

L'expertise psychiatrique au service de la gouvernance ?

Olivier Dembinski

Résumés

[Français](#) [English](#) [Español](#)

Cet article analyse le processus d'institutionnalisation d'une expertise gestionnaire en psychiatrie dans le cadre du nouveau management public. Portée par des acteurs intéressés à la faire fonctionner, cette expertise est le produit d'une hybridation entre connaissances gestionnaire et médicale. Elle participe aujourd'hui à la construction d'un appareil idéologique d'État dont l'objectif est d'obtenir la rationalisation de l'activité en psychiatrie.

Plan

[Le cadre de la mise en chiffres en santé mentale](#)

[Les qualités des réformes comme principale source de leur efficacité](#)

[La mise en œuvre des dispositifs de gestion en psychiatrie](#)

[Les effets de la mise en chiffres de l'activité en psychiatrie](#)

[Conclusion](#)

[Haut de page](#)

1La France est le seul pays à avoir mis en place un outil de description de l'activité soignante en psychiatrie à des fins de contrôle budgétaire : la Valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP). Bien que ce processus ne soit pas totalement abouti, ses effets nous semblent irréversibles car les choix techniques qui ont présidé à l'élaboration de cet outil sont aujourd'hui partiellement figés. Seules ses incidences éventuelles sont mises en débat public mais celles-ci ne remettent pas en cause sa légitimité.

2À partir d'un travail d'enquête au sein de différents établissements d'une métropole française, nous proposons ici une relecture du processus de construction de la VAP dans le cadre des réformes du système de santé français (Autes *et al.*, 2010). Inspirés par le *New public management*, les dispositifs de gestion en psychiatrie mobilisent des connaissances de type gestionnaire inspirées par les théories néo-classiques, les outils développés dans les entreprises et les réformes engagées dans les pays anglo-saxons. Ces dispositifs passent par une mise en chiffres de l'activité en psychiatrie, l'émergence d'une expertise gestionnaire, son institutionnalisation et sa mise en œuvre par des agences spécialisées qui portent ces outils comme des étendards d'une nouvelle régulation en santé.

3Dans une dernière partie, nous aborderons les incidences de ces outils pour les professionnels de la psychiatrie. Dans leur mise en œuvre, ils impliquent logiquement des formes variées d'appropriation et de résistance, démontrant par là l'efficacité de ces outils qui obligent les perdants comme les gagnants à ajuster leurs comportements dans un cadre prédéfini par le dispositif lui-même.

Le cadre de la mise en chiffres en santé mentale

4Efficacité, évaluation, efficience, certification sont des mots *totems* de la modernisation de l'État et du Nouveau management public. Celui-ci passe par des réformes et une mise en chiffres de l'activité des professionnels de santé et des établissements de santé afin de mettre en rapport des dépenses et des actes. Cette approche de la santé est le produit d'une réflexion politique et technique entre trois groupes d'acteurs : les défenseurs du secteur public (soucieux de montrer son efficacité), ceux qui proposent de mettre sous contrôle les dépenses publiques (pour réduire les déficits publics) et des scientifiques comme les économistes de la santé, les épidémiologistes, les ingénieurs en informatique et les gestionnaires (qui souhaitent investir ce champ académique en friche)

- 1 Contrairement à la santé, l'éducation est encore très largement perçue comme un investissement et p (...)

5Aujourd'hui, la réduction des coûts de l'activité médicale (ou de la part qui fait l'objet d'un remboursement par les régimes d'assurance) ne fait plus l'objet de discussion. Elle est posée avant toute négociation, ce qui demeure une spécificité des politiques publiques de santé¹. En France, cet impératif est à l'origine de la notion de « maîtrise médicalisée des dépenses de santé » consacrée comme doctrine par la loi en 1980. Ce choix marque un tournant irréversible dans la politique de santé en France. Il correspond à l'émergence et à l'institutionnalisation d'une nouvelle expertise gestionnaire dans le champ de la santé. Ce processus législatif, administratif et technique a été conduit avec constance et persévérance pendant trois décennies. Il a été abondamment étudié et nous ne ferons ici qu'en rappeler les principaux éléments (Ogien, 1998).

6Tout d'abord, cette expertise s'appuie sur le « logos gestionnaire » (Boussard, 2008) pour lequel l'information doit être produite par un appareil de recueil et de traitement de données codées utilisables par le dirigeant pour « piloter » les politiques de santé en prenant des décisions efficaces parce que rationnelles. Sa légitimité repose essentiellement sur sa prétention à incarner la recherche d'une performance.

7Dans le cas de la santé, la performance est définie en termes d'économie (s'assurer qu'il n'y a pas plus d'argent dépensé que prévu), d'efficacité (rapport *input/output*) et plus rarement d'efficiency (atteinte des objectifs dans la réalisation des besoins sociaux). À ce titre, la connaissance produite doit répondre à certaines exigences (robustesse, comparabilité, fiabilité, etc.) qui en retour définissent son architecture. Le système d'information en santé se présente donc comme unifié (il rassemble des données médicales et administratives pour chaque patient), obligatoire (les informations sont recueillies pour chaque prestation de soins), exhaustif (il repose sur le codage des actes, des prestations et des pathologies) et global (le niveau national est destinataire des statistiques traitées au niveau régional).

8Pour ses concepteurs, ce système est une « technologie invisible » (Berry, 1983). Il doit produire des savoirs et des connaissances concrètes qui, une fois diffusés, vont orienter ses utilisateurs vers certaines conclusions. Par l'apprentissage, il doit conduire à une « autonomisation du jugement » (Moisdon, 2000). Ce caractère réactif des outils de contrôle budgétaire est explicitement pris en compte par les agences de santé dans la mesure où l'évaluation de la performance part du principe selon lequel les personnes réagissent au chiffrage de leur activité pour améliorer leur performance (Argyris, 1952).

9Aujourd'hui, ces outils et les systèmes informationnels qui les accompagnent permettent de produire en routine une description de l'activité soignante guidée par l'idée sous-jacente d'un *one best way* avec un diagnostic fiable, standardisé et des actes qui y répondent. Une partie de ces données est mobilisée à travers les classements des établissements diffusés chaque année dans la

presse et surtout dans les rapports produits par les experts du ministère de la Santé et des agences sanitaires. Elles montrent des variations de productivité, de parts de marché, de choix de pathologies, de types de prise en charge, de coûts par pathologie, etc. Elles donnent à voir des différences entre régions, territoires, établissements et services, reprises dans de nombreux rapports qui stigmatisent régulièrement les dysfonctionnements locaux ou nationaux de la politique de santé. Enfin, elles permettent d'élaborer des comparaisons internationales à partir des comptes nationaux de la santé, coordonnés par l'OCDE et plus récemment au niveau des programmes européens.

- 2 Les rapports établis par la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité ([...](#))

10 Ces travaux renforcent les échanges, encouragent l'intérêt des chercheurs et des experts, voire des décideurs eux-mêmes pour les données économiques en santé dans une perspective comparative. Ces chiffres fonctionnent alors comme des abrégés qui portent des jugements et justifient des choix sans avoir à se plonger dans la complexité du territoire, de l'établissement, du travail soignant. Ils montrent des priorités de santé publique lorsqu'ils travaillent les coûts par pathologie et leur ventilation selon les sources de financements². Ils sont devenus les étendards d'une régulation scientifique de la santé. Par extension, leurs variations deviennent synonymes de son efficacité, c'est-à-dire de sa capacité à contrôler et à orienter la pratique des prestataires de soins.

Les qualités des réformes comme principale source de leur efficacité

- 3 Le « livre blanc » de l'association des petites villes de France, ou celui de l'association nationale ([...](#))

11 Cette institutionnalisation d'une expertise gestionnaire en santé est irréversible dans la mesure où la légitimité du raisonnement gestionnaire et sa prétention à incarner l'efficacité économique n'est pas mise en débat public. Seules les incidences de cette régulation sont critiquées quand elles se traduisent par la fermeture d'un établissement, son déclassement ou des dysfonctionnements importants³. Cet état de fait renvoie principalement aux trois qualités de ces réformes.

12 Alors que les précédentes réformes étaient plutôt produites à partir des préconisations faites par des médecins au service de l'État (issus de la médecine sociale, de la médecine interne, de la santé publique), les nouvelles sont produites à partir de plusieurs sources d'inspiration qui fonctionnent comme des modes de légitimation. Cette inspiration provient en premier lieu d'autres systèmes de santé comme les *National Health Services* (NHS) anglais pour le fonctionnement des Agences régionales de santé (ARS) et les *Diagnosis related group* (DRGS qui font office de prix du marché aux États-Unis) pour le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la tarification à l'activité. Pour la part managériale (outils de certification, démarches qualité, *lean management*, zéro délai, etc.) et comptable (mise en place d'une comptabilité analytique) de ces réformes, le modèle de référence est celui de l'entreprise. Enfin, ces réformes sont fortement marquées par les modèles économiques proches des théories néo-classiques. Au cours des années 1980 et 1990, prennent place une internationalisation de la science économique sur le modèle anglo-saxon et une harmonisation normative et cognitive des politiques de santé. Dans le champ de la santé, les logiques économiques et politiques vont se croiser et se renforcer autour des théories néo-classiques partout en Europe. En France, l'influence de la théorie de l'agence est de ce fait directement lisible dans la mise en place d'un contrat entre médecin et administration, un contrat qui repose en amont sur la médicalisation de la gestion et en aval sur la mise en place de pôles.

13 Pourtant, il y a là un paradoxe car ces sources d'inspiration font aujourd'hui l'objet de nombreuses critiques argumentées. C'est le cas pour les systèmes de santé anglais et américain dont

la contre-productivité a constraint les gouvernements de ces pays à engager des réformes structurelles ou à augmenter les budgets de la santé (Zeynep, 2009). C'est aussi le cas pour les outils de management qui semblent avoir fait ces dernières années un effarant bond en arrière comme le montre l'épidémie des accidents du travail. Enfin, l'actualité récente démontre que de nombreuses grandes entreprises de service disposant d'outils comptables sophistiqués et de professionnels compétents sont mal gérées. En d'autres termes, ces sources d'inspiration semblent aujourd'hui moins crédibles au moment même où elles innervent les discours et les programmes de formation des cadres de la santé, des médecins chefs de pôles, des directeurs d'établissement.

14Or, là aussi, les réformes engagées depuis les années 1980 en France se distinguent des précédentes. Elles sont désormais portées et mises en acte par des agences spécialisées dont les principales sont l'Agence nationale d'appui à la performance dans les établissements (ANAP), l'Agence technique d'information hospitalière (ATIH), l'Agence régionale de santé (ARS) et la Haute Autorité de santé (HAS). Ces agences fonctionnent comme des supports institutionnels qui produisent et diffusent une « science managériale » auprès des directions et des professionnels de santé. Elles recourent pour cela à la qualité et au *benchmarking* dont l'enjeu véritable est moins d'instaurer une comparaison que les intéressés pratiquent déjà eux-mêmes, que d'opérer celle-ci sur de nouveaux critères plus productivistes. Progressivement, elles parviennent à convertir des problèmes de moyens en problèmes d'organisation. Elles ciblent donc l'organisation mais pas les résultats réels des soins. Cette disjonction entre indicateurs de santé publique et de gestion est d'ailleurs revendiquée par la Haute Autorité de santé (HAS) au motif que les objectifs poursuivis doivent rester distincts. À travers la mise sous contrôle des résultats des établissements et les programmes de certification, de qualité et de performance qu'elles imposent, ces agences mesurent aujourd'hui l'impact de cette nouvelle gouvernance.

15À l'origine, les commissions d'experts, les directions et les conseils d'administration de ces agences ont été investis par une nouvelle génération de médecins qui voient dans la santé publique une opportunité de carrière mais aussi une alternative politique et sanitaire au modèle curatif de la médecine, à ses « errements éthiques », au gaspillage des ressources. Avec beaucoup de constance et de persévérance, ils vont développer des réseaux et mettre en place ces agences qu'ils vont progressivement outiller. Aujourd'hui, elles sont devenues des bastions de ce segment professionnel qui ouvre son expertise à de nouveaux domaines (l'éthique, le droit, l'économie de la santé, l'évaluation médicale, l'organisation des soins, l'alimentation, l'environnement, le travail, la formation des cadres, etc.). Une ouverture « permise » par les statisticiens, ingénieurs, économistes, consultants en organisations qui apportent les bases théoriques et les méthodes indispensables à l'élaboration de cette expertise dont l'enjeu est à la fois politique, idéologique et stratégique. Depuis, le recrutement dans ces agences s'est resserré autour de compétences techniques spécialisées en informatique et en management.

16Enfin, il y a aujourd'hui une réelle cohérence dans ces réformes entre le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), la loi « Hôpital, patient, santé, territoire » (HPST), la Tarification à l'activité (T2A), l'État des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé (EPRD), les agences, les transformations des programmes de formations des cadres de santé, etc. Une cohérence et une complémentarité à laquelle ces nouveaux experts ne sont pas étrangers dans la mesure où ils ont travaillé à sa mise en œuvre de façon coordonnée.

La mise en œuvre des dispositifs de gestion en psychiatrie

17Dans un premier temps, la mise à l'écart de la psychiatrie a été justifiée par sa spécificité. Depuis, s'il n'est toujours pas possible de mesurer la folie, certains éléments liés à sa prise en charge sont quantifiés. Dès lors, la part de la psychiatrie dans les dépenses de santé a fait son apparition dans les

débats publics. Dans la mesure où elle occupe 10 à 11 % des dépenses de santé, elle est devenue un champ à investir et à travailler au même titre que les autres spécialités médicales.

18 Si la psychiatrie a longtemps été épargnée par ces dispositifs de gestion, c'est principalement pour trois raisons : l'absence de théorie des pratiques, les enjeux du mandat social de la psychiatrie et la réaction des psychiatres à leur mise en œuvre.

19 Contrairement à d'autres disciplines, la psychiatrie ne parvient pas à construire une « théorie des pratiques » à partir de ses acquis thérapeutiques. Il n'existe pas en psychiatrie une théorie des pratiques sur laquelle le praticien pourrait s'appuyer pour choisir avec son patient le meilleur soin pour lui. Tout au plus les manuels mettent-ils en avant un ensemble de conduites à tenir et de règles de bon usage des médicaments. Il n'y a donc pas de modèle de référence comme en médecine somatique ou de guide des bonnes pratiques sur lesquels les experts pourraient se fonder pour mettre en chiffres l'activité en psychiatrie et évaluer l'efficacité des prises en charge. Cette incapacité a conduit tous les pays à renoncer au chiffrage de l'activité en psychiatrie à des fins de contrôle budgétaire. De ce fait, les experts français ont été contraints de faire appel aux psychiatres pour les aider à élaborer un recueil d'informations permettant de décrire de façon statistique l'activité en psychiatrie, que ce soit à l'hôpital ou en ambulatoire. Un recueil d'informations qui ne peut prendre en compte la santé mentale et ses déterminants faute d'indicateurs en psychiatrie mais tente d'approcher les coûts par activité.

20 Les enjeux du mandat social de la psychiatrie sont complexes du fait des interconnexions qu'elle conserve avec le reste du champ social, médical, politique et judiciaire. Cette mise en chiffres par les psychiatres a en grande partie échoué car l'expertise des psychiatres est en quelque sorte « trop faible » dans la mesure où elle ne peut s'en tenir à des faits (diagnostic, protocole, consommation, traitement, résultat, etc.). Par ailleurs, cette expertise peut être contestée par d'autres experts des champs médical, social, judiciaire, politique comme l'a montré l'actualité récente en France.

- 4 La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) pense que l'ouverture des n [\(...\)](#)

21 Enfin, les psychiatres ont réagi vivement aux premières mises en chiffres, à la traçabilité des parcours, des prescriptions, des diagnostics, etc. Intégrés dans des groupes de travail du PMSI-Psy, ils ont diffusé leurs travaux, ce qui a contribué à mettre en débat public la rationalité scientifique des outils et les classifications utilisées pour définir des diagnostics et des pathologies. L'utilisation d'une classification comme le *Diagnostic and statistical manual* (DSM) dont l'élaboration est fortement influencée par l'industrie pharmaceutique a ravivé les débats internes à la profession entre les tenants d'une neuropsychiatrie et ceux pour lesquels la santé mentale ne peut se réduire à des symptômes objectifs. Cependant, les psychiatres vont s'approprier ces outils, travailler les données et faire des propositions. Une appropriation qui va bloquer le processus de mise en chiffres au point qu'une grande partie des psychiatres a cru que la fin des débats marquerait la fin de l'outil PMSI-Psy. Au final, les experts de la mission PMSI et des agences vont imposer leur mode de chiffrage avec la Valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP) en 2006. Aujourd'hui, le poids respectif des compartiments d'activité reste à déterminer et c'est d'ailleurs autour de la négociation du volet financier que les réactions des professionnels se sont cristallisées en 2004 avec un appel à la grève des chiffres qui sera levé en 2006. Dans ces négociations, tous les acteurs (privé, public, hospitalier, UNAFAM) ne défendent pas les mêmes positions mais le lien entre l'activité et le financement n'est plus remis en cause. Dès lors, le principe du budget global comme mode de financement et comme outil de régulation dans le cadre du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) va progressivement s'effacer pour laisser la place à une tarification à l'activité et à la convergence tarifaire (entre les secteurs privés et publics). Actuellement, ce travail de mise en chiffres de l'activité en psychiatrie incombe aux seuls spécialistes de l'ATIH et l'ouverture des négociations autour de sa mise en tarif est, elle aussi, en train de se resserrer⁴.

22 En l'espace d'une vingtaine d'année, ces outils se sont diffusés en psychiatrie. Ils ont séduit certains psychiatres et cadres administratifs qui les instrumentent pour asseoir leur pouvoir

localement et/ou défendre leur approche d'une psychiatrie communautaire ou neuropsychiatrique plus efficace au sens économique. Par ailleurs, dans leur mise en œuvre, ces outils provoquent des frottements entre données épidémiologiques, cliniques, comptables, gestionnaires, économiques qui favorisent l'émergence de « courtiers » en informations (directeur de l'information médicale, médecins, cadres de soins) qui travaillent les thématiques proposées par l'agence, testent des modalités de recueil, font des traitements statistiques, élaborent des indicateurs localement. Progressivement, une sorte d'hybridation entre description gestionnaire et médicale de l'activité en psychiatrie se met en place. Elle est désormais visible dans les programmes de recherche en neuropsychiatrie ou en santé mentale, mais aussi dans les recommandations de bonnes pratiques, le management de la qualité et la certification des secteurs psychiatriques qui mobilisent les chiffres issus du PMSI-Psy. Au final, selon les établissements et les professionnels, il y a des formes variées d'acceptation de ces outils (hautes, basses) même si pour le moment, ils ne provoquent que des confrontations douces entre pôles, médecins et directions car les incidences financières de cette mise en chiffres de l'activité en psychiatrie sont douces. Pour autant, elle produit des effets irréversibles.

Les effets de la mise en chiffres de l'activité en psychiatrie

23Cette mise en chiffres a des effets quantifiables qui renforcent l'optimisme de ses promoteurs. Le nombre de lits et les dépenses d'investissement baissent en psychiatrie. Les dépenses de fonctionnement montent et les modalités de prise en charge s'adaptent en fonction des tarifs. Des comportements opportunistes sont observables dans d'autres spécialités médicales où les professionnels adaptent leur pratique en fonction des tarifs de remboursement. Certains services multiplient les protocoles de recherche car ils permettent de faire des économies de pharmacie. Progressivement, on observe un transfert de l'activité des hôpitaux vers le secteur privé qui peut désormais participer aux missions de service public. Surtout, les établissements sont désormais sous la surveillance financière des Agences régionales de santé et du ministère de la Santé grâce à une lecture directe de leur activité telle qu'elle apparaît dans le PMSI et à travers la comptabilité analytique de l'établissement.

24La mise en place de cette nouvelle régulation provoque logiquement une recomposition de la division du travail hospitalier avec l'émergence d'une technostucture qui renforce l'autorité fonctionnelle des directeurs. Ainsi entre le plan « Hôpital 2007 » et la loi « HPST » de 2009, les objectifs politiques sont les mêmes mais il y a une rupture théorique importante opérée par le législateur avec la mise en place des pôles qui se traduit par le passage d'un principe de réseau de confiance entre médecins et direction à un mécanisme qui repose sur des instruments incitatifs (la rémunération variable pour les médecins en fonction de leurs performances). Or, ces pôles ne sont pas véritablement des agences de moyens car la comparaison se fait sur des éléments secondaires par rapport à l'objectif. Il y a donc une sorte de myopie gestionnaire qui met l'accent sur des indicateurs secondaires comme ceux de la certification, le coût des consommables et des formations qui contribue à pacifier les enjeux de pouvoir entre les pôles.

25Cette technostucture impose aujourd'hui ses exigences et ses rythmes (de réunion, de retour d'information, de facturation, de projets d'amélioration de la qualité, etc.) Dans tous les établissements, on observe une explosion des tâches administratives, des fonctions de contrôle (ressources humaines et financières), du travail de communication à partir de données chiffrées et des coûts de mise en œuvre de ces dispositifs (Leclercq, 2005). De leur côté, les médecins-managers (chef de pôle) et les cadres de soins sont aujourd'hui en porte-à-faux vis-à-vis de ces transformations. Une partie de leur travail est composée d'activités de rattrapage de situations à problèmes liées à la mise en place de ce « managérialisme hospitalier » dont ils sont les principaux animateurs.

26Au niveau des pratiques de soins, on observe une pénétration progressive des catégories de diagnostic (DSM) utilisées dans le PMSI-Psy pour décrire l'activité en psychiatrie. Dans la mesure où les soignants doivent coder leur activité quotidiennement, ils utilisent ces catégories de diagnostic qui finissent par trouver une place pour résumer une trajectoire, un diagnostic. Des diagnostics portés dès les premières rencontres en psychiatrie, ce qui risque de conduire à une réduction de catégories, à une nosographie classique.

27Enfin, comme à l'hôpital général, il y a une montée de l'épuisement professionnel lié au contrôle, à la perte d'autonomie, de sens et de repères éthiques pour une partie des personnels soignants. Après avoir provoqué des luttes dans certains établissements, on observe aujourd'hui une montée de l'indice de résignation et une attitude de retrait vis-à-vis des réformes. Dorénavant, les mouvements sociaux en psychiatrie ne cherchent plus à modifier un réel que les équipes soignantes percevaient comme incompatible avec leur projet soignant. Ils portent essentiellement sur la rénovation de l'ancien, le maintien des lits d'hospitalisation et des personnels dans des établissements psychiatriques aux modalités de fonctionnement datées. De son côté, la psychiatrie communautaire avance à petits pas et de façon dispersée dans les territoires de santé. Depuis les années 1980, elle peine à développer une prise en charge en lien avec les services sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires. Une psychiatrie communautaire qui, pour cela, doit inventer des modalités de prises en charge originales mal prises en compte par le PMSI-psy (Demain & Dembinski, 2011).

Conclusion

28En vingt ans, la « science gestionnaire » est parvenue à confisquer le débat en santé alors qu'elle est mise en échec dans de nombreuses sphères où elle était historiquement présente. Aujourd'hui, elle produit une connaissance qui sert au contrôle des pratiques, des risques, des dépenses mais pas à la santé publique. Cette expertise s'appuie sur une technostucture, des agences, des universitaires et d'autres professionnels qui produisent et vivent de la gestion, ce qui contribue aussi à rendre ce processus irréversible. En psychiatrie comme ailleurs cette expertise participe à la construction d'un appareil idéologique d'État, puissant, opaque, indiscutable. Aujourd'hui, elle produit une description de l'activité en psychiatrie et à ce titre comporte une capacité de dévoilement importante. En creux, ses données laissent entrevoir les pratiques de soins dans les territoires de santé sans pour autant questionner leur efficacité en termes de santé publique.

[Haut de page](#)

Bibliographie

AUTES Michel, Lise DEMAILLY, Olivier DEMBINSKI, Claire BÉLART & Philippe LARDÉ (2010), *Les Outils de régulation de l'action publique en santé mentale en France. Outils gestionnaires et outils statistiques*, WP13, Commission européenne, Orientation 3: National Instruments, Know and Pol, septembre. URL : <http://knowandpol.eu/IMG/pdf/o32.francehealth.fr.pdf>

ARGYRIS Chris (1952), *The Impact of budgets on people*, Ithaca, New York, The controllership Foundation.

BERRY Michel (1983), *Une technologie invisible, l'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, Paris, Centre de recherche en gestion de l'École polytechnique.

BOUSSARD Valérie (2008), *Sociologie de la gestion. Les faiseurs de performance*, Paris, Belin.

DEMAILLY Lise & Olivier DEMBINSKI (2011), « Réinventer le secteur sur ses marges ? Rendre le secteur disponible et mobile ? », *Sociologie de la santé*, n° 34.

LECLERCQ E., J.-L. SCHEYDEKER & J.-C. CAUVIN, (2005), *Combien coûtent les codeurs du PMSI en MCO ?*, Département d'Information Médicale, CHU de BREST.

MOISDON Jean-Claude (2000), « Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français », *Sociologie du travail*, vol. 42.

OGIEN Albert (1998), *Les Conditions de la mesure de l'efficacité en matière de santé*, Paris, Commissariat Général du Plan, MIRE.

OI Zeynep & Thomas RENAUD (2009), *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères*, Document de travail n° 23, IRDES.

[Haut de page](#)

Annexe

Sigles

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS : Agence régionale de santé

ATIH : Agence technique d'information hospitalière

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DRGS : Diagnosis related group

DSM : Diagnostic and statistical manual

EPRD : État des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé

HAS : Haute Autorité de santé

Loi HPST : Loi « Hôpital, patient, santé, territoire »

NHS : *National Health Services*

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

T2A : Tarification à l'activité

UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de malades psychiques

VAP : Valorisation de l'activité en psychiatrie

[Haut de page](#)

Notes

1 Contrairement à la santé, l'éducation est encore très largement perçue comme un investissement et pas seulement comme un coût.

2 Les rapports établis par la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sont, de ce point de vue, exemplaires.

3 Le « livre blanc » de l'association des petites villes de France, ou celui de l'association nationale des villes pour le développement de la santé, sont exemplaires.

4 La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) pense que l'ouverture des négociations sur les tarifs et au processus de révision de ces tarifs aux professionnels, est un handicap pour la mise en place d'une régulation par les coûts.

[Haut de page](#)

Pour citer cet article

Référence électronique

Olivier Dembinski, « L'expertise psychiatrique au service de la gouvernance ? », *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 2 | 2013, mis en ligne le 30 mars 2013, consulté le 16 décembre 2013. URL : <http://nrt.revues.org/886>

[Haut de page](#)

Auteur

Olivier Dembinski

IRTES-RECITS (EA n°7274), Université de Technologie de Belfort-Montbéliard