

La réforme de l'hôpital en 1981

Préparation, contestation et imprévisibilité de l'alternance

Renaud GAY
Doctorant-ATER
IEP de Grenoble, Université de Rennes I

L'alternance politique a pu être définie comme l'accès provisoire au pouvoir de forces politiques situées jusqu'alors dans l'opposition, garantissant notamment un renouvellement des élites gouvernementales et des politiques publiques (Quermonne, 1988 : 4-5). Etudier l'alternance « au concret », *i.e.* observer sous un angle sectoriel l'action publique menée par les nouveaux titulaires du pouvoir, permet de réinterroger ce postulat d'une relation mécanique entre alternance politique et changement de l'action publique. Ce questionnement rejoint le problème posé par la sociologie de l'action publique de l'articulation entre *policy* et *politics*, à savoir l'influence de la compétition politique sur les politiques publiques, les effets de légitimation politique des politiques publiques, les interactions entre arènes politiques et forums des politiques publiques (Hassenteufel, Smith, 2002). Dans cette perspective, l'alternance de 1981 a été analysée comme une « macro fenêtre politique » propice à des changements d'envergure (Keeler, 1994), comme l'illustrent les politiques du livre (Surel, 1997) ou les politiques de réforme de l'Etat (Bezès, 2009). Les effets de l'alternance sur l'action publique ne sont toutefois ni directs, ni unilatéraux mais conditionnés, entre autres, par la mobilisation de groupes d'acteurs politiques et privés, l'usure des recettes passées ou encore par la saillance de l'enjeu en question (de Maillard, 2006).

Les travaux portant sur la politique hospitalière et de santé de la gauche entre 1981 et 1986 vérifient cette hypothèse du changement conditionné dans la mesure où l'alternance n'aurait qu'un faible impact sur celle-ci malgré des programmes électoraux ambitieux pour l'hôpital proposant de réformer son organisation interne, son financement et sa place dans le système de santé. En effet, les réformes entreprises par les gouvernements de gauche s'inscriraient dans la continuité des politiques de maîtrise des dépenses de la fin des années 1970 (de Pourville, 1986 ; Jobert, 1994). La conception de plusieurs projets de réforme politisés entre 1981 et 1983 permet de nuancer cette thèse de la continuité, bien que ceux-ci n'aient pas abouti (Aïach, Delanoë, 1989). Ces travaux ont pour point commun de s'interroger sur ce que l'alternance fait à la politique de santé à partir d'une *conception événementielle* de l'alternance. Les élections présidentielle et législatives de 1981 sont une rupture politique dont ils évaluent les (non) conséquences sur l'agenda gouvernemental.

À la suite de ces travaux, nous souhaitons nous interroger sur ce que l'alternance fait à la réforme hospitalière mais aussi sur ce que ce cas d'action gouvernementale nous enseigne sur l'alternance. Pour ce faire, nous proposons une *conception processuelle et collective* de l'alternance. Elle est un processus qui déborde en amont et en aval la simple séquence électorale de mai-juin 1981 : elle est préparée dès les années 1970 par les acteurs politiques qui, dans l'opposition, anticipent une conquête prochaine du pouvoir en façonnant des programmes d'action publique ; elle s'accompagne en 1981 d'un nouvel agenda gouvernemental qui n'est pas stable mais est redéfini au cours de l'alternance. Cette redéfinition de l'agenda renvoie à la dimension collective de l'alternance. Les nouveaux responsables gouvernementaux coopèrent, négocient, luttent avec d'autres acteurs (privés, administratifs) dont les interactions affectent la trajectoire des programmes d'action publique. À partir de cette définition de l'alternance, nous nous demandons si la réforme de l'hôpital conçue par les nouveaux responsables gouvernementaux n'est pas préparée antérieurement par les acteurs politiques. Dit autrement, la réforme hospitalière est-elle prévisible et programmée ou bien n'est-elle pas redéfinie dans le cours de l'alternance ? Comment et par

qui est-elle reformulée ? Par la redéfinition de la réforme, l'alternance ne produirait-elle pas des changements inattendus ?

Méthodologie

Les matériaux utilisés proviennent du Centre des archives contemporaines (CAC) de Fontainebleau (fonds des cabinets de P. Bérégovoy et d'E. Hervé, de la direction des hôpitaux) ; d'archives intermédiaires déposées au ministère de la santé (AMS) (fonds de la direction des hôpitaux) ; des archives de la Fondation J. Jaurès (AFJJ) (dossier Commission Santé 1971-1981) ; des archives de l'Office Universitaire de Recherche Socialiste (AOURS) (fonds M. Pachkoff) ; des archives du Parti communiste français (APCF) (fonds secteur santé/protection sociale/cadre de vie). La lecture de rapports administratifs, de textes juridiques, des dossiers de presse de la bibliothèque de la FNSP « Organisation hospitalière. Réforme hospitalière » complète ce travail archivistique, ainsi que des entretiens semi-directifs avec des décideurs administratifs et politiques, des responsables syndicaux ou associatifs.

I DES EXPERTISES PARTISANES SUR L'HOPITAL : L'ALTERNANCE ANTICIPÉE

Au cours des années 1970, des militants socialistes et communistes investissent les questions sanitaires et hospitalières et offrent à leurs partis une expertise nouvelle afin de préparer une prochaine conquête du pouvoir national. Ces expertises se différencient néanmoins tant dans leurs modalités de construction que dans leur contenu, si bien que les programmes communiste et socialiste divergent partiellement en 1981.

1. Des experts socialistes sur la santé : « Santé et Socialisme »

À la veille des élections de 1981, le programme socialiste comprend quatre propositions en matière hospitalière : alléger les missions de l'hôpital qui « doit devenir l'échelon d'appel de l'organisation sanitaire, et non pas son pivot » ; décentraliser et démocratiser la gestion du système hospitalier ; au sein des établissements, substituer des départements dirigés par un responsable élu aux services hospitaliers ; financer les hôpitaux au moyen d'un budget négocié entre l'établissement, la sécurité sociale et les pouvoirs publics (PS, 1980). Cette plate-forme électorale s'inspire d'une expertise développée par des militants regroupés au sein d'une association fondée en 1974 et nommée « Santé et Socialisme ». Celle-ci se donne pour objectif « d'approfondir l'analyse politique des problèmes de santé [débouchant] sur une stratégie de rupture avec le système en vigueur »¹. Ainsi, il s'agit pour ces militants d'élaborer une expertise en matière de santé en vue de préparer l'alternance politique qui apparaît imminente en mars 1981 lorsque ces derniers organisent un colloque intitulé « Santé : quelles priorités pour un président socialiste ? ».

Réunissant usagers et professionnels de l'action sanitaire et sociale, Santé et Socialisme est dirigée par des médecins exerçant une activité relativement dévalorisée dans un champ médical valorisant une médecine curative et technique (Pinell, 2009). Sur les quatre présidents successifs entre 1974 et 1981, on compte un spécialiste de santé publique (F. Gremy), un gériatre (J.-C. Henrard), un immunologiste (J. Benveniste) et un généraliste (J.-M. Cohen-Solal). Issus du Centres d'études, de recherche et d'éducation socialistes (CERES) (J. Benveniste et J.-M. Cohen-Solal) et de la deuxième gauche (F. Gremy et J.-C. Henrard), ces

¹ AFJJ, fonds Commission santé, Association Santé et Socialisme, feuille volante, non datée

responsables se retrouvent avant tout dans leur opposition à la commission santé du Parti Socialiste (PS) qui détient un monopole sur la définition de la politique de santé officielle du parti. Cette opposition revêt un aspect générationnel et politique : « il y avait plus d'institutionnels à la Commission santé et c'était plus novateur, c'était un peu plus à gauche à l'association Santé et Socialisme »² ; « l'opposition était plus entre les modernes et les anciens. C'était deuxième gauche et CERES contre la SFIO, les patrons de fac »³.

Entreprise périphérique de l'organisation socialiste, Santé et Socialisme parvient à imposer, à la fin des années 1970, sa vision du système de santé (lutte contre l'hospitalo-centrisme, démocratisation de l'hôpital). Ce succès tient, d'une part, à la solidité de son expertise, influencée par une sociologie de la santé en plein essor et par les réflexions de la Confédération française démocratique du travail (CFDT) dont la déléguée à la santé, M.-J. Lafont, milite au CERES. Expertise à laquelle les militants donnent une importante visibilité publique par l'organisation de colloques annuels et par des interventions médiatiques fréquentes. Ce succès s'explique, d'autre part, par le positionnement des responsables au sein de l'organisation partisane, à l'exemple de J.-M. Cohen-Solal. Membre du PS depuis 1973, il milite au sein du CERES et entre à Santé et Socialisme en 1976 dont il prend la présidence en 1978. Il est recruté par la suite, sur la recommandation de J. Attali qu'il côtoie à la section PS du XIV^e arrondissement de Paris, au cabinet de F. Mitterrand comme responsable de la santé en vue de préparer la campagne présidentielle de 1981, contournant ainsi les structures statutaires du PS au sein desquelles les militants de Santé et Socialisme restent minoritaires (Cayrol, 1978).

2. Se conformer et se démarquer : le PCF et la santé

À l'inverse du cas socialiste, c'est au centre de l'organisation communiste et non à sa périphérie qu'est construite une expertise en matière de santé à partir du milieu des années 1970. Un secteur « santé-protection sociale » est créé en 1976, dirigé par M. Bertrand, aide chimiste entrée au Comité Central en 1970 et au Bureau Politique (BP) en 1972. Dans le cadre du secteur est mise en place une « commission nationale santé » composée de responsables fédéraux, d'élus, de professionnels de santé tandis que la recommandation est faite aux fédérations de créer leurs propres commissions santé. Ce développement organisationnel poursuit deux objectifs : « impulser des actions du parti dans le domaine de la santé » et élaborer « une réflexion plus fondamentale » sur ce sujet⁴. Dit autrement, le PCF cherche, d'une part, à consolider sa fonction d'opposant au pouvoir en place dans le secteur de la santé, ce qu'illustre la campagne « SOS Santé » lancée par le BP en octobre 1979 suite à l'annonce d'une politique de restriction budgétaire frappant les hôpitaux. Les responsables communistes souhaitent, d'autre part, enrichir leurs propositions sur la santé, comme en témoigne la publication en 1977 de l'ouvrage programmatique *Prendre soin de la santé* rédigée par la nouvelle commission santé (PCF, 1977).

Le lieu de production de cette nouvelle expertise – le centre de l'organisation partisane – a une nette influence sur son contenu dans la mesure où elle reproduit la *doxa* du Parti et ne rompt pas avec la vision du système de santé défendue jusqu'alors par le PCF. Ce conformisme doctrinal se retrouve tout d'abord dans la critique formulée à l'encontre de la politique de santé de la droite qui fait appel à la théorie du capitalisme monopoliste d'Etat : les politiques de maîtrise des dépenses et de rationalisation du secteur hospitalier ouvriraient un nouveau marché source de profits, contiendraient le coût du travail et, partant, serviraient

² Entretien J.-M. Cohen-Solal, président de Santé et Socialisme, 22 mars 2011

³ Entretien J.-M. Rodrigues, secrétaire général de Santé et Socialisme, 18 avril 2011

⁴ APCF, 261J17/en cours de traitement, M. Bertrand, Note sur les axes de travail du secteur santé – sécurité sociale, non datée

les intérêts des trusts industriels. La commission santé offre, ensuite, une vision du système de santé centrée sur l'hôpital qui ne se démarque guère des discours antérieurs du Parti (PCF, 1971) mais s'oppose au projet socialiste d'allègement des missions de l'hôpital. Cette centralité de l'hôpital se retrouve dans la mesure 34 des 131 propositions du candidat Marchais qui propose notamment de moderniser, de débureaucratiser et d'augmenter les capacités d'accueil des hôpitaux, ainsi que d'en démocratiser leur gestion.

Trois éléments expliquent l'importance accordée à l'hôpital dans le discours communiste. Premièrement, elle correspond à une stratégie de différenciation programmatique dans un contexte fortement concurrentiel à gauche suite à la rupture du programme commun en 1977. La critique interne au Parti du « mouvement réformiste » réunissant le PS et la CFDT qui accepte « la crise sous couvert de fatalité, [...] les atteintes aux libertés et le renforcement de l'étatisme sous couvert de « rationalisation » du système sanitaire »⁵ est largement publicisée par les cadres du Parti⁶. Deuxièmement, la centralité de l'hôpital peut être comprise comme une stratégie de réaffirmation des liens de fidélité entre le Parti et des groupes militants dans un secteur où les communistes sont bien implantés et très proches de la Confédération Générale du Travail (Andolfatto, Labbé, 1997). Troisièmement, la défense de l'hôpital revêt une dimension symbolique forte en ce qu'elle réactive une double croyance, celle de l'hôpital comme lieu ouvert à tous et lieu du progrès technique et scientifique.

II LA REFORME HOSPITALIERE, ENTRE POLITISATION ET CONTESTATION

Dès 1981, le ministre de la santé communiste J. Ralite inscrit l'hôpital à l'agenda gouvernemental. Reposant sur une hybridation des expertises communiste et socialiste, la réforme qu'il promeut clive et se heurte à une double contestation, celle d'une partie de la profession médicale hospitalière défendant le statu quo institutionnel et celle d'une coalition d'acteurs politico-administratifs privilégiant la maîtrise des dépenses de santé.

1. La réforme hospitalière de J. Ralite, une hybridation des expertises partisans

De 1981 à mars 1983, la réforme hospitalière portée par le cabinet de J. Ralite vise une redéfinition profonde de l'ordre hospitalier inspirée des expertises socialiste et communiste que la réunion de deux conditions rend possible en 1981 (Skowronek, 1993). Le nouvel exécutif se présente, d'une part, en opposant aux politiques publiques mises en œuvre jusqu'alors, notamment dans le secteur sanitaire, et souhaite incarner une rupture avec le système social en place. Cet ambitieux programme réformateur tire profit, d'autre part, de la fragilité des arrangements institutionnels existants dans le secteur hospitalier. En effet, le modèle expansionniste sur lequel le système hospitalier est fondé depuis le milieu des années 1960 est remis en cause dans les années 1970 par le ralentissement économique (Maillard, 1986). Si des dispositifs de maîtrise des dépenses hospitalières sont introduits à la fin des années 1970 (expérimentation de nouveaux modes de financement en 1978, fermeture autoritaire de lits ou services hospitaliers en cas de dysfonctionnement ou de suréquipement en 1979), aucun nouveau modèle cohérent de régulation ne semble émerger.

L'hybridation des expertises socialiste et communiste au fondement de la reconstruction de l'ordre hospitalier se retrouve dans le discours de Tulle sur les réformes hospitalières du ministre de la santé en novembre 1982. Deux principes de justification aux

⁵ APCF, 261J17/en cours de traitement, secteur santé/cadre de vie, Note sur PS-CFDT et santé-sécurité sociale, 14 mai 1980

⁶ Interview de Georges Marchais au *Médecin de France*, 12 février 1980 ; « Hôpitaux : en finir avec le silence », *L'Humanité*, 15 octobre 1979.

réformes, communs aux réflexions socialistes et communistes sur l'hôpital, sont mis en avant : le fonctionnement hospitalier doit être démocratisé ; la médecine hospitalière doit être centrée sur le malade. Plusieurs mesures composent ce programme réformateur. La suppression du « secteur privé »⁷ dans les hôpitaux publics, promise par les candidats Mitterrand et Marchais, est censée restaurer une égalité de traitement entre malades. La réorganisation des hôpitaux en départements composés d'unités fonctionnelles est supposée permettre une prise en charge personnalisée et globale des malades. Dirigés par un chef et un conseil de département élus par tous les personnels, les départements doivent en outre garantir une gestion démocratisée de l'hôpital. Cette démocratisation justifie également la mise en place d'un nouveau mode de financement par dotation globale censée être définie collectivement au sein d'instances collégiales. Nourri des convergences partielles des expertises socialiste et communiste, ce programme réformateur évacue ce qui fait dissensus, notamment la place de l'hôpital dans le système de soins.

La trajectoire politique de J. Ralite et la composition de son cabinet expliquent cette hybridation des expertises. Membre du PCF depuis 1947, J. Ralite est davantage un élu local qu'un homme d'appareil : adjoint au maire d'Aubervilliers depuis 1959 et député de Seine-Saint-Denis depuis 1973, il n'intègre le comité central du PCF qu'en 1982. De plus, ce spécialiste des questions culturelles annoncé en juin 1981 à la rue de Valois, n'est pas familier des problématiques de santé. Cette absence de compétence personnelle et son positionnement marginal au sein du Parti l'amènent à s'entourer de spécialistes de la santé de divers horizons politiques : « je m'étais amusé à dire : « Comme je suis ministre de la Santé, il me faut des globules blancs, des globules rouges, des globules bleus. » J'avais donc dans mon équipe, un socialiste, des communistes et le progressiste Latrille » (Lefait, 1995 : 151). Gaulliste de gauche et bactériologiste reconnu, ce dernier dirige le cabinet de J. Ralite qui réunit notamment deux communistes membres de la commission santé ayant participé à la rédaction de *Prendre soin de la santé* (G. Millet (directeur adjoint de cabinet) et Y. Talhouarn (conseiller technique)) ainsi qu'un directeur d'hôpital militant à Santé et Socialisme et proche de la deuxième gauche (G. Merlhe (chef de cabinet)).

2. Hors et au sein de l'Etat, la contestation de la réforme

Les réformes engagées suscitent très rapidement une opposition d'une partie de la profession médicale. Le cabinet Ralite ne peut s'appuyer que sur quelques syndicats médicaux marginaux marqués à gauche dont le syndicat de la médecine hospitalière, fondé en 1980 par le socialiste J.-C. Henrard, et autour duquel est créée l'Intersyndicale Nationale des Médecins Hospitaliers⁸ en mars 1982 en vue de soutenir le programme réformateur de J. Ralite. Cette mobilisation médicale de soutien apparaît avant tout comme une réponse au mouvement de contestation dirigé par les segments dominants de la profession médicale suite à l'annonce en octobre 1981 de la suppression du secteur privé à l'hôpital public. Est créé un comité de liaison appelé « Solidarité Médicale », en référence au mouvement anticommuniste *Solidarnosc*, regroupant principalement les syndicats de l'élite hospitalo-universitaire. Ce dernier organise défilé et « grève des soins » les 10 décembre 1981 et 3 mars 1982 avec le soutien du syndicat des médecins des hôpitaux publics, la plus ancienne et importante

⁷ Le secteur privé est le fruit d'un compromis entre corps médical et pouvoirs publics à l'occasion de la réforme hospitalo-universitaire de 1958 : les médecins hospitaliers acceptent de perdre leur statut de profession libérale et 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.

⁸ Elle comprend notamment le syndicat de la médecine hospitalière, la Fédération Nationale des Associations et Collectifs d'Assistants et Adjointes des Hôpitaux non Universitaires, le syndicat national de l'enseignement supérieur, le SGEN-CFDT.

organisation syndicale de médecins hospitaliers. Malgré le vote de la loi sur le secteur privé en octobre 1982⁹, le mouvement de contestation est renforcé par la diffusion du premier projet de « départementalisation » des hôpitaux en novembre 1982. L'élection du chef et du conseil de département par tous les personnels est rejetée par plusieurs syndicats médicaux réunis en février 1983 au sein de l'Intersyndicale Nationale des Médecins Hospitaliers (INMH) qui juge la logique « électoraliste » de la réforme incompatible avec une logique de soins. L'annonce en février 1983 d'un projet de réforme du statut des médecins hospitaliers¹⁰ élargit la mobilisation à de nouveaux groupes médicaux (chefs de clinique, internes) si bien qu'en mars 1983 le gouvernement est confronté à une mobilisation contestataire associant de larges segments de la profession médicale hospitalière.

Le cabinet Ralite se heurte, de plus, à une coalition d'acteurs politico-administratifs en charge des finances publiques soucieuse avant tout d'équilibrer les comptes de la sécurité sociale et de maîtriser les dépenses de santé dont la croissance est extrêmement rapide¹¹. La réforme des départements polarise les critiques de la coalition des financiers de l'Etat, au premier rang desquels le ministère des affaires sociales dirigé à partir de juin 1982 par P. Bérégovoy qui impose à J. Ralite un financement des hôpitaux par dotation globale permettant un contrôle macroéconomique de leurs dépenses¹². Cette préoccupation financière conduit le ministre des affaires sociales à apporter un soutien réservé au projet de départementalisation. Si la réorganisation des hôpitaux peut améliorer l'utilisation des moyens humains et matériels au sein des hôpitaux, l'association du personnel non médical à la gestion risque de conduire à un dérapage financier¹³. Cette crainte est également exprimée par la direction de la sécurité sociale et par L. Fabius, ministre délégué au budget, qui rejettent le principe de l'élection des conseils et chefs de département, tout en soulignant la nécessité d'optimiser l'organisation des hôpitaux.

III UNE DISCRETE RUPTURE GESTIONNAIRE : L'ALTERNANCE DETOURNEE

Suite au remaniement ministériel de mars 1983, J. Ralite quitte le ministère de la santé qui devient un secrétariat d'Etat confié à E. Hervé et placé sous la tutelle du ministère des affaires sociales dirigé par P. Bérégovoy puis, de juillet 1984 à mars 1986, par G. Dufoix. Ce nouvel exécutif hérite du programme réformateur de J. Ralite dont il redéfinit le sens. Axée sur la maîtrise des dépenses hospitalières, la réforme rejoint les préoccupations d'« entrepreneurs en gestion » travaillant au sein du ministère de la santé qui tirent avantage de ce nouvel agenda politique pour imposer leur programme d'action publique, « détournant » ainsi l'alternance.

1. La redéfinition d'un programme réformateur hérité

La nouvelle configuration institutionnelle consolide la position du ministre des affaires sociales qui a désormais autorité sur toute l'administration sanitaire et à qui est confiée la conduite de la réforme qu'il partage avec E. Hervé. Tout en conservant le principe d'une organisation interne des hôpitaux en départements, P. Bérégovoy et E. Hervé reformulent le

⁹ Loi du 28 octobre 1982 relative aux activités du secteur privé dans les établissements d'hospitalisation publique

¹⁰ La réforme cherche à unifier les différents statuts de médecins hospitaliers à temps plein qui se sont multipliés depuis les années 1960. Modifiant les modalités de recrutement et de carrière, le nouveau statut vise notamment à dissocier le grade de la fonction, en permettant à tout praticien d'être chef de service, partant, de département.

¹¹ Le taux de croissance annuelle moyen en volume de la consommation de soins et de biens médicaux est d'environ 5,5% entre 1975 et 1985.

¹² Loi du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale

¹³ CAC 19870251 – 13, Le conseiller technique, Note à M. le Ministre, 21 janvier 1983

programme réformateur en termes gestionnaires. Le principe de « soigner mieux en dépensant moins » structure la vision de la réforme que propose l'exécutif tandis que la démocratisation de l'hôpital comme justification de leur action s'estompe. Ainsi, la loi hospitalière de 1984¹⁴ élargit les pouvoirs du directeur au sein des hôpitaux, lie le niveau des dotations globales « aux hypothèses économiques générales » et propose une nouvelle forme de départementalisation dont les modalités de mise en œuvre sont précisées dans un décret publié en décembre 1984¹⁵. Loin d'une « révolution hospitalière », la départementalisation est replacée par les responsables gouvernementaux dans le prolongement des expérimentations menées depuis les années 1970 (Steudler, 1984). Son objectif est d'associer les médecins à la gestion de l'hôpital et d'adapter les établissements à l'évolution des soins et des techniques. Le chef de département est élu par le personnel médical du département uniquement et son rôle est renforcé au détriment du conseil de département.

Ce travail de redéfinition marque un changement tactique des responsables gouvernementaux dont l'action est guidée par la volonté d'éviter la sanction politique que générerait une réforme aux coûts concentrés – principalement sur les chefs de service dont la position est remise en cause par la départementalisation – et aux bénéficiaires diffus (Weaver, 1986). Confrontés à une importante mobilisation contestataire de la profession médicale en mars 1983¹⁶, P. Bérégovoy et E. Hervé cherchent à élargir la coalition de soutien à la réforme. Leurs calculs tactiques se révèlent toutefois très fragiles. Si les responsables gouvernementaux peuvent se prévaloir de l'appui de l'INMH et plus particulièrement de l'Union syndicale CGC des médecins hospitaliers particulièrement sensibles aux thématiques gestionnaires, ils perdent les soutiens traditionnels du gouvernement qui craignent l'apparition de chefs de département « super mandarins ». Ils se heurtent, de plus, à l'opposition de l'élite hospitalo-universitaire alliée, en janvier 1985, à divers segments de la profession médicale au sein du Comité de Liaison et d'Action des Syndicats Hospitaliers (CLASH). Ce dernier organise le boycott de l'élection des commissions de départementalisation chargées de réorganiser les hôpitaux en département dans chaque établissement, contraignant les responsables gouvernementaux à repousser le calendrier de mise en œuvre alors que la droite parlementaire promet de rétablir une organisation en services dès son retour au pouvoir.

Cette tactique de labellisation gestionnaire de la réforme trouve également une explication dans la composition des cabinets des responsables gouvernementaux. Alors que le cabinet Ralite est dominé par des militants politiques, les hauts fonctionnaires occupent une place prépondérante dans les entourages de P. Bérégovoy, d'E. Hervé et de G. Dufoix. En effet, rares sont les conseillers appartenant aux réseaux socialistes et notamment à Santé et Socialisme, ceux-ci exerçant un rôle mineur au sein des cabinets comme G. Merlhe (conseiller technique au cabinet Hervé jusqu'en 1984), J.-M. Cohen-Solal (chargé de mission auprès d'E. Hervé de 1984 à 1986) ou encore J.-C. Henrard (conseiller technique au cabinet Hervé). Les postes clés des cabinets sont occupés, à l'inverse, par des hauts fonctionnaires appartenant à l'administration des finances comme J.-C. Naouri (directeur de cabinet de P. Bérégovoy, énarque et normalien, haut fonctionnaire à la direction du Trésor), G. Rimareix (directeur de cabinet d'E. Hervé, énarque, administrateur civil au ministère des finances) et C.-H. Filippi (directeur de cabinet de G. Dufoix, économiste énarque, inspecteur des finances).

2. La silencieuse victoire des entrepreneurs en gestion de la direction des hôpitaux

¹⁴ Loi du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier

¹⁵ Décret du 28 décembre 1984 relatif aux départements hospitaliers

¹⁶ Du 22 mars au 29 avril, les internes et chefs de clinique entreprennent une grève des soins aux revendications principalement statutaires qui se greffe à la grève des étudiants en médecine entamée le 15 février et à laquelle s'associent plusieurs syndicats de médecins hospitaliers les 21 et 22 avril.

À la faveur de cette redéfinition programmatique, des entrepreneurs en gestion travaillant à la direction des hôpitaux (DH) du ministère de la santé parviennent à valoriser et à inscrire à l'agenda décisionnel un plan d'action gestionnaire élaboré antérieurement. Depuis sa création en 1970, la DH cherche à introduire dans les hôpitaux des outils de mesure et de contrôle des coûts hospitaliers. Dès 1971, elle met en œuvre un programme de gestion hospitalière ambitieux : des cellules d'analyse de gestion, placées à la DH et dans les centres hospitaliers régionaux, ont pour tâche d'étudier « la formation des coûts hospitaliers » et de définir un « modèle économétrique de l'hôpital »¹⁷. À partir de la fin des années 1970, la DH souhaite affiner cette mesure de l'activité hospitalière en la « médicalisant », *i.e.* en établissant un rapport entre coûts financiers et caractéristiques de l'activité médicale (profil des malades pris en charge, types de thérapeutiques adoptées, etc.). L'objectif est de permettre une « évaluation des résultats » des hôpitaux, c'est-à-dire de leur efficacité, de leur utilité et de leur rendement¹⁸. Des dispositifs de mesure de l'activité hospitalière sont mis en place localement dans le cadre de l'expérimentation de nouveaux modes de financement à partir de 1978. Dans leur rapport d'évaluation des expérimentations remis à J. Ralite en septembre 1982, les agents de la DH jugent qu'une « modernisation de la gestion des hôpitaux [...] plus qu'une réforme de la tarification est de nature à procurer un infléchissement de l'évolution des coûts hospitaliers »¹⁹.

Ce plan d'action gestionnaire est relayé par le nouveau directeur des hôpitaux, J. de Kervasdoué. Nommé en 1981 pour faire contrepoids au ministre de la santé communiste (Pfister, 1985 : 156), ce socialiste se caractérise par son appartenance à 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 de Paris entre 1975 et 1979) et politique (membre de la Commission Recherche du PS). Sur la base des réformes de la départementalisation et de la dotation globale, il met en place une ingénierie gestionnaire fondée sur le principe d'une « direction participative par objectifs » à l'hôpital²⁰. Chaque établissement est composé de « centres de responsabilité » correspondant aux nouveaux départements et dont les responsables définissent, en accord avec le directeur, leurs budgets à partir d'une évaluation de leur activité et à partir desquels est arrêtée la dotation globale de l'établissement. La mesure de l'activité hospitalière des centres de responsabilité repose sur un nouveau dispositif lancé en 1982 : le projet de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Inspiré d'un instrument inventé par R. Fetter, universitaire de Yale que J. de Kervasdoué connaît, le PMSI permet de mesurer la production hospitalière en rapprochant activité médicale et consommation des ressources. Ce dispositif est porté par une mission légère au sein de la DH qui sollicite l'aide de chercheurs en gestion du Centre de Gestion Scientifique de l'École des Mines de Paris et du Centre de Recherche en Gestion de Polytechnique (Serré, 2001). Si cette ingénierie gestionnaire reste encore embryonnaire au début des années 1980 – le PMSI n'entre dans sa phase de généralisation qu'en 1989 –, les entrepreneurs en gestion de la DH sont porteurs d'une conception entrepreneuriale de l'hôpital qui va durablement marquer le mode de régulation hospitalier (Pierru, 1999).

¹⁷ CAC 19760343 – 171, DH, Programme de travail de la cellule d'analyse de gestion hospitalière, 8 décembre 1971

¹⁸ AMS 2010007 – 01, Le Directeur des Hôpitaux, Stratégie globale pour une évaluation de l'activité hospitalière, 8 novembre 1977

¹⁹ AMS 2010007 – 01, Renou C., Gautier D., Rodrigues J.-M., Vuong V. T., Rapport à M. le Ministre de la santé relatif à l'évaluation de l'expérimentation de nouveaux modes de financements et de gestion des établissements hospitaliers, septembre 1982

²⁰ Décret du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier

Quelles traces l'alternance de 1981 a-t-elle laissées dans les hôpitaux ? À la suite des élections législatives de mars 1986, le gouvernement Chirac s'applique à défaire l'alternance de 1981 dans le secteur hospitalier : l'activité privée à l'hôpital²¹ et l'organisation des établissements en services²² sont rétablies. Seule la réforme de financement et de gestion n'est pas remise en cause. La mise en place d'une ingénierie gestionnaire s'avère toutefois être un échec à court terme : la direction participative par objectifs, étroitement liée à la départementalisation, est peu expérimentée et la dotation globale n'est pas calculée en fonction de l'activité mesurée à partir du PMSI. Pour autant, ces outils vont gagner en importance à moyen terme comme le PMSI sur lequel est fondée depuis 2004 la tarification à l'activité, sorte de financement à la performance des hôpitaux.

L'étude de la trajectoire de la réforme hospitalière confirme et précise la conception processuelle et collective de l'alternance exposée en introduction. Celle-ci est anticipée et préparée par les acteurs politiques. Des militants socialistes et communistes développent dans les années 1970 des expertises sur l'hôpital dans la perspective d'une conquête du pouvoir et à partir desquelles le cabinet Ralite élabore la réforme hospitalière. Cette préparation n'est toutefois pas un gage de solidité de la réforme qui est redéfinie dans le jeu des interactions entre acteurs politiques, administratifs et privés. Ainsi, l'alternance est productrice de changements imprévisibles comme l'illustre la silencieuse rupture gestionnaire portée par des entrepreneurs en gestion de la direction des hôpitaux. Cette imprévisibilité du changement peut être expliquée par la relative « incertitude structurelle » caractérisant l'alternance, à savoir l'instabilité de la configuration des relations entre les acteurs engagés dans la réforme (Dobry, 2000). Les premiers projets de réforme hospitalière nourrissent une contre-mobilisation médicale qui en retour a impact sur les acteurs politiques en charge de la réforme (éviction de J. Ralite, centralité du ministre des affaires sociales et des hauts fonctionnaires des Finances) et sur leurs calculs tactiques (labellisation gestionnaire de la réforme). Ce changement stratégique des acteurs politiques les rapproche des entrepreneurs en gestion de la direction des hôpitaux qui tirent profit de la situation nouvelle pour imposer leur programme d'action gestionnaire.

Si ce travail de conceptualisation de l'alternance politique est d'un intérêt scientifique majeur, il convient néanmoins de souligner les limites d'une montée en généralité à partir du cas *extraordinaire* de 1981. Par sa durée, l'alternance de 1981 se distingue des changements antérieurs de majorité politique qui s'apparentent davantage à des « césures » aux courts effets (Faure, 1977 : 15). Par son ampleur, 1981 a constitué, jusqu'aux élections de 2012, le seul cas d'« alternance absolue », *i.e.* à la fois présidentielle et parlementaire (Quermonne, 1988). Par son ambition, enfin, 1981 a été initialement présentée et vécue comme une alternance non pas « limitée » mais « réelle » en ce qu'elle annonçait un changement fondamental de politique et de société (Einstein, 1977). Les importants investissements partisans dans les questions de santé au cours des années 1970 sont étroitement liés à cette dernière dimension de l'alternance de 1981. À ces exceptionnels investissements succèdent toutefois à partir du milieu des années 1980 un désintérêt des partis politiques pour les enjeux sanitaires couplé à un consensus interpartisan fort autour de la maîtrise des dépenses de santé (Buton, Pierru, 2012), révélant en creux la singularité de l'alternance de 1981.

Bibliographie

²¹ Loi du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social

²² Loi du 24 juillet 1987 relative aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire

- Aïach P., Delanoë J.-Y. (1989) « La politique économique du gouvernement socialiste en matière de santé : bilan de cinq années de pouvoir en France, 1981-1986 », *Social Science and Medicine*, 28(6), p. 539-550
- Andolfatto D., Labbé D. (1997) *La CGT. Organisation et audience depuis 1945*, Paris, La Découverte
- Bezes P. (2009) *Réinventer l'Etat. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, Presses Universitaires de France
- Buton F., Pierru F. (2012) « Santé et vie politique. Les dépolitisations de la santé », *Les tribunes de la santé*, 34(1), p. 51-70
- Cayrol R. (1978) « La direction du Parti socialiste : organisation et fonctionnement », *Revue française de science politique*, 28(2), p. 201-219
- De Maillard J. (2006) « La conduite des politiques publiques à l'épreuve des temporalités électorales. Quelques hypothèses exploratoires », *Pôle Sud*, 25(2), p. 39-53
- De Pourville G. (1986) « Hospital Reforms in France under a Socialist Government », *The Milbank Quarterly*, 64(3), p. 392-413
- Dobry M. (2000), « Les voies incertaines de la transitologie. Choix stratégiques, séquences historiques, bifurcations et processus de *path dependence* », *Revue française de science politique*, 50(4-5), p. 585-614
- Elleinstein J. (1977) « Réflexions sur le marxisme, la démocratie et l'alternance », *Pouvoirs*, 1, p. 73-84
- Faure E. (1977) « L'alternance ou la noix creuse », *Pouvoirs*, 1, p. 9-18
- Hassenteufel P., Smith A. (2002) « Essoufflement ou second souffle ? L'analyse des politiques publiques « à la française » », *Revue française de science politique*, 52(1), p. 53-73
- Jobert B. (1994) « Mobilisation politique et système de santé en France », in Jobert B., Steffen M. (eds.) *Les politiques de santé en France et en Allemagne*, Paris, Observatoire européen de la protection sociale/Espace social européen, p. 73-81
- Keeler J. T. S. (1994) *Réformer. Les conditions du changement politique*, Paris, Presses Universitaires de France
- Lefait P. (1995) *Quatre ministres et puis s'en vont...*, Paris, Les éditions de l'atelier/Les éditions ouvrières
- Maillard C. (1986) *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'Etat*, Paris, Dunod
- Parti communiste français (1971) *Programme pour un gouvernement démocratique d'union populaire*, Paris, Editions sociales
- Parti communiste français (1977) *Prendre soin de la santé*, Paris, Editions sociales
- Parti socialiste (1980) *Projet socialiste. Pour la France des années 80*, Paris, Club socialiste du livre
- Pfister T. (1985) *La vie quotidienne à Matignon au temps de l'Union de la gauche*, Paris, Hachette
- Pierru F. (1999) « L' « hôpital-entreprise ». Une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*, 12(46), p. 7-47
- Pinell P. (2009) « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 50(2), p. 315-349
- Quermonne J.-L. (1988) *L'alternance au pouvoir*, Paris, Presses Universitaires de France
- Serré M. (2001) *Le « tournant néo-libéral » de la santé ? Les réformes de la protection maladie dans les années 1990 ou l'acclimatation d'un référentiel de marché*, Thèse de science politique, Université Paris I
- Skowronek S. (1993) *The Politics Presidents Make. Leadership from John Adams to George Bush*, Cambridge, Harvard University Press
- Stuedler F. (1984) « Le département hospitalier », *Journal d'économie médicale*, 2(1), p. 7-32

Surel Y. (1997) *L'Etat et le livre : les politiques publiques du livre en France (1957-1993)*, Paris, L'Harmattan
Weaver R. K. (1986) « The Politics of Blame Avoidance », *Journal of Public Policy*, 6(4), p. 371-398