

*Concurrence par comparaison et transformations quasi-
marchandes:
L'hôpital public aux prises avec la T2A*

*Yardstick Competition and Quasi-Market Transformations :
The Public Hospital and the Prospective Payment System in France*

Pierre-André Juven
Centre de Sociologie de l'Innovation (CSI-Mines Paristech)
60 bd Saint-Michel, Paris, 75006
pierre-andre.juven@mines-paristech.fr

Résumé :

En instaurant, à partir des années 1980, un calcul des coûts puis, au début des années 2000, une tarification hospitalière, les réformateurs français ont explicitement cherché à traduire dans les faits le principe dit de « concurrence par comparaison ». Nous montrons ici comment les régulateurs ont tenté d'incarner dans le calcul des coûts puis dans la tarification cette conception quasi-marchande, prise entre une conception libérale et une conception technocratique de la régulation hospitalière et en quoi ce mécanisme consiste. L'instauration de cette concurrence par comparaison suppose plus précisément une mise en équivalence du secteur public et du secteur privé afin de les rendre précisément « comparables » ce qui ne va pas sans poser certains problèmes quant à leur commensurabilité.

Mots-clés : concurrence par comparaison, Tarification à l'activité, calcul de coût, transformation quasi-marchande, hôpital.

Abstract :

By implementing cost accounting in the 1980 and a prospective payment system in the 2000, french reformers of hospitals have explicitly tried to put into practice the idea of *yardstick competition*. This paper show how the ministry of health has tried to embody this quasi-market transformation within devices such as cost accounting and pricing process and why this yardstick competition articulates a market principle and a technocratic conception of regulation. The implementation of this yardstick competition implies a commensuration process of the public and the private sector which reveals some limits of this model.

Key words : yardstick competition, prospective payment system, cost accounting, quasi-market transformation, hospital.

Rarement un instrument de régulation économique de l'hôpital aura été autant mis en avant que durant la campagne électorale pour l'élection présidentielle de 2012. Le 2 février 2012, le candidat socialiste François Hollande se rend à l'hôpital Debré de Paris. À un médecin l'interpellant en lui disant « nous sommes en équilibre budgétaire. On fait des efforts, tous, mais nous ne sommes jamais gratifiés », François Hollande répond « vous voulez dire qu'il faut revoir la tarification des hôpitaux ? Et bien vous le savez j'y suis favorable »¹. Plus précisément cette révision de la tarification prendra la forme de l'arrêt d'une convergence entre les tarifs de l'hôpital public et ceux des cliniques privées : « je mettrai fin à la convergence public privé, car c'est un facteur d'une concurrence déloyale et inappropriée. L'hôpital doit être considéré comme un service public et non comme une entreprise » poursuit François Hollande. Le problème posé par la « concurrence » entre hôpitaux publics et cliniques privées trouve là une forme d'expression des plus médiatiques. Il s'ancre cependant dans une dispute ancienne et profonde quant à la possibilité de mettre en équivalence hôpitaux publics et cliniques privés. Il interroge surtout le dispositif de financement des établissements de santé voté fin 2003 : la tarification à l'activité, aussi appelée T2A.

Instaurée progressivement à partir de 2004, la tarification à l'activité (T2A) constitue depuis cette date le mode principal de financement des hôpitaux publics et des cliniques privées. Elle consiste en une évaluation par un système d'information d'une « activité »² hospitalière composée de « GHM », c'est-à-dire d'une « nomenclature volontairement restreinte de familles de séjours nommées Groupes Homogènes de Malades »³, et par un mécanisme de tarification pour chacun de ces GHM. Autrement dit, et c'est souvent ainsi qu'est présentée la T2A, il s'agit de rémunérer les hôpitaux non plus sur la base d'un budget reconduit périodiquement mais « sur la base de ce qu'ils font vraiment »⁴.

La T2A a été abondamment traitée et analysée comme un instrument marchandisant l'hôpital public en cela qu'elle instaurerait un mécanisme concurrentiel entre hôpitaux. En fait, et à bien y regarder, l'implication de l'État dans la définition des tarifs et la façon dont celui-ci les fixe nous invite à penser la T2A non pas en tant qu'instrument marchand mais en tant qu'instrument *quasi-marchand*. Nous revenons dans cet article sur cette conception anglo-saxonne des transformations afférant au système de soin en montrant en quoi elle permet de

¹ « Hollande, tant qu'on a la santé ... », *Libération*, 3 février 2012. Le candidat socialiste n'est pas le seul à avoir ciblé la tarification durant sa campagne, le Front de Gauche proposait lui de la supprimer : « Nous abrogerons la loi Bachelot et la loi de 2003 instituant la tarification à l'activité. Nous investirons massivement pour redonner à l'hôpital public les moyens nécessaires à une politique de santé de qualité », cf. : *L'humain d'abord, Programme du Front de gauche*, Librio, 2011, p. 23.

² Cette « activité » n'ayant rien d'évident, elle a du être imaginée, produite afin d'être évaluée. Cf. : Juven P.-A., (2013), « Produire l'information hospitalière : Du codage au gouvernement de l'activité ». *Revue d'Anthropologie des connaissances*, vol. 7, n°3, pp. 815-835. Voir aussi Juven P.-A., (2013), « Codage de la performance ou performance du codage : Mise en chiffre et optimisation de l'information médicale ». *Journal de Gestion et d'Économie Médicale*, vol. 31, n° 2-3, pp. 75-91.

³ Pascal et alii., *Politiques et management public*, 2011.

⁴ Tout récemment encore, la ministre de la Santé, Marisol Touraine, déclarait que « La T2A a permis de prendre en compte la réalité de l'activité des établissements », in <http://www.acteurspublics.com/2013/07/01/marisol-touraine-il-faut-ouvrir-un-nouvel-age-de-la-tarification-hospitaliere>.

saisir dans un même mouvement d'analyse les mécanismes concurrentiels instaurés afin d'inciter les hôpitaux à être plus efficaces et la place prépondérante des pouvoirs publics dans la régulation et l'orchestration de cette concurrence (1).

Cette concurrence par comparaison entre le public et le privé constitue explicitement la volonté des réformateurs des années 1980 et des années 1990. En calculant les coûts du privé et du public, l'objectif est alors de faire exister, par sa mise en lumière, un écart impliquant d'être comblé en ramenant les coûts les plus élevés au niveau de ceux les plus bas. L'étude de coût constitue en cela un moment important de l'histoire hospitalière mais le passage à une tarification (basée en grande partie sur les résultats de cette étude de coût) accélère les choses bien que différenciant, au début, des tarifs publics et des tarifs privés. Cette différence va alors être combattue par les différents gouvernements à partir de 2004 et ceci afin de placer établissements publics et établissements face à des « quasi-prix » identiques et donc en nécessité de diminuer leurs coûts afin d'être compétitif et de pouvoir « gagner de parts de marché » (2).

La T2A constitue un objet d'étude particulièrement riche puisqu'elle permet de voir comment s'incarne cette expérience non pas tant dans les discours (sur l'efficacité du service public, sur la nécessité de l'évaluation, etc.) mais dans des dispositifs concrets de gouvernement des hôpitaux⁵. Cependant, si la tarification œuvre à placer les hôpitaux dans une situation de concurrence par comparaison, par le calcul des coûts, puis par la convergence des tarifs, la question de la pertinence de ce mécanisme quasi-marchand n'est pas sans poser certains problèmes quant à la possibilité même d'une commensurabilité du public et du privé. Cette concurrence par comparaison que doit permettre la T2A et que devait permettre la convergence tarifaire est en effet vivement critiquée, notamment par les représentants des hôpitaux publics qui ont remis en cause la possibilité même de « comparer ». Le mécanisme quasi-marchand se retrouve alors confronté à sa principale limite : le public et le privé peuvent-ils appartenir à un même quasi-marché (3) ?

1- Retour sur la notion de transformation quasi-marchande

La T2A a été abondamment traitée en économie, en sociologie ou encore en philosophie. Elle interroge pour une grande partie de ces travaux la relation du soin à l'argent et plus généralement au référentiel de marché. Comme l'explique Tiago Moreira, « *une question récurrente dans les débats politiques et en matière de politique de santé interroge la mesure dans laquelle les mécanismes et les processus de marché peuvent permettre de répondre aux besoins de santé des populations et des individus* »⁶. En théorie ces mécanismes doivent permettre une mise en concurrence des établissements. Pour certains économistes, « *la tarification à l'activité induit un renforcement des comportements concurrentiels au sein des territoires* ». Pour ces auteurs, reprenant les concepts proposés par Luc Boltanski et Laurent Thévenot, la T2A conduit à ce que « *les dimensions civique, domestique et inspirée de la qualité, fondées sur les cités des économies de la grandeur tendent à être minorées au profit des registres industriels et marchands* »⁷.

⁵ Lascoumes P., Le Galès P., (dir.), (2004), Gouverner par les instruments, Presses de Sciences-Po, Paris.

⁶ Moreira T., (2012) *The transformation of Contemporary Health Care. The Market, the Laboratory and the Forum*, Routledge, New-York, p. 63. Notre traduction.

⁷ Claveranne J-P., Pascal C., Piovesan D., (2011), « T2A, vitesse et marchandisation », in Batifoulier P., Buttard A., Domin J-P., (dir.), *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gadreau*, Éditions Eska, Paris, pp. 247-259.

La promotion des grandeurs industrielles et marchandes⁸ à l'hôpital et dans son gouvernement a été analysée par certains économistes anglo-saxons comme une « *transformation quasi-marchande* ». L'approche en terme de quasi-marché⁹ vise à comprendre les changements du secteur public hospitalier en considérant la place et le rôle des pouvoirs publics, de l'État, dans le gouvernement des hôpitaux malgré une conversion annoncée au référentiel de marché. Au début des années 1990, en Grande-Bretagne, la réforme des hôpitaux s'oriente explicitement vers des principes marchands, dans la lignée d'un courant économique néo-libéral. Les deux objectifs principaux assignés à ces changements visent à contrôler les coûts et à remettre en cause ce que les pouvoirs publics perçoivent comme l'autonomie de la profession médicale¹⁰. La limite de cette analyse est qu'elle nous en dit très peu quant aux modalités effectives de diffusion du « QMT ». Dans son étude sur deux hôpitaux britanniques¹¹, Martin Kitchener établit une différence entre un modèle qu'il nomme « *Directly managed hospital* », où les régulateurs interviennent peu, voire pas du tout, sur les choix stratégiques, d'investissement, de rationalisation, d'organisation et un autre, celui d'un hôpital quasi-marchand, ou « *Trust Archetype Model* ». Il ne développe que peu la matière de ce quasi-marché, mentionnant seulement l'importance des processus de contractualisation et de l'utilisation de « *données de marché* »¹².

D'autres travaux se sont en revanche attachés à avancer sur ces points. C'est le cas de ceux de James Raftery, Ray Robinson, Jo-Ann Mulligan et Sean Forrest, tous chercheurs en santé publique et qui ont identifié un certain nombre de mécanismes quasi-marchands. La contractualisation est pour eux centrale dans ce modèle¹³. Elle repose sur un ensemble de liens entre les « *fournisseurs* » (« *provider* ») de soin et les « *payeurs* » (« *purchaser* »), liens mis en chiffre et engageant les premiers à respecter un ensemble de critères, au premier rang desquels se trouve la maîtrise des coûts¹⁴. La logique quasi-marchande est résumée en anglais par une expression qui incarne les changements des dernières années, « *money should follow patients* », l'argent doit suivre le patient. Moins littéralement, il est dit ici que c'est le soin prodigué qui justifie une rémunération et que cette rémunération doit « *coller* » (ou « *suivre* ») à ce qui est effectué.

⁸ Pour Luc Boltanski et Laurent Thévenot, une grandeur est ce qui est susceptible d'évaluer des êtres en situation par un rapprochement entre les personnes et les choses. Les ressorts des grandeurs ainsi que leur pertinence varie en fonction des « *cités* », c'est-à-dire une forme d' « *architecture* » où les actions singulières sont évaluées à l'aune d'un principe général. Cf. : Boltanski L., Thévenot L., (1991), *De la justification, les économies de la grandeur*, Gallimard, Paris. Le terme « *architecture* » est utilisé par Luc Boltanski dans Boltanski L., (1990), *L'amour et la justice comme compétence, Trois essais de sociologie de l'action*, Paris, Métailié.

⁹ Les anglo-saxons utilisent l'expression *Quasi-Market Transformation* (QMT) pour désigner conceptuellement ce mouvement au cours des années 1990.

¹⁰ Dent M. « The New National Health Service : A Case of Postmodernism ? ». *Organization Studies*, vol. 16, n° 5, pp. 875-899.

¹¹ La France n'est pas étrangère à ces transformations, comme a pu le faire remarquer Frédéric Lebaron. « Plus largement, les secteurs sociaux caractérisés par des formes de désintéressement sont visés par l'application de critères de "performance" issus du monde de l'entreprise. Plutôt que d'introduction du marché, on parle alors très souvent dans le monde anglo-saxon de "quasi-marché", l'idée étant bien de créer des mécanismes analogues aux mécanismes marchands, dans un contexte qui ne l'est pas ». Lebaron F., (2009) « La formation des économistes et l'ordre symbolique marchand », in Steiner P., Vatin F., (dir.), *Traité de sociologie économique*, PUF, Paris, p. 284.

¹² Kitchener M., (1998), « Quasi-Market Transformation : An Institutional Approach to Change in UK Hospitals ». *Public Administration*, vol. 76, n°1, pp. 37-95, p. 85.

¹³ Raftery J., Robinson R., Mulligan J-A., Forrest S., (1996), « Contracting in the NHS Quasi-Market ». *Economics of Health Care Systems*, vol. 5, pp. 353-362.

¹⁴ En tarifant l'activité, il était même attendu des hôpitaux qu'ils réfléchissent à leur production à partir du calcul d'un coût marginal. Ce qui n'a pas été le cas en France.

Cette conception d'un soin responsable de ses dépenses a fait l'objet de multiples travaux, notamment anglo-saxons, donnant lieu à la création de dispositifs comme les QALY's¹⁵. Plus généralement, les économistes de la santé voient dans l'idée de « prix » l'outil capable de sauver les systèmes en faillite des pays occidentaux. D.S. Lees publie par exemple dès 1962, un article intitulé « *The logic of the British National Health Service* »¹⁶, dans le *Journal of Law and Economics* où il écrit que les prix sont indispensables pour assurer aux patients une réponse à leurs « préférences ». De nombreux économistes ont pointé cette limite du marché et de la santé¹⁷. Pour T. Moreira, ce sont aussi ces nuances scientifiques qui ont conduit à des dispositifs entre la « régulation morale » et le marché. Les Qalys seraient le reflet de ces réflexions et leur ambiguïté serait le fruit d'une réflexion favorable à des dispositifs marchands mais nuanciant leur capacité. C'est aussi ce qu'a très bien montré Daniel Benamouzig à propos de l'économie de la santé en France et sa « tentation libérale ». Reprenant l'histoire de l'économie de la santé depuis le début des années 1980, il montre comment les idées néolibérales ont pu trouver un écho chez certains économistes français sans pour autant réussir à s'inscrire durablement dans les logiques d'action publique¹⁸.

La diffusion de « mécanismes de marché » n'est pas à isoler d'un cadre plus large, celui d'une formation à l'échelle internationale d'une vision hybride de ce que doit être un système de soin et celui d'une diffusion forte chez les élites réformatrices d'une croyance économique voyant dans le fonctionnement marchand une partie de la solution à ce qui est décrit comme une « crise du système de santé ». Concernant le premier point, Bruno Palier rappelle que les années 1990 voient un « modèle global pour les réformes » se dessiner, celui-ci reposant sur une hybridation : « privilégier les structures typiques des systèmes nationaux de santé, mais y développer des mécanismes de marché, de façon à développer les incitations à l'efficacité, et privatiser certains soins (jugés non vitaux) à l'extérieur du système »¹⁹. Dans le cas de la France, ceci signifie conserver la répartition de l'offre entre hôpitaux publics et hôpitaux privés tout en inventant des mécanismes rendant possible leur confrontation et une forme de concurrence fictive. Second point, ce que Frédéric Pierru a appelé un « sens commun réformateur »²⁰, et qui définit une conception du monde et de l'action publique partagée par un nombre restreint de hauts fonctionnaires, experts en santé, considérant l'introduction des mécanismes de marché comme seule à même d'endiguer une crise profonde du système de santé. « La concurrence doit inciter les gestionnaires et les "prestataires" (i.e. les médecins libéraux et les hôpitaux) à s'emparer des outils de la nouvelle gestion publique que sont le "projet", la "contractualisation", la "responsabilisation", la "décentralisation", la "démarche qualité", l' "évaluation", les batteries d'indicateurs chiffrés de la

¹⁵ Sjögren E., Helgesson C-F., (2007), « The Q(u)ALYfying hand : health economics and medicine in the shaping of Swedish markets for subsidized pharmaceuticals », in Callon M., Millo Y., Muniesa F., (dir.), *Market Devices*, Blackwell Publishing, Oxford, pp. 215-240.

¹⁶ Lees D.S., (1962), « The logic of the British National Health Service ». *Journal of Law and Economics*, n°5, pp.111-118.

¹⁷ Arrow K., (1963) « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care ». *The American Economic Review*, vol. 53, n°5, pp. 941-973.

¹⁸ Benamouzig D., (2005), *La santé au miroir de l'économie*, PUF, Paris. Pour Frédéric Pierru, cet échec est aussi expliqué par l'action de l'État et par un renforcement à partir du début des années 1990 d'une forme de « bureaucratie » avec l'avènement des SROS. Pierru F., (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Éditions du Croquant, Bellecombe-en-Bauges, p. 246.

¹⁹ Palier B., (2010), *Les réformes des systèmes de santé*, PUF, Paris, p. 75. On consultera aussi son ouvrage paru en 2002, Palier B., (2002), *Gouverner la sécurité sociale*, PUF, Paris.

²⁰ Pierru F., Ibid., 2007, p. 75.

“performance”, etc. afin d’améliorer, sinon de maximiser, leur contribution au “processus de production” des soins ». Les “prestataires” qui refuseraient une telle révision de leurs schèmes de pensées et d’action ainsi que la réorganisation de leur travail seraient alors progressivement évincés du marché, puisque la demande ferait défection au profit de concurrents plus “performants”, entraînant mécaniquement une réduction proportionnelle de leurs budgets »²¹. En France, la concurrence par comparaison va s’imposer comme un élément central de cette hybridation technocratique et marchande. Voyons à présent en quoi cette concurrence par comparaison s’inscrit dans des instruments de gouvernement très concrets.

2- Le calcul des coûts, la tarification et l’instauration d’une concurrence par comparaison en France

Cette transformation quasi-marchande va, en France, s’effectuer par l’appui d’un mécanisme spécifique, la *concurrence par comparaison*. Il faut ici voir en quoi la concurrence par comparaison telle qu’elle est pensée et telle qu’elle est mise en œuvre par les réformateurs et les experts mobilisés, tend à s’inscrire dans ce processus quasi-marchand et non le prendre pour acquis. La première étape fut l’Étude Nationale de Coût réalisée à partir des années 1980 puis véritablement renforcée à partir de 1992. Cette étude vise explicitement à mettre en comparaison les coûts du public et ceux du privé, comme l’explique André Loth, haut fonctionnaire au Ministère de la Santé et responsable, à cette époque, de la mission visant à déployer la comptabilité analytique et à développer le calcul de coût :

« Q. : C’était présent explicitement dès la fin des années 1980 cette référence à la concurrence par comparaison ?

André Loth : Oui bien sûr.

Q. : Avec l’idée que cette comparaison ne concernerait pas seulement les hôpitaux publics mais potentiellement le privé et le public ?

André Loth : C’était surtout ça ! En fait, on a utilisé le privé comme aiguillon du public, évidemment. L’idée était, puisqu’on ne pouvait pas passer par la porte, de passer par la fenêtre. [...] Les cliniques privées voulaient se comparer avec le public pour montrer qu’elles étaient moins chères et nous on voulait qu’il y ait des éléments de comparaison, que ces éléments puissent jouer entre établissements. »²²

L’idée que portent les réformateurs est qu’en dotant les établissements publics et privés d’une même méthode de calcul des coûts²³, il devrait être possible de mettre à jour des différences de

²¹ Pierru F., Ibid., 2007, p. 77.

²² Entretien avec André Loth, 2 octobre 2013, Paris. Durée de l’entretien : 2h. Il a par ailleurs, à l’époque, développé cette conception dans une note intitulée « Planification et concurrence : les orientations de la politique française de régulation des dépenses de santé vues à travers l’exemple de l’hôpital », note transmise par l’auteur. C’est également ce que note Gérard de Pouvourville : « La convergence des tarifs applicables aux secteurs hospitaliers public et privé est inscrite dans les esprits de tous les acteurs du système hospitalier depuis le démarrage en 1982 du programme de médicalisation des systèmes d’information ». Cf. : De Pouvourville G., (2009), « La convergence tarifaire entre hôpitaux publics et privés : mission impossible ? ». *Regards sur l’économie*, n°5, pp. 181-190.

²³ Le privé rentrera dans le mécanisme de l’étude de coût en 2006. Pour une histoire plus développée de la mise en commensuration du public et du privé, voir Juven P.-A., *Une santé qui compte ? Sociologie politique d’un opérateur de qualcul : la tarification à l’activité hospitalière*, Thèse de doctorat, École Nationale Supérieure des Mines de Paris, en cours.

coûts et progressivement, en « *passant par la fenêtre* », puisque cette commensurabilité serait réalisée, puisque les deux objets seraient devenus comparables, il deviendrait possible de pousser les hôpitaux publics à diminuer leurs coûts. Mais si la concurrence par comparaison suppose de pouvoir mettre en « comparaison » les établissements publics et privés, elle suppose aussi un mécanisme de « concurrence » incarné dans des prix ou du moins dans des formes de rémunération semblables à l'idée de prix.

L'hôpital n'a aucune influence sur le niveau du prix, ce qui renvoie également aux conditions d'une concurrence pure et parfaite où l'une des conditions classiquement définies est « *l'atomicité du côté de l'offre et de la demande* », cette atomicité empêchant l'offreur et le demandeur de se placer en situation de « *faiseur de prix* » mais les obligeant à demeurer en situation de « *preneur de prix* ». Si la concurrence est ici fictive ou, pourrait-on dire, *orchestrée*, c'est bien en partie car le prix dans le cas des hôpitaux français ne correspond pas à cette règle. Au contraire, dans le cas de la tarification, c'est l'État qui décide des tarifs²⁴ et qui se constitue ainsi en faiseur de prix, ce qui rend par ailleurs le terme de « *prix* » inadéquat²⁵. Un des premiers auteurs, Andrei Shleifer, à avoir théorisé la concurrence par comparaison l'expose ainsi²⁶ : « *Ce dont le régulateur a besoin, c'est d'un benchmark relativement simple, autre que la performance présente ou passée de l'entreprise, par rapport auquel évaluer le potentiel de celle-ci. Avec un tel benchmark, il peut décider quel doit être le coût de production de cette entreprise et fixer ainsi un prix en conséquence* ». Le premier effet devrait être alors d'inciter les hôpitaux à diminuer leurs coûts de façon à ne pas se retrouver en situation de déficit dans le cas où les tarifs s'avèreraient plus bas que ceux-ci, ce qui crée un effet de comparaison indirect ou fictif, puisque c'est en rapport à un tarif censé incarner le coût moyen des prises en charge que les hôpitaux, et plus précisément les directions des finances, les contrôleurs de gestion, vont inciter leurs services à devenir plus efficaces. Le principal effet concurrentiel est donc à observer dans une compétition pour le moindre coût.

Cependant, la compétition diffère largement d'une forme de laisser-faire²⁷. Au contraire, la compétition est mise en œuvre et orchestrée par les pouvoirs publics²⁸. La tarification, si elle vise à l'instauration d'une forme de compétition, diffère d'un mécanisme purement marchand en raison du rôle central joué par l'État, mais aussi par la façon dont le tarif est confectionné, manié. Nous avons rappelé qu'en théorie, le prix n'est pas exactement la même chose qu'un tarif. Il convient de voir à présent pourquoi et d'illustrer l'action de l'État sur les tarifs. Si les tarifs ne sont pas exactement des prix c'est tout d'abord car l'État peut décider de les moduler

²⁴ Alors que précisément le système est différent aux Etats-Unis où il y a une pluralité d'acheteurs de soins et où l'État n'est pas en situation de monopole.

²⁵ Le terme de « tarif » convient ainsi parfaitement. Nous pourrions également reprendre le terme employé dans l'introduction de « quasi-prix » pour montrer la tension vers la logique du prix et en même temps les limites empiriques empêchant de parler de prix.

²⁶ Shleifer A., (1985), « A theory of yardstick competition ». *The Rand Journal of Economics*, vol. 16, n°3, pp. 319-327 (notre traduction). En France cette théorie a été défendue notamment par Michel Mougeot, dont Daniel Benamouzig rappelle qu'il a été un des premiers à défendre la théorie de l'agence en France, p. 398. Mougeot M., (2000), « La tarification hospitalière : de l'enveloppe globale à la concurrence par comparaison ». *Annales d'Économie et de la Statistique*, n° 58, pp. 195-213.

²⁷ Christopher Hood dans son travail sur le New Public Management explique ainsi que : « *La compétition en tant que technique de contrôle néomanagériale n'est pas nécessairement la même chose qu'un laisser-faire. Au contraire, l'intervention active de l'État est peut-être la seule façon de promouvoir une rivalité effective, dans certaines circonstances, dans la production des services publics* ». Hood C., (1998), *The Art of the State. Culture, Rhetoric, and Public Management*, Oxford Press, Oxford, pp. 57-58.

²⁸ Ce qui fait dire à certains acteurs que le système hospitalier pourrait être défini comme une « économie administrée ».

selon ses priorités. Le fait que le tarif puisse être utilisé pour inciter les acteurs à agir ou à produire un type d'activité particulière illustre parfaitement l'implication d'un régulateur dans le gouvernement économique et politique des hôpitaux. C'est que l'État n'a pas seulement à s'assurer que les finances hospitalières soient tenues, il a aussi en charge la politique de santé d'une population. Or, un mécanisme purement marchand et autorégulé par les prix conduirait inexorablement au délaissement de certaines prises en charge considérées comme peu rentables au détriment d'autres. L'idée de la réforme est alors de considérer que, l'État, pouvant être faiseur de prix, ou plutôt donc, de tarif, est en mesure de dire ce qui est rentable et ce qui ne l'est pas. Plusieurs activités ou types de prise en charge vont faire l'objet d'incitations tarifaires, l'une des plus emblématiques est la chirurgie ambulatoire²⁹.

L'État tient d'autant plus à la maîtrise des tarifs qu'ils ne servent pas uniquement à inciter à certaines activités mais aussi à tenir les budgets de la sécurité sociale. En effet, depuis plusieurs années, le respect des objectifs de dépenses de l'assurance maladie est devenu un dogme partagé tant par les gouvernements de droite que par ceux de gauche. Les tarifs sont en grande partie calculés pour tenir cet objectif, voire, quand il ne semble pas être tenu, ils peuvent être diminués. Une « offre », une « demande », des « coûts », des « tarifs » ont donc été institués par l'État qui gouverne l'économie hospitalière d'une « *main visible* »³⁰.

La concurrence par comparaison est donc incarnée dans la T2A mais une nuance doit être apportée. En effet, dès le début, si les tarifs sont les mêmes pour tous les hôpitaux publics, ils sont en revanche supérieurs à ceux du privé. Il serait alors possible de voir là la prise en compte d'une limite à cette concurrence par comparaison en considérant que l'État et l'assurance maladie doivent compenser un défaut que porterait en lui ce quasi-marché du soin hospitalier. Or, cette différence, est dès le début, combattue par les pouvoirs publics qui décident de procéder à un processus de convergence tarifaire, accéléré sous la présidence de Nicolas Sarkozy avec un mécanisme de « convergence ciblée » sur différents séjours. La T2A devient alors clairement l'outil de mise en compétition des établissements publics et des établissements privés. Pourquoi la convergence marque-t-elle l'aboutissement de ce mécanisme ? Parce qu'en plaçant les établissements face aux mêmes tarifs, ou aux mêmes quasi-prix, l'État leur signifie leur équivalence et les invite à considérer le domaine hospitalier comme un marché avec des prix uniques. Il s'agit alors pour les établissements de « gagner des parts de marché » en abaissant leurs coûts en deçà du tarif de façon à pouvoir être compétitifs. Cependant, nous allons le voir à présent, cette mise en concurrence par la convergence tarifaire ne va pas sans susciter de nombreuses critiques.

3- Mais « peut-on comparer réellement l'activité de l'hospitalisation publique à celle de l'hospitalisation privée » ?

La concurrence par comparaison mise en œuvre par la T2A suppose, pour les régulateurs, de mettre à jour un écart de coût, et de réduire cet écart vers le plus efficient, par un mécanisme de tarif. Le problème que va poser la T2A et la convergence tarifaire se situe précisément sur la

²⁹ D'autres incitations tarifaires sont également à mentionner : les soins palliatifs, les infections nosocomiales, le traitement du cancer, celui d'Alzheimer, etc. Cf. : Cash É., Cash R., Dupilet C., « Étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires », *Document de travail n° 106*, DREES, juillet 2011.

³⁰ L'expression est empruntée à Alfred Chandler. Chandler A., (1993), *The Visible Hand. The Managerial Revolution in American Business*, Harvard University Press, Harvard.

question de l'écart. L'écart ne va effectivement pas de soi. D'abord car il ne fut longtemps pas mesuré et demeurerait simplement supposé. Passer d'un écart supposé à un écart objectif, pour reprendre le mot des acteurs, implique un ensemble de mesure et d'opérations visant à faire exister l'écart de coût entre le privé et le public. Une fois l'existence de l'écart acceptée, encore faut-il que les acteurs s'accordent sur le niveau de celui-ci. Or, c'est précisément là que prend racine la *controverse métrologique* qui oppose les représentants des établissements privés (la Fédération de l'Hospitalisation Privée- la FHP) et les représentants des hôpitaux publique (Fédération de l'Hospitalisation Publique- la FHF)³¹ avec dans le rôle d'arbitre l'État et le Ministère de la santé. Par *controverse métrologique*, nous entendons ici une situation ouverte, marquée d'incertitudes et à l'issue non prédictible, où différents groupes d'acteurs interrogent et contestent les résultats de calculs opérés ou en train d'être opérés par les autres. Dans le cas de la controverse sur la convergence tarifaire, c'est l'écart de coût entre le public et le privé qui est au cœur d'un antagonisme fort. Ce n'est pas seulement le niveau numéraire de cet écart qui suscite la dispute mais son sens même.

Dès le début des années 2000, des hauts fonctionnaires en charge d'une mission de réflexion sur la tarification à l'activité et la convergence de tarifs publics et privés notaient qu'un débat s'installait de façon récurrente dans les travaux de la mission, « *ce débat porte sur la question de savoir s'il est possible de comparer réellement l'activité de l'hospitalisation publique à celle de l'hospitalisation privée* »³². La réponse à cette question va en partie être apportée par la Fédération de l'Hospitalisation Publique (la FHF) qui va proclamer l'impossibilité de comparer le public et le privé³³. L'objectif central de la FHF est de convaincre les pouvoirs publics de maintenir un différentiel tarifaire entre public et privé. La première étape pour la FHF suppose de contester les écarts de coûts tels qu'ils sont présentés par le ministère et par leurs rivaux de l'hospitalisation privée qui avancent le chiffre de 40%. Le public coûte-t-il plus cher de 40% que le privé ? C'est cela qu'il s'agit d'abord de remettre en cause, ce qu'explique le responsable finance de la FHF, en poste depuis 2001, Yves Gaubert : « *Dès lors qu'on avait cet affichage de convergence, il convenait de bien reprendre le contenu des activités. Ça a été ça, notre levier d'action, c'est de reprendre la réalité des activités pour amener les législateurs à faire de la convergence éventuellement mais sur des bases d'activités et de réalités comparables* »³⁴. Cependant, les capacités d'expertise de la FHF sont relativement restreintes, l'objectif est ainsi d'amener les pouvoirs publics et leurs organismes, principalement l'IGAS, à réaliser des études interrogeant à nouveau les écarts de coûts. En 2005, le ministère de la santé commande un rapport à l'Inspection Générale des Affaires Sociales qui confie la rédaction de ce travail à Pierre-Louis Bras, Pierre Aballea et Stéphanie Seydoux³⁵. Les résultats tendent à donner raison à la FHF. L'IGAS recommande de repousser le calendrier de la convergence, elle suggère que des « *écarts de coût sont potentiellement justifiables* » mais elle appelle surtout à poursuivre les réflexions et à mener de nouvelles études.

³¹ Un troisième syndicat intervient parfois sur ces questions, mais finalement assez peu au regard du rôle majeur joué par la FHF et la FHP, il s'agit de la FEHAP, Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, représentant les établissements privés à but non lucratif.

³² Marrot B., Gilardi H., (2002), *Expérimentation d'une tarification à la pathologie des établissements de santé*, Rapport d'étape.

³³ Ceci n'est pas l'objet de notre travail ici mais il faut également se pencher sur la position inverse de l'hospitalisation privée qui considère elle au contraire que les deux secteurs sont entièrement comparables.

³⁴ Entretien avec Yves Gaubert, Paris, 11 octobre 2011.

³⁵ Pierre-Louis Bras a beaucoup travaillé sur la tarification à l'activité. Il a également publié un ouvrage sur les assurances maladie avec le conseiller d'État Didier Tabuteau. Cf. : Bras P-L., *Les assurances maladie*, PUF, Paris, 2010.

À partir de 2009, et alors que le processus de convergence s'apprête à connaître une accélération forte avec la mise en place d'une convergence ciblée, la FHF décide de refaire les calculs. Pour refaire les calculs et proposer un nouvel écart de coût, la direction des finances de la FHF décide non pas de proposer un écart de coût moyen entre le public et le privé mais de sélectionner les GHM où la comparaison s'avère pertinente. Pour décider du critère de pertinence, qui peut à lui seul faire ressurgir la partialité de leur expertise, ils décident de convoquer des règles édictées antérieurement et se réfèrent alors aux chercheurs de l'École des Mines, et tout particulièrement à Jean-Claude Moisdon :

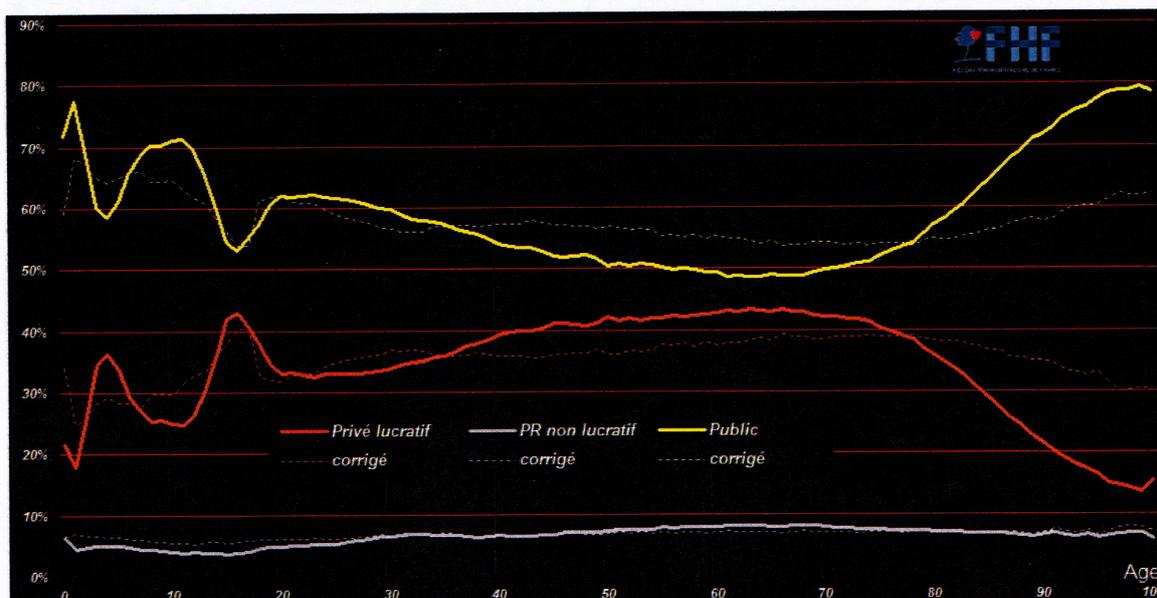
« Nous avons pris un ratio simple qui était retenu par Jean-Claude Moisdon dans l'étude nationale de coût, et on a comparé les GHM qui existent au moins à 1000 exemplaires dans l'ENC de chaque secteur, sur les 2300 GHM on en retrouve ... on n'en a plus que 146 communs et si on fait l'écart facial sur ces 146 on est à 15%. »

En changeant la méthode de calcul des écarts, la différence de coût entre le public et le privé ne serait plus de 40% mais bien de 15%. Mais y compris sur les GHM communs aux deux secteurs, la FHF dénonce une différence de « contenu ». Le calcul s'articule alors avec une appréciation qualitative de ce qui est calculé. Ce que précise également Yves Gaubert :

« On voit que sur la maternité, le contenu de l'hôpital public en général n'est pas du tout le même parce qu'on va retrouver y compris sur un GHM très simple qui est le GHM de référence le GHM accouchement normal par voie basse et bien on va avoir des accouchements normaux par voie basse dans des maternités de niveaux 2 et 3 où les accouchements arrivent "normaux par voie basse" après des prises en charge extrêmement lourdes, avec des risques d'accouchement prématuré etc. et dont les coûts n'ont strictement rien à voir avec l'accouchement classique qu'on fait en routine. »

« Le contenu de l'hôpital public » est mobilisé par les membres de la FHF pour défendre l'idée d'une spécificité de l'hôpital public. À partir des années 2009-2010, la FHF mène différentes études de façon à prouver aux pouvoirs publics, tout d'abord que les écarts ne sont pas aussi grands qu'il est dit, et qu'ensuite, et surtout, que ces écarts se justifient. Articulant une expertise comptable à un registre de grandeur civique³⁶, la FHF se penche notamment sur le type de patients que l'hôpital accueille. Dans un document de synthèse qu'elle publie en août 2011, elle propose en annexe de réfléchir à la place des enfants et des personnes âgées dans le système hospitalier français. En mobilisant les données de l'ATIH, la FHF cherche à identifier quelle population le public et le privé tendent à prendre majoritairement en charge. L'argument est explicite, dans le cas où le privé accueillerait principalement des personnes ni trop jeunes ni trop âgées, il s'éviterait des charges de coûts propres à la prise en charge de populations dont les pathologies sont généralement plus lourdes à traiter, ce qui est tout particulièrement le cas des personnes âgées. Le résultat de l'étude est présenté par une comparaison de courbes, ce qui tend à conforter l'idée que ce qui est en jeu est bien une comparaison mais qu'elle peut se faire selon des critères d'appréciations et de calcul différents (cf. : figure 3).

³⁶ Pour Luc Boltanski et Laurent Thévenot, le registre civique attache une importance toute particulière non pas aux personnes mais à des collectifs promouvant l'intérêt général, la solidarité. Cf. : Boltanski T., Thévenot L., (1991), *De la justification, les économies de la grandeur*, Gallimard, Paris, pp. 231-241.



Refaire les comparaisons : La FHF propose une série d'études où l'écart de coût est non seulement remis en cause mais également justifié en raison d'une spécificité du secteur public. Ici, le surcoût est implicitement induit par le type de patients que l'hôpital public aurait à prendre en charge. À la différence des établissements privés, les hôpitaux publics concentreraient les populations les plus jeunes et les plus âgées, ceci expliquerait dès lors le surcoût généré par le secteur public. Source : Extrait de FHF, « La convergence », 24 août 2011, p.13.

Les membres de la FHF justifient donc la lourdeur de leurs séjours par des études complémentaires. Ils ne coûteraient pas plus cher pour des raisons de bonne gestion, de lourdeurs administratives, de sous-productivité, mais parce que ce surcoût serait consubstantiel au « service public hospitalier ». L'ENC ne permettrait pas d'identifier avec suffisamment de justesse les écarts de coûts entre le public et le privé. Les représentants de la FHF s'emploient alors à mobiliser un certain nombre de cas typiques où le GHM peut recouper des charges en termes de coût extrêmement variables, ce qu'explique par exemple Frédéric Valletoux, le président de la FHF, lors d'une émission radiophonique sur France Inter. À propos des coûts, il répond sur le plateau, en avril 2012, au président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée :

« On ne fait pas la même chose, je donne un exemple, concernant la convergence des tarifs entre public et privé, sur les infections de la bouche. Qu'est-ce qu'on constate dans la réalité des actes pratiqués ? Le privé fait très globalement des extractions de dents et notamment les dents de sagesse, pas seulement, mais des extractions de dents. Le public soigne les cancers de la bouche. On voit bien que derrière ça, ce ne sont pas les mêmes types d'acte même si en apparence on a le même tarif. Et il y a d'autres exemples, sur les problèmes de jambes ou le privé fait les rhumatismes quand les actes lourds sur les fractures sont d'abord faits par le privé. (...) »³⁷

En remettant en cause la comparaison opérée par l'étude de coût et donc l'idée que les tarifs devraient converger car le coût du public serait injustement supérieur, la FHF défend donc l'idée que *concurrence par comparaison n'est pas nécessairement raison*. Il convient ici de préciser que la convergence tarifaire a été au cœur de la campagne présidentielle de 2012 pour ce qui est du domaine de la santé et qu'elle a été interrompue dès la loi de finance de la sécurité sociale de

³⁷ Intervention de Frédéric Valletoux sur France Inter, *Le téléphone sonne*, Mardi 3 avril 2012.

2013. Une autre question pourrait alors se poser : est-ce que l'arrêt de la convergence tarifaire signifie l'arrêt de la concurrence par comparaison ? Ce serait là un sujet de réflexion à développer à la lumière de la politique conduite par l'actuel gouvernement.

Conclusion : l'hôpital public et ses « parts de marché »

Si la comparaison s'avère friable, alors la concurrence par comparaison devient-elle aussi sujette à caution. C'est tout l'enjeu du travail critique opéré par la FHF mais plus généralement par l'ensemble des défenseurs de l'hôpital public, condamnant non pas tant la T2A dans son ensemble que son application à des fins « quasi-marchandes ». Le souhait des réformateurs des années 1980, 1990 et 2000 se heurte donc à une résistance à la fois politique et technique mettant en cause, par de nouveaux calculs, les fondements d'une conception quasi-marchande du système hospitalier et de son incarnation concurrentielle.

Nous avons ouvert cet article avec la campagne présidentielle de 2012, peut-être pouvons y revenir pour entendre la réponse qu'une ancienne ministre de la santé avait adressée à François Hollande suite à ses déclarations sur la T2A. Alors que celui-ci dénonçait un hôpital public maltraité, Roselyne Bachelot a défendu les réformes menées jusque là en affirmant que « *au contraire, nous avons conforté l'hôpital public et nous notons que l'hôpital public gagne de façon continue des parts de marché sur l'hospitalisation privée* »³⁸. Une fois encore et dans la même phrase, il est possible d'observer l'articulation d'un « *renforcement de l'hôpital public* » et d'un fonctionnement en termes de « *parts de marché* ». La volonté de marchandiser des secteurs publics ne doit donc pas nécessairement être perçue comme antinomique à une implication forte des pouvoirs publics même si en pratique cette articulation d'une prise en compte des différences entre secteurs publics et privé et leur mise en concurrence se heurte à certaines limites.

³⁸ Dépêche AFP publiée le 3 février 2012. En ligne sur le site du Point : http://www.lepoint.fr/politique/hopital-public-maltraite-bachelot-qualifie-de-slogan-absurde-la-critique-de-hollande-03-02-2012-1427051_20.php