. Ralite, le projet de départementalisation est repris par P. Bérégovoy en 1983 pour aboutir en décembre 1984 avec G. Dufoix, ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale depuis juillet 1984. Le discret soutien au sein de l'administration au projet de département et l'opposition d'une fraction grandissante du corps médical éclairent cette absence de volonté politique⁹³. Le projet porté par la DH rencontre un soutien conditionné des financiers que sont le ministère du budget⁹⁴ et la DSS⁹⁵. Ces derniers voient dans le département une opportunité de redéploiement des moyens hospitaliers, source d'économies, mais rejettent les mécanismes électoraux qui priveraient le chef de département de l'autorité suffisante pour mener ces restructurations. Le principe de l'élection suscite aussi l'hostilité d'une fraction conservatrice

⁹¹ DH, Éléments de doctrine sur le fonctionnement des services hospitaliers, 31 juillet 1978 ; DGS, Note sur l'organisation du fonctionnement médical des hôpitaux (suppression des « Services »), 28 novembre 1975. In AN, Fonds Bérégovoy, 19870251 – 12

⁹² Outre ces 21 médecins, ce groupe est composé de 14 membres de l'administration sanitaire, 4 directeurs d'hôpital, 3 infirmiers et d'un sociologue. Groupe de travail « Organisation médicale des hôpitaux », Rapport sur la départementalisation dans les hôpitaux publics, octobre 1982. In AN, Fonds Hervé, 19860540 – 8

⁹³ L'hésitation du gouvernement, et plus précisément de G. Dufoix à partir de 1984, à mener à terme la réforme se retrouve dans le témoignage du docteur F. Peigné, président de l'Intersyndicale Nationale des Médecins Hospitaliers à partir de 1983. In Peigné F., *En toute franchise. Brève chronique de l'hôpital (mai 1981-novembre 1998)*, Paris, Éditions Eska, 2008

⁹⁴ Ministre délégué chargé du Budget au Ministre de la Santé, 10 février 1983. In AN, Fonds Bérégovoy, 19870251 – 13

⁹⁵ DSS, Note pour M. le Ministre, 4 janvier 1983. In AN, Fonds Bérégovoy, 19870251 – 13

du corps médical qui souhaite le maintien d'une structure en services et de l'autorité du chef de service⁹⁶. Initialement soutenue par la majorité des organisations médicales, la départementalisation voit cependant le front du refus s'élargir avec le ralliement de syndicats traditionnellement proches de la gauche tels que le Syndicat de la Médecine Hospitalière ou la Fédération Nationale des Associations et Collectifs des Assistants et Adjointes, qui perçoivent dans les chefs de département la constitution de « super mandarins » cumulant autorité budgétaire et médicale. L'affrontement culmine au lendemain de la publication du décret avec le rassemblement en janvier 1985 d'une partie des opposants au sein du Comité de Liaison et d'Action des Syndicats Hospitaliers (CLASH).

Le choix d'une mise en œuvre souple de la départementalisation trahit surtout la faible capacité institutionnelle de l'administration pour imposer un changement interne aux hôpitaux. Comme le souligne G. de Pourville, « définir une procédure gestionnaire telle que le budget global est bien plus facile que de proposer une réorganisation qui suit plusieurs objectifs. [...] La départementalisation n'est pas une opération qui peut être facilement imposée à travers des règles et régulations uniformes et générales⁹⁷ ». Aussi le choix est-il fait, dès 1983, d'une mise en œuvre non contraignante, la réussite de la réforme exigeant « un large consensus local⁹⁸ ». Le décret du 29 décembre 1984 précise qu'une commission de départementalisation, élue par collèges, est mise en place dans chaque établissement. Aidée d'un guide de la départementalisation élaborée par le ministère, chaque commission est chargée d'établir un plan de départementalisation fixant les modalités et le calendrier de la réorganisation interne qui doit être remis au directeur au plus tard le 30 septembre 1985. L'appel au boycott des organisations médicales hostiles à la réforme entrave la mise en place des commissions, en particulier dans les CHU, forçant le ministère à revoir son texte et à établir un nouveau calendrier repoussant l'élaboration du plan de départementalisation au 30 septembre 1986⁹⁹, au-delà des élections législatives qui seront perdues par la gauche.

⁹⁶ Parmi les principaux opposants, citons le Syndicat autonome des enseignants en médecine, Solidarité médicale, le Syndicat national des Médecins, Chirurgiens, Spécialistes et Biologistes des Hôpitaux Publics.

⁹⁷ De Pourville G., *op. cit.*, p. 409

⁹⁸ DH, Note de présentation du guide de la départementalisation, 28 juin 1984. In AN, Fonds Bérégovoy, 19870251 – 13

⁹⁹ Décret du 6 septembre 1985 modifiant le décret du 28 décembre 1984 relatif aux départements hospitaliers.

2. Un « virage ambulatoire » manqué

Programme socialiste et propositions administratives se retrouvent autour de la dénonciation de l'hospitalo-centrisme et de la nécessité de développer des alternatives à l'hospitalisation. Malgré cette convergence, aucune réforme de structure n'est conduite. Pourtant, dès 1982 l'administration de la santé travaille au décentrage de l'hôpital et aboutit à l'élaboration d'un projet de loi qui ne sera pas voté, le système de santé français manquant ainsi son « virage ambulatoire¹⁰⁰ ». Comment expliquer la non-institutionnalisation du décentrage hospitalier ?

- Une administration mobilisée

Les alternatives à l'hospitalisation sont très limitées au début des années 1980, prenant la forme d'hospitalisation à domicile, reconnue par la loi hospitalière de 1970 et la circulaire Cnamts du 29 octobre 1974, ou de services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées, instaurés par la loi du 30 juin 1975 et le décret du 8 mai 1981. De nombreux rapports¹⁰¹ promeuvent le développement de ces structures dont le fonctionnement est jugé moins coûteux tout en offrant des soins individualisés de meilleure qualité. Cette idée est reprise au sein du Ministère de la Santé par la DGS qui publie une étude sur ce sujet en décembre 1982¹⁰², et par son directeur, J. Roux. Membre du PCF depuis 1956, J. Roux incarne parfaitement la figure de l'intellectuel du Parti, cumulant capital militant et ressources académiques. Menant une carrière hospitalo-universitaire, J. Roux appartient à l'aristocratie médicale. Entre 1962 et 1981, il est titulaire de la chaire de microbiologie à la faculté de médecine de Montpellier et chef de service de bactériologie-virologie au CHU de Montpellier, assurant par ailleurs d'autres responsabilités médicales au niveau national et international

¹⁰⁰ L'expression de « virage ambulatoire » est employée pour décrire la politique hospitalière conduite au Québec à partir de 1995 caractérisée par un redéploiement des ressources hospitalières vers les soins de première ligne afin de réduire le déficit budgétaire.

¹⁰¹ IGAS, *op. cit.*, 1978 ; Juskiewenski S., L'hospitalisation de jour, l'hospitalisation à domicile : alternatives à l'hospitalisation classique, *Avis du Conseil économique et social. Journal officiel*, 1981 ; Gallois P., Taïb A., *op. cit.*, 1981 ; Commissariat Général du Plan, *op. cit.*, 1982 ; Caquet R., Karsent S., *Rapport de mission au ministre d'Etat, ministre du Plan et de l'Aménagement du territoire. Les alternatives à l'hospitalisation*, Paris, La Documentation française, 1983

¹⁰² Direction Générale de la Santé, *L'avenir des soins hospitaliers à domicile dans le système de santé français. Réflexions et prospectives pour une programmation*, décembre 1982. In Archives Nationales (AN), Fonds Bérégovoy, 19870251 – 10

(membre à partir de 1981 puis président du conseil exécutif de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1984-1985). À ce capital professionnel s'ajoute un important capital militant. Bien plus que J. Ralite, J. Roux est parfaitement intégré au sein du Parti. Il est membre du Bureau fédéral en 1961 puis du Comité Central de 1964 à 1984 et candidat pour le PCF aux législatives de 1973, 1978 et 1981.

Un travail de coopération portant sur les alternatives se met en place à la faveur du remaniement ministériel de mars 1983 entre directions de l'administration sanitaire et sociale, dotant le ministère d'une véritable capacité technique s'ajoutant à la légitimité médicale apportée par J. Roux. La Santé perd son statut de ministère pour un simple secrétariat d'Etat, les quatre directions centrales passant alors sous l'autorité du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale de P. Bérégovoy¹⁰³. Fin juillet 1983, le cabinet du ministre met en place un groupe de travail sur les alternatives à l'hospitalisation, dont le secrétariat est assuré par la DGS et l'IGAS, associant les quatre directions ainsi que les chefs de l'IGAS et du Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI), créé en 1982¹⁰⁴. Le développement des alternatives est présenté comme « une priorité » du ministère en ce qu'il « permettra d'éviter les recours inutiles et coûteux de l'hospitalisation¹⁰⁵ ». Le groupe de travail, qui organise son activité autour de trois sous-groupes inter-directions (structures d'alternatives ; redéploiement des personnels ; articulation secteurs public et libéral), est largement dominé par la DGS (20 membres du groupe sur 46, soit 43%¹⁰⁶). Le travail du groupe aboutit à la rédaction d'un rapport remis au ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale en novembre 1983¹⁰⁷. Ce rapport repose sur une ambiguïté quant aux finalités des alternatives, au fondement de l'accord entre directions. Si les alternatives sont conçues comme un élément d'une politique globale de santé axée sur la prévention et l'éducation sanitaire, épousant ainsi le discours de la DGS, leur développement doit aussi

¹⁰³ Jusqu'alors, la DGS et la DH étaient sous l'autorité du ministère de la Santé.

¹⁰⁴ Note du cabinet du ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale à l'attention du directeur général de la santé, des directeurs des hôpitaux, de l'action sociale, de la sécurité sociale et des chefs de l'IGAS et du SESI, *Alternatives à l'hospitalisation*, 27 juillet 1983. In AN, Fonds Bérégovoy, 19870251 – 10

¹⁰⁵ *Ibid.*

¹⁰⁶ Viennent ensuite la DH avec 12 membres, la DAS avec 9 membres, la DSS et le SESI avec 3 participants chacun et enfin l'IGAS qui compte 2 membres.

¹⁰⁷ Groupe inter-directions, *Réorganisation du système de soins. Rapport à Monsieur le Ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale*, 5 novembre 1983. In AN, Fonds Bérégovoy, 19870251 – 10

conduire à « une gestion de l'appareil de soins cohérente permettant une maîtrise des dépenses, une stabilisation des coûts et, à terme, une réduction de ces derniers¹⁰⁸ ».

Le rapport comporte en outre deux innovations institutionnelles majeures : la création de services de soins gradués à domicile (SSGAD) et une nouvelle planification. La notion de SSGAD est forgée au sein de la DGS sous le nom de « services de soins communautaires » et est placée au centre d'un système de santé intégré fondé sur les besoins, permettant le redéploiement de 30 à 40% du patrimoine hospitalier¹⁰⁹. L'idée est reprise et précisée par le groupe de travail. Visant à unifier les différentes structures d'alternatives, les SSGAD dispensent des soins de quatre niveaux, suivant la technicité et la complexité de l'intervention. Les SSGAD peuvent être créés sur l'initiative d'une collectivité, d'un hôpital public, d'une clinique, d'une association, d'un organisme de sécurité sociale¹¹⁰. Soumise à autorisation préfectorale, la création des SSGAD nécessite une fermeture préalable de lits hospitaliers, la nouvelle structure intégrant le personnel redéployé. Les SSGAD sont par ailleurs intégrés à la planification qui constitue le deuxième pilier du redéploiement du système de santé. La réforme de la planification est portée au sein du groupe par la DH dont la nouvelle approche planificatrice repose sur quatre points¹¹¹ : le cadre d'analyse est affiné avec une évaluation qualitative des besoins régionaux et la distribution d'enveloppes régionales d'équipements ; des schémas régionaux de santé proposent une répartition souple des équipements ; l'Etat voit ses moyens d'intervention renforcés, notamment par la fermeture autoritaire de lits dans le public et le privé ; l'élaboration des schémas est décentralisée et démocratisée.

- Une administration divisée

Cette mobilisation administrative autour des alternatives à l'hospitalisation ne débouche cependant sur aucune réforme.

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 2

¹⁰⁹ Direction Générale de la Santé, *op. cit.*

¹¹⁰ Plus précisément, le sous-groupe « structures d'alternatives » explore trois scénarios : « l'hôpital absorbant » avec une organisation des soins alternatifs en département hospitalier ; « l'hôpital absorbé » dans la mesure où seuls les professions libérales, les associations, les centres de santé peuvent créer des SSGAD. Finalement le sous-groupe opte pour la solution mix public-privé.

¹¹¹ DH, La réforme de la planification sanitaire, 23 avril 1983. In AN, Fonds Bérégovoy, 19870251 – 12. Cette réflexion renouvelée sur la planification trouve une première incarnation institutionnelle dans la mise en place par J. de Kervasdoué d'un groupe de travail « planification, programmation, régionalisation des équipements de santé » en mars 1982.

La configuration administrative, héritée du décret du 13 novembre 1970 reconnaissant quatre directions centrales autonomes (DGS, DH, DSS, DAS), aux relations potentiellement conflictuelles¹¹² et toutes compétentes en matière d'alternatives à l'hospitalisation, caractérise la « capacité institutionnelle » réduite de l'administration de la santé, expliquant en partie l'inertie de l'action publique. Un premier projet de réforme émerge au printemps 1984, porté par une coalition réunissant DGS, DH et DAS autour d'une conception forte des alternatives et de la planification avec la création des SSGAD et l'introduction d'une planification qualitative et davantage coercitive¹¹³. Cette coalition rencontre cependant l'opposition de la DSS qui propose une simple modulation de la carte sanitaire et s'oppose à la création d'une nouvelle catégorie juridique que seraient les SSGAD¹¹⁴. Les motifs de l'opposition de la DSS sont d'ordre économique. S'affirmant à partir des années 1980 comme la direction du budget des Affaires sociales¹¹⁵, la DSS craint les effets inflationnistes d'une démarche planificatrice concertée et de structures d'alternatives nouvelles¹¹⁶. Jusqu'à la fin 1985, un compromis administratif est recherché sur un projet de loi, période durant laquelle des dissensions naissent entre directions, affaiblissant ainsi la coalition DGS-DH-DAS. DH et DGS s'opposent notamment sur le rôle de l'hôpital dans le développement des alternatives. En effet, le projet de la DH réserve la création d'alternatives aux seuls établissements hospitaliers¹¹⁷, position accusée d'hospitalo-centrisme par la DGS attachée à la création des SSGAD d'initiative hospitalière ou libérale.

Au final, la réforme clive les directions, ne bénéficiant ainsi que d'un faible soutien administratif. L'éclatement de la coalition administrative participe à une réduction de la capacité politique à réformer à laquelle s'ajoute une volonté politique déclinante. Si la réforme des alternatives est portée dans un premier temps par le ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, ce soutien politique s'affaiblit. Au début de l'année

¹¹² Marrot B., *op. cit.*, p. 45-50

¹¹³ J. Roux, Note pour M. Merlhe, conseiller technique de M. Hervé, 2 avril 1984 ; J. de Kervasdoué, Note pour M. le Secrétaire d'Etat chargé de la Santé, Avant-projet de loi portant diverses mesures relatives à l'organisation des soins, 6 avril 1984. In AN, Fonds Hervé, 19860540 – 9

¹¹⁴ F. Mercereau, Note à l'attention de MM. le Pr Roux, J. de Kervasdoué et Mlle Girard, 10 avril 1984. In AN, Fonds Hervé, 19860540 – 9

¹¹⁵ Serré M., *op. cit.*, 2001

¹¹⁶ DSS, Projet de loi de réforme hospitalière : sujets prioritaires pour la DSS, 17 octobre 1984. In AN, Fonds Hervé, 19860540 – 9

¹¹⁷ DH, Note pour le Ministre, Projet de loi relatif à l'hospitalisation à domicile et aux soins à domicile, 11 juin 1985. In AN, Fonds Hervé, 19860540 – 9

1985, la secrétaire d'Etat à la Santé renonce explicitement à la réforme ambitieuse de la planification de la DH tout en défendant la mise en place des SSGAD¹¹⁸. Ce choix est justifié par le coût électoral d'une telle réforme, craignant une « campagne sur le thème de l'initiative privée brimée, si ce n'est de la liberté remise en cause ». L'horizon électoral des législatives et la volonté de limiter une contestation médicale déjà forte expliquent ainsi cette exclusion de l'agenda, liée par ailleurs aux capacités institutionnelles insuffisantes de l'administration sanitaire. En effet, une telle planification nécessite des instruments régionalisés de mesure de besoins et d'activité qui font défaut à l'administration. En effet, le Ministère ne se dote des moyens d'analyse des phénomènes sanitaires et sociaux qu'au début des années 1980, avec la mise en place de la Mission Recherche-Expérimentation (MIRE) et du SESI¹¹⁹, ce dernier étant chargé de collecter et traiter les informations statistiques relatives à la santé et de produire des comptes de la santé, élaborés jusqu'alors en-dehors du ministère.

Conclusion

Il est difficile d'évoquer une bifurcation du système hospitalier au début des années 1980. Les règles institutionnelles organisant le secteur ne sont pas bouleversées et la principale réforme, celle du financement, est expérimentée dès 1978. Tout comme les gouvernants des années 1970, le gouvernement socialiste cherche d'abord à maîtriser les dépenses hospitalières. Toutefois, cette action converge avec des préoccupations de santé publique, notamment par le développement d'une médecine globale en-dehors de l'hôpital, et passe moins, pour les réformateurs des années 1980, par un macro contrôle autoritaire du centre que par une action micro visant la responsabilisation des acteurs. Pour autant, insister uniquement sur la continuité des politiques, en écartant les réformes inabouties, ne rend compte que partiellement de l'action publique dans le secteur hospitalier. Ce qui caractérise finalement cet épisode réformateur est moins la continuité de l'action que l'incapacité à réformer malgré le contexte politique et économique incertain. À ce titre, la grille de lecture par les trois capacités proposée par J. White nous semble adaptée à la compréhension de l'échec ou de la réussite des réformes :

¹¹⁸ Le directeur de cabinet C.-H. Filippi, Note pour la ministre, 21 janvier 1985. In AN, Fonds Hervé, 19860540 – 9

¹¹⁹ Marrot B., *op. cit.*, p. 47-48

	Budget global	Départementalisation	SSGAD et planification
Capacité politique	Forte	Faible	Déclinante
Capacité technique	Forte	Forte	Forte
Capacité institutionnelle	Moyenne (échec du volet gestion)	Faible	Faible

Si chaque réforme repose sur une expertise technique forte, la volonté, le soutien politiques d'une part et les ressources institutionnelles d'autre part sont déterminants dans la réussite d'une réforme. L'intérêt de l'approche par les capacités, notamment à l'égard des théories néo-institutionnalistes, est de compléter la variable institutionnelle par d'autres facteurs explicatifs de l'inertie politique, reflétant des causalités temporellement hétérogènes. Souvent, les analyses de l'action publique expliquent l'inertie politique par des phénomènes de « dépendance au sentier emprunté ». Ce concept correspond au processus d'autorenforcement des choix initiaux renvoyant à des mécanismes de rétroaction positive (*positive feedbacks*). Ces mécanismes de rétroaction positive, liés notamment à des processus de coordination et d'interprétation d'enjeux, expliquent une forme de verrouillage de l'action publique¹²⁰. Ce processus de dépendance au sentier peut se retrouver dans les réformes hospitalières : depuis 1943¹²¹, l'organisation en services de l'hôpital a eu un impact sur la coordination du travail médical et a structuré les représentations mentales des acteurs hospitaliers. Pour autant, pourquoi les choix initiaux comptent-ils plus dans un cas (les départements) que dans un autre (le budget global qui remplace un mode de financement reconnu au XIXe siècle) ? Comment expliquer l'échec du département en 1984 et la réussite de son succédané, le pôle d'activités, en 2005 ? La variable institutionnelle seule ne permet pas d'expliquer la réussite et l'échec des réformes hospitalières, partant les voies de l'institutionnalisation du système hospitalier français. Elle doit être complétée par une approche davantage conjoncturelle sinon événementielle.

Il convient enfin de souligner la valeur heuristique de la démarche socio-historique. Celle-ci permet de rompre avec une vision linéaire de l'institutionnalisation du système hospitalier en ce qu'elle donne à voir les processus concurrents d'institutionnalisation qui

¹²⁰ Pierson P., *Politics in Time: history, institutions, and social analysis*, Princeton, Princeton University Press, 2004, p. 20

¹²¹ Décret du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

n'ont pas abouti¹²². La mise en lumière des possibles latéraux permet en outre de comprendre le changement social et le dynamisme institutionnel en ce que les solutions écartées antérieurement peuvent rester présentes à l'état latent et être activées ultérieurement dans un contexte différent¹²³. En somme, nous rappelle P. Bourdieu, « en faisant resurgir les conflits et les confrontations des premiers commencements et, du même coup, les possibles écartés, [la reconstruction de la genèse] réactualise la possibilité qu'il en ait été (et qu'il en soit) autrement¹²⁴ ».

Bibliographie

Aiach P., Delanoe J.-Y., La politique économique du gouvernement socialiste en matière de santé : bilan de cinq années de pouvoir en France, 1981-1986, *Social Science and Medicine*, vol. 28, n° 6, 1989, p. 539-550

Benamouzig D., *La santé au miroir de l'économie. Une histoire de l'économie de la santé en France*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005

Bergounioux A., Grunberg G., L'Union de la gauche et l'ère Mitterrand (1965-1995), Becker J.-J., Candar G. (dir.), *Histoire des gauches en France*, Paris, La Découverte, 2004, p. 275-294

Bessin M., Bidart C., Grossetti M. (dir.), *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte, 2010

Bezes P., *Réinventer l'Etat. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009

Bourdieu P., Esprits d'État. Genèse et structure du champ bureaucratique, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 96-97, mars 1993, p. 49-62

Buton F., Mariot N. (dir.), *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009

¹²² Payre R., Les institutionnalisations improbables. Une sociologie historique prospective des sciences de gouvernement, Buton F., Mariot N. (dir.), *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009, p. 69-86

¹²³ Mahoney J., Thelen K. (dir.), *op. cit.*

¹²⁴ Bourdieu P., Esprits d'État. Genèse et structure du champ bureaucratique, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 96-97, mars 1993, p. 51

- Catrice-Lorey A., Politiques de régulation de la protection santé en France : les handicaps d'origine, *Congrès de l'Association française de science politique*, Grenoble 2009
- Clément J.-M., *1900-2000: La mutation de l'hôpital*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 2001
- Clément J.-M., *Les réformes hospitalières 1981-1984. Départementalisation, statuts des médecins et personnels hospitaliers*, Paris, Berger-Levrault, 1985
- Contandriopoulos A.-P., Lemay A., Tessier G., Champagne F., Modalités de financement et contrôle des coûts du système de soins : l'exemple du Québec, *Sciences sociales et santé*, vol. 7, n° 4, 1989, p. 113-137
- De Maillard J., La conduite des politiques publiques à l'épreuve des temporalités électorales. Quelques hypothèses exploratoires, *Pôle Sud*, n° 25, 2006/2, p. 39-53
- De Pourville G., Hospital Reforms in France under a Socialist Government, *The Milbank Quarterly*, vol. 64, n° 3, 1986, p. 392-413
- Engel F., Moisdon J.-C., Tonneau D., Contrainte affichée ou contrainte réelle ? Analyse de la régulation du système hospitalier public français, *Sciences Sociales et Santé*, vol. VIII, n° 2, juin 1990, p. 11-32
- Hamman P., Méon J.-M., Verrier B. (dir.), *Discours savants, discours militants: mélange des genres*, Paris, L'Harmattan, 2002
- Hassenteufel P., Smith A., Essoufflement ou second souffle ? L'analyse des politiques publiques « à la française », *Revue française de science politique*, vol. 52, n° 1, février 2002, p. 53-73
- Hassenteufel P., *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2009
- Jobert B., Steffen M. (dir.), *Les politiques de santé en France et en Allemagne*, Paris, Observatoire européen de la protection sociale, 1994
- Keeler J. T. S., *Réformer : les conditions du changement politique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994
- Kingdon J. W., *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Boston, Little, Brown and Co, 1984
- Laborier P., Trom D. (dir.), *Historicité de l'action publique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2003

- Mahoney J., Thelen K. (dir.), *Explaining Institutional Change. Ambiguity, Agency, and Power*, New York, Cambridge University Press, 2010
- Maillard C., *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'Etat*, Paris, Dunod, 1986
- Marrot B., *L'administration de la santé en France*, Paris, L'Harmattan, 1996
- Offerlé M., *Sociologie des groupes d'intérêt*, Paris, Montchrestien, 1998
- Palier B., *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005
- Pierson P., *Politics in Time: history, institutions, and social analysis*, Princeton, Princeton University Press, 2004
- Renaud M., De la sociologie médicale à la sociologie de la santé : trente ans de recherche sur le malade et la maladie, Dufresne J., Dumont F., Martin Y. (dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Québec - Lyon, Presses de l'Université du Québec – Presses de l'Université de Lyon, 1985, p. 281-291
- Rochaix L., Wilsford D., State Autonomy, Policy Paralysis : Paradoxes of Institutions and Culture in the French Health Care System, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, n° 1-2, février-avril 2005, p. 97-119
- Schweyer F.-X., Une profession de l'Etat providence, les directeurs d'hôpital, *Revue européenne des sciences sociales*, t. 44, n° 135, 2006, p. 45-60
- Serré M., *Le « tournant néo-libéral » de la santé ? Les réformes de la protection maladie en France dans les années 1990 ou l'acclimatation d'un référentiel de marché*, Thèse de Science Politique, Université Paris I, 2001
- Serré M., De l'économie médicale à l'économie de la santé, *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 143, n° 1, 2002, p. 68-79
- Steinmo S., Thelen K., Longstreth F. (dir.), *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, Cambridge/New York, Cambridge University Press, 1992
- Stuedler F., *Sociologie médicale*, Paris, Armand Colin, 1972
- Stuedler F., Hôpital, profession médicale et politique hospitalière, *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973, p. 13-40
- Stuedler F., Le département hospitalier, *Journal d'économie médicale*, t. 2, n° 1, 1984, p. 7-32

Tuohy C. H., *Accidental Logics. The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada*, New York, Oxford University Press, 1999

Weaver R. K., The Politics of Blame Avoidance, *Journal of Public Policy*, n° 6, 1986, p. 371-398

White J., Capacity and Authority : comments on governing doctors and health care, *Health Economics, Policy and Law*, n° 4, 2009, p. 367-382

White J., Three Meanings of Capacity ; Or, Why the Federal Government Is Most Likely to Lead on Insurance Access Issues, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 28, n° 2-3, avril-juin 2003, p. 217-244

Wilsford D., *Doctors and the State. The Politics of Health Care in France and the United States*, Durham and London, Duke University Press, 1991

Wilsford D., Path Dependency, or Why History Makes It Difficult but Not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way, *Journal of Public Policy*, vol. 14, n° 3, juillet-décembre 1994, p. 251-283

Sources

- Archives

Archives Nationales

- Fonds P. Bérégovoy (19870251, articles 9 à 14)
- Fonds E. Hervé (19860540, articles 8, 9, 13, 14)
- Fonds Direction des Hôpitaux (19870630, articles 3 et 4)
- Fonds Direction Générale de la Santé (19950151, articles 1 et 7)

Archives de la Fondation Jean Jaurès

- Commission Santé – Dossiers de travail (1971-1981)

Archives de l'Office Universitaire de Recherche Socialiste

- fonds M. Pachkoff

- Rapports

Commissariat Général du Plan, *Rapport de la Commission Santé et Assurance Maladie*, Paris, La documentation française, 1976

Commissariat Général du Plan, *La santé choisie. Rapport du groupe « Régulation de l'activité et des dépenses de santé »*, Paris, La Documentation française, 1982

Gallois P., Taïb A., *De l'organisation du système de soins. Rapport au ministre de la santé*, La Documentation française, 1981

Inspection Générale des Affaires Sociales, *Les établissements sanitaires et sociaux. Rapport annuel*, 1978

Juskiewenski S., L'hospitalisation de jour, l'hospitalisation à domicile : alternatives à l'hospitalisation classique, *Avis du Conseil économique et social. Journal officiel*, 1981

Karsent S., *Rapport de mission au ministre d'Etat, ministre du Plan et de l'Aménagement du territoire. Les alternatives à l'hospitalisation*, Paris, La Documentation française, 1983

Rapport des médiateurs au Premier ministre, *Le système de santé français. Réflexions et propositions*, Paris, La Documentation française, 1983

- Textes juridiques

Décret du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics

Décret du 13 novembre 1970 portant organisation de l'administration centrale du Ministère de la santé publique et de la sécurité sociale

Loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Loi du 4 janvier 1978 portant dérogation, à titre temporaire, pour certains établissements hospitaliers publics ou participant au service public hospitalier, aux règles de tarification ainsi que, pour les soins donnés dans ces établissements, aux modalités de prise en charge

Loi du 29 décembre 1979 relative aux équipements sanitaires et modifiant certaines dispositions de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Loi du 28 octobre 1982 modifiant l'article L. 680 du code de la santé publique relatif aux activités du secteur privé dans les établissements d'hospitalisation publics

Décret du 29 décembre 1982 pris pour l'application de la loi du 28 octobre 1982 et portant diverses mesures statutaires en faveur des praticiens à plein temps des établissements d'hospitalisation publics

Loi du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale

Décret du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier

Loi du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier

Décret du 28 décembre 1984 relatif aux départements hospitaliers

Décret du 6 septembre 1985 modifiant le décret du 28 décembre 1984 relatif aux départements hospitaliers