

Gouverner par les prix

Réflexions sociologiques sur la tarification publique des services

Par Jingyue Xing-Bongioanni

Partant d'une comparaison entre plusieurs secteurs publics clés – soins hospitaliers, Ehpad, médicaments, service public de l'emploi et gestion des ordures ménagères –, cet article met en lumière les différentes logiques et pratiques qui prévalent à la fixation des prix publics. Il permet de mettre en relief les divergences historiques et actuelles de ces modèles de tarification et décrit parallèlement des tendances de fond visant à uniformiser le rôle des prix dans l'action publique.

Si la formation des prix du marché est un sujet majeur de la sociologie économique, la fixation des prix par les pouvoirs publics, autrement dit, la tarification publique reste relativement peu étudiée. La tarification est définie comme « *l'action de tarifier, le fait d'être tarifié* » (Larousse) ; « *tarifier* » étant défini ainsi : « *soumettre quelque chose à un tarif, en fixer le prix, le montant* ». Il s'agit d'une technique de gouvernement ayant une longue histoire et qui concerne de nombreux services et produits.

En France, depuis le Moyen Âge, les autorités souveraines et urbaines encadrent le prix des céréales (Feller, 2011) et du pain (Margairaz et Minard, 2008). Les prix de l'électricité, des transports en commun, des soins, de l'éducation, des musées, ou encore de la gestion des déchets ménagers ont été et sont encore tarifés par les pouvoirs publics. On peut y distinguer trois catégories de tarifs administrés : d'abord, un tarif plafond, comme dans le cas des denrées alimentaires (Feller, 2011) ou dans celui des loyers des habitations depuis plus d'un siècle (Voldman, 2013), ensuite, un tarif plancher, comme dans le cas du *public pricing* du lait aux États-Unis depuis les années 1930 (Manchester et Blayney, 2001) ou du *minimum unit pricing policy* de l'alcool au Royaume-Uni (Mckay et al., 2017) et enfin, un prix ou un tarif acquitté par les consommateurs/usagers ou par un financeur public : c'est le cas des soins hospitaliers (Juven, 2016), des médicaments remboursés (Grandfils, 2007), de l'hébergement et des soins dans les Ehpad (Xing, 2018), de l'éducation (Gary-Bobo et Trannoy, 2005), des bibliothèques (Bertrand, 2002) et de l'électricité (Reverdy, 2014).

Dans les recherches en sociologie, bien que la tarification publique n'ait pas encore fait l'objet de véritables constructions théoriques, un nombre important de travaux se sont intéressés à la fixation d'un tarif par les pouvoirs publics. Les chercheurs inscrivent généralement leur analyse dans un contexte de transformations des politiques et des services publics : libéralisation, externalisation ou privatisation de la production, managérialisation (mise en place d'indicateurs de performance, de mécanismes de *reporting* et d'une évaluation selon les résultats). Ils s'intéressent également aux changements de rôle de l'État dans la régulation de certains secteurs. Néanmoins, la grande majorité porte sur les évolutions des logiques et/ou des pratiques de tarification à l'œuvre dans un secteur d'activité donné. Peu de comparaisons horizontales, c'est-à-dire intersectorielles, ont été réalisées. Il est ainsi difficile de comprendre les principales causes des transformations de la tarification dans certains secteurs. Résultent-elles avant tout des dynamiques sectorielles (lutttes de pouvoir au sein d'un secteur, rapports entre pouvoirs publics et producteurs etc.), ou bien sont-elles le fruit d'un contexte et d'un processus social s'exerçant à un niveau plus général ?

Dans cet article, nous proposons une comparaison horizontale des logiques et pratiques de tarification publique dans quelques secteurs clés en France (cf. tableau p. 5) : les soins hospitaliers, les soins en Ehpad, les médicaments remboursés par les assurances maladies, le service public de l'emploi (accompagnement et placement des demandeurs d'emploi) et la gestion des ordures

ménagères (partie 1). Nous montrerons que, bien que ces secteurs n'aient jamais fait l'objet d'une analyse commune, s'y observent des tendances convergentes du point de vue de leurs évolutions au cours des vingt dernières années (partie 2) ; tendances qui interrogent l'évolution des techniques de gouvernement, ainsi que les transformations des rapports entre l'État, les producteurs et les consommateurs ou usagers.

L'évolution des logiques et pratiques de tarification publique dans quelques secteurs

Avant de réaliser une comparaison horizontale sur l'évolution de la tarification, commençons par nous intéresser aux logiques et pratiques de tarification propres à chacun des secteurs étudiés.

Hôpitaux : du coût de production négocié à la tarification à l'activité

Depuis la fin des années 1970, l'État français cherche à maîtriser les dépenses de soins de santé (Pierru, 2007). Dès les années 1980, les pouvoirs publics ont mis en place des instruments correspondant à une logique dite « *d'enveloppe globale* », avec l'introduction en 1983 de la méthode de tarification hospitalière appelée *dotation globale de financement* (DGF). Il s'agissait d'un principe de budget ferme et individualisé fixant le plafond du financement public pour chaque hôpital. Le montant alloué dépendait du budget historique de l'établissement et de négociations annuelles entre l'autorité de tarification, la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et les directeurs des hôpitaux (Moison et Tonneau, 2008).

Depuis 2004, une nouvelle méthode de tarification nommée *tarification à l'activité* (T2A) a été progressivement mise en place. Cette méthode vise à financer les établissements de santé en fonction de leur activité par *groupe homogène de séjour* (GHS).

Le modèle français de GHS est construit sur le modèle américain du *Diagnosis-Related-Groups* ou DRG (Or, 2014), inventé par une équipe de

recherche dirigée par le professeur de gestion Robert Fetter à l'Université de Yale dans les années 1960 (Fetter *et al.*, 1991). Ce modèle classe les séjours hospitaliers en « groupes homogènes » selon leurs besoins en ressources cliniques et économiques, à partir d'une série d'informations : diagnostic d'hospitalisation principal, diagnostic secondaire, âge, sexe, interventions chirurgicales, indice de gravité.

Actuellement, le montant du financement d'un hôpital est calculé selon l'algorithme suivant :

$$R_E = \sum_i (Q_i \times P_i) + Z_E$$

R_E : revenus de l'établissement de santé E.

Q_i : nombre de patients traités dans le groupe homogène de séjour (GHS) i.

P_i : prix du GHS i.

Z_E : revenu complémentaire (activités de recherche et d'enseignement, coûts fixes liés au service d'urgence, coûts liés à des spécificités locales etc.).

Le tarif de chaque groupe homogène de séjour est déterminé annuellement dans le cadre de l'étude nationale du coût (ENC).

Soins en Ehpad : du coût de production négocié à une tarification selon le profil des résidents

En France, les Ehpad sont soumis à une régulation publique portant à la fois sur l'entrée dans le marché et sur la tarification. Une trentaine d'articles du Code de l'action sociale et des familles précisent les modalités de tarification des Ehpad. Actuellement, le système de financement des Ehpad est composé de trois sections tarifaires : la section hébergement (« hôtellerie »), la section « dépendance » et la section « soins ». Quel que soit le statut de l'Ehpad (public, privé non lucratif, privé lucratif), les soins sont tarifés par les Agences régionales de santé (ARS) et entièrement financés par les régimes d'assurance maladie.

La tarification des Ehpad (anciennement des maisons de retraite et des unités de soins de longue durée (USLD)) a été introduite en 1977 en France. Historiquement, le montant du financement des soins dépendait du statut de l'établissement¹² et non des dépenses de soins réelles ou du profil des résidents (Bouget *et al.*, 1990). Mais la tarification

12 Quatre cas de figure étaient distingués : les centres de long séjour (relevant du secteur hospitalier et bénéficiant d'un forfait « soins » uniforme) ; les maisons de retraite disposant d'une section de « cure médicale » (bénéficiant d'un forfait soins moins important que le précédent) ; les maisons de retraite sans section de cure médicale (bénéficiant d'un petit forfait soins) ; les foyers-logements (ne bénéficiant d'aucun financement de soins).

des Ehpad a connu deux réformes importantes depuis la fin des années 1990. La loi du 24 janvier 1997 a d'abord prévu une modulation du tarif soins « *selon l'état de la personne accueillie* ». Puis, en 2000, une nouvelle méthode de tarification, nommée « Dominic » (DOTation MINImale de Convergence), a été introduite. Elle s'appuie sur la grille Aggir (autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources) qui mesure le degré de dépendance des résidents. Le montant maximal du financement public des soins d'un Ehpad est ainsi déterminé par le GMP (Groupe iso-ressources Moyen Pondéré, résultats exprimés en points mesurés par la grille Aggir) et par une valeur du point fixée annuellement par le Ministère de la Santé et des Affaires sociales. En 2007, la tarification des soins en Ehpad a connu l'introduction d'une nouvelle méthode appelée GMPS (groupe iso-ressources moyen pondéré soins). Elle s'appuie principalement sur deux outils nationaux : le Pathos qui mesure les « besoins » en soins des résidents et, toujours, la grille Aggir. Le montant maximal du financement public des soins d'un Ehpad est désormais déterminé par le GMP et le PMP (pathos moyen pondéré, résultat moyen mesuré par le pathos et exprimé en points) ainsi que par une valeur de point fixée annuellement par une circulaire ministérielle. Ce montant maximum de financement des soins d'un Ehpad est calculé selon la formule suivante : $[GMP + (PMP * 2,59)] * \text{capacité de l'établissement} * \text{valeur du point}$.

Médicaments : du coût de production à l'outcome-based et au value-based pricing

En France, les médicaments sont soumis à une régulation publique par le prix depuis les années 1940. Jusqu'aux années 1980, les prix des médicaments sont entièrement administrés. Ils sont calculés à partir d'une mesure des coûts comprenant la production, la distribution, la recherche et développement, etc. Les prix sont alors relativement bas et peu différenciés (Noguez et Benoît, 2017). Depuis le milieu des années 1990, les acteurs de l'industrie pharmaceutique participent de plus en plus aux négociations des prix. À la fin des années 1990, une nouvelle méthode de tarification tenant principalement compte de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) par le médicament a été mise en place. L'ASMR mesure « la plus-value thérapeutique » d'un médicament par rapport à d'autres traitements comparables. Ce système de classification en cinq niveaux détermine le prix et sert de cadre à la négociation.

Plus concrètement, pour les médicaments innovants bénéficiant d'une ASMR de niveau I à III, le laboratoire propose un prix à l'autorité de tarification, ici le Comité économique des produits de

santé (CEPS) (Grandfils, 2007). Ce prix doit être en cohérence avec les prix pratiqués dans les pays voisins (Allemagne, Espagne, Italie et Royaume-Uni), ce qui en fait un *value-based pricing*, puisque les prix des médicaments sont libres en Allemagne et au Royaume-Uni (Noguez et Benoît, 2017). Pour les médicaments classés comme peu innovants (ASMR de niveau IV), le prix est fixé de manière légèrement supérieure à celui des médicaments comparables, mais l'écart dépend aussi de la taille et des caractéristiques de la population bénéficiaire potentielle. Enfin, pour les médicaments non innovants (les médicaments anciens ou génériques), les prix sont fondés sur une estimation du coût de production ou du prix du médicament comparable le moins cher du marché.

Accompagnement et placement des demandeurs d'emploi : du coût de production négocié à l'outcome-based pricing

En France, le service public de placement des demandeurs d'emploi a été confié à l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) à partir de 1967. Depuis le milieu des années 2000, la position de monopole de l'ANPE a subi un coup d'arrêt avec l'ouverture des missions de placement à des opérateurs privés de placement (OPP) et la mise en concurrence des structures. Un marché de l'accompagnement et du placement est ainsi construit par l'État (Berthet et Bourgeois, 2017).

Historiquement, l'ANPE sous-traite les services d'accompagnement de certains types de chômeurs (Vivès, 2013). Le montant du financement public dépend du coût de revient du service et des négociations entre prestataires et cadres de l'ANPE. Depuis 2003, l'Unédic (puis Pôle emploi depuis 2008) a mis en place une série d'expérimentations visant le recours à des OPP pour l'activité d'accompagnement et de placement de différents publics. Le montant de financement global alloué varie selon les critères suivants : situation financière des financeurs (l'Unédic proposait des montants plus élevés que Pôle emploi), caractéristiques de la population ciblée (le placement des cadres issus d'entreprises de haute technologie est mieux rémunéré que le placement des demandeurs éloignés de l'emploi ; le placement des chômeurs seniors mieux rémunérés que celui des jeunes...). Cependant, le financement réel perçu par un opérateur dépend non seulement du montant global, mais également des résultats du placement. En effet, l'Unédic (puis Pôle emploi) verse les financements en deux à quatre fois, et le montant versé est conditionné par les résultats. Par exemple, dans le cadre de la prestation *Trajectoire emploi*, le montant total de financement par demandeur d'emploi est compris

Comparaison de la tarification de quelques biens et services par les pouvoirs publics en France

Services concernés	Évolution des logiques et des méthodes de tarification
Hôpitaux	Coût de production négocié (dotation globale) ⇒ « Tarification à l'activité » (T2A) depuis 2004
Soins en Ehpad	Coût de production négocié ⇒ Tarification selon le profil des résidents (degré de dépendance et besoin en soins) depuis 2001
Médicaments remboursés par les assurances maladies	Coût de production ⇒ <i>Outcome-based pricing</i> et <i>value-based pricing</i> depuis les années 1990
Service public de l'emploi (accompagnement et placement des demandeurs d'emploi)	Coût de production négocié ⇒ <i>Outcome-based pricing</i> depuis 2003
Gestion des ordures ménagères	Impôt (« gratuité » pour les usagers) ⇒ <i>Unit-based pricing</i> depuis 1997

entre 1580 et 2500 euros (Vivès, 2013). Le premier versement, correspondant à 50 % du montant total de financement, est effectué au moment de la prise en charge ; le second versement (25 %) est effectué lors de la signature du contrat de travail par le demandeur d'emploi, et le troisième versement (25 %) est réalisé après six mois en emploi. La tarification du service de placement pratiquée par Pôle emploi peut ainsi être qualifiée d'*outcome-based pricing*.

Gestion des ordures ménagères : de l'impôt à *unit-based pricing*

En France, la gestion des ordures ménagères relève de la compétence des collectivités locales. Bien que la Loi de finances de 1975 ait rendu possible le principe de la redevance d'enlèvement des ordures ménagères (REOM), les collectivités l'ont financée dans une logique fiscale (taxe) jusqu'aux années 2000 (Bénard, 2008).

Depuis le début des années 2000, de plus en plus de communes ont mis en place une redevance incitative pour la gestion des ordures ménagères. Elles fixent pour cela un tarif unitaire d'enlèvement des ordures ménagères en fonction du poids ou du volume des déchets (Falgas, 2009). Le montant du tarif varie selon la collectivité. Cette méthode de tarification, souvent appelée *unit-based pricing*, lie le montant de la redevance à payer aux comportements individuels de production des déchets¹³.

Comparaison intersectorielle : quelles tendances convergentes dans la tarification publique ?

Malgré leur diversité présentée plus haut, les secteurs étudiés présentent un certain nombre de convergences du point de vue de leurs logiques et pratiques de tarification.

Vers une tarification incitative

Dans plusieurs secteurs, les méthodes de tarification sont passées d'un modèle fondé sur le coût de production réel à un modèle déconnectant le coût réel et le tarif/le prix. En effet, fixer le tarif ou le prix d'un service au même niveau de son coût de production réel était la pratique de tarification la plus courante jusqu'aux années 1990. Depuis les années 2000, en revanche, une tarification incitative a désormais été mise en place dans presque tous les secteurs étudiés :

- pour les hôpitaux, le montant du financement dépend principalement du niveau d'activité ;
- le financement des soins en Ehpad dépend du profil des résidents (degré de dépendance et besoin en soins) ainsi que du traçage des soins fournis par les Ehpad ;

¹³ Pour une analyse plus approfondie sur le passage d'une logique d'impôt (du contribuable) vers une logique de redevance (du bénéficiaire) dans le financement de certains services publics, voir Long, 2012 ; 2014.

- le prix des médicaments dépend de leur « plus-value thérapeutique » comparée à d'autres médicaments ;
- pour les services publics de placement dans l'emploi, le montant du financement des opérateurs dépend des résultats mesurés par la signature du contrat et la durée de l'emploi trouvé ;
- dans une partie de communes françaises, le montant de la redevance pour la gestion des ordures ménagères dépend de la quantité ou du volume de déchets produits.

Les arguments mobilisés par les pouvoirs publics pour justifier la tarification incitative sont généralement de deux ordres : d'une part, ce type de tarification favoriserait un meilleur usage de l'argent public avec plus d'efficacité ; d'autre part, il orienterait plus facilement les conduites des producteurs et des individus pour atteindre des objectifs politiques, qu'ils soient financiers (réduire les dépenses publiques) ou environnementaux (réduire la quantité d'ordures produites). Autrement dit, les pouvoirs publics utilisent désormais le tarif/le prix comme un outil pour envoyer un signal. Élément de mimétisme marchand, la tarification est de plus en plus employée comme mécanisme de coordination et de gouvernement des conduites et des comportements des offreurs et/ou des usagers, ce qui se rapproche du rôle central du prix sur un marché classique (Finon *et al.*, 2011).

Néanmoins, plusieurs travaux ont mis en lumière les éventuels effets pervers de la tarification incitative, notamment en termes de production des inégalités sociales. Cette méthode tarifaire incite notamment au tri des usagers, c'est-à-dire au classement et à la catégorisation de ces derniers, ce qui modifie le traitement accordé à un dossier ou à un usager. Face à la tarification, certains directeurs et médecins d'Ehpad pratiquent la sélection des futurs résidents selon leur état de santé (Xing, 2018). Les personnes âgées très dépendantes ou présentant certaines caractéristiques (par exemple, ne pas pouvoir manger seul), qui exigent des charges de travail plus lourdes, sont ainsi discriminées. Vivès (2013) décrit des situations similaires dans le placement des demandeurs d'emploi. Face à un mécanisme de financement par résultat, les OPP ont développé deux types de stratégies : soit sélectionner les demandeurs d'emploi (par des formes de refus implicites), soit « *mettre la pression* » sur ces derniers pour qu'ils « *acceptent n'importe quel type de travail* », ce qui pose problème à la fois en termes d'accès aux services publics et en termes de qualité du service rendu. Cependant, le tri des usagers ne conduit pas toujours à leur exclusion : il peut également prendre la forme de modifications dans

le traitement d'un dossier et dans les pratiques professionnelles. C'est notamment le cas pour la T2A dans le secteur de la santé. Par exemple, Milcent et Rochut (2009) montrent la corrélation positive entre la mise en place de la T2A et l'augmentation de l'accouchement par césarienne. La T2A a également conduit à réduire la durée des séjours hospitaliers, ce qui remet en question la qualité des soins rendus (Belorgey, 2011).

Vers une tarification quantifiée et formalisée

La seconde tendance convergente dans les pratiques de tarification consiste à prendre appui sur des indicateurs et des mesures standardisées pour établir les tarifs. C'est par exemple le cas du GHS qui classe les séjours hospitaliers selon leurs besoins en ressources cliniques et économiques, de la grille Aggir qui classe les personnes âgées en six catégories selon leur degré de dépendance, de l'outil Pathos qui attribue un score selon les besoins en soins d'un résident en Ehpad, de l'ASMR qui mesure « la plus-value thérapeutique » d'un médicament ou encore de la mesure du poids ou du volume pour quantifier les ordures ménagères.

Si, dans le passé, la tarification suivait une logique de négociation au cas par cas, elle est de plus en plus basée sur des opérations de *quantification* qui comprennent deux processus : « *convertir et mesurer* » (Desrosières, 2008 : 10). Ces indicateurs peuvent être considérés comme des mesures « *d'entités hétérogènes ayant différentes caractéristiques représentées par des unités variées, suivant une métrique commune* » (Espeland et Stevens, 1998 : 315). Ils font exister sous une forme numérique ce qui était exprimé auparavant par des mots. Ils rendent ainsi *comparables* les producteurs, et les mettent en *concurrence*. Nous retrouvons une fois de plus un mimétisme marchand : à travers la tarification basée sur la quantification et la formalisation, les pouvoirs publics introduisent les mécanismes du marché (concurrence, évaluation selon les résultats, etc.) dans la régulation des services publics, ce qui pourrait faire entrer en conflit deux types de logiques : la logique du marché (notamment celle des résultats) et la logique des services publics.

Néanmoins, au-delà des producteurs, ces nouvelles méthodes de tarification quantifiées et formalisées peuvent avoir un impact sur ceux qui les mettent en œuvre. Désormais, le processus de tarification peut être décomposé en deux types de tâches : d'une part, la conception des outils formalisés (indicateurs, algorithmes, etc.), et d'autre part, la saisie, le suivi et le calcul des tarifs. Les vraies décisions politiques sont souvent prises au moment de la conception des indicateurs et

algorithmes, et le travail réalisé par la suite par les administratifs n'est souvent qu'une application de ces décisions.

Dans la plupart de cas, la conception des outils est assurée par les acteurs opérant à l'échelle nationale. Ces derniers ont ainsi renforcé leur capacité de maîtrise budgétaire tout en réduisant les marges de manœuvre des agents déconcentrés. Dans les années 1980 et 1990, la tarification était basée sur les négociations entre autorités publiques et producteurs. Que ce soit dans le domaine de la santé ou de l'emploi, les décisions tarifaires étaient généralement prises à l'échelle départementale. Les cadres chargés de la tarification ayant beaucoup de marge de manœuvre, ils disposaient d'une information très riche et multidimensionnelle sur les producteurs et la prenaient en compte dans le calcul des tarifs. La circulation des informations pouvait être qualifiée de *bottom-up*.

Depuis la mise en œuvre d'une tarification plus formalisée, le choix des informations à récolter et à mobiliser dans les décisions tarifaires s'inscrit directement dans le modèle de tarification, et relève donc d'une décision techno-politique. Les connaissances issues du terrain non exprimées en tant qu'indicateurs ne peuvent plus être prises en compte dans la tarification.

Ainsi, d'un côté, les décideurs disposent de peu, voire pas, d'informations concrètes sur les producteurs (le fonctionnement quotidien d'une structure, son organisation de travail, la qualité du service fourni, etc.), et de l'autre, les agents chargés de la tarification n'arrivent plus à valoriser leur connaissance du terrain dans leur travail professionnel. La circulation des informations peut désormais être qualifiée de *top-down*.

Conclusion

Aujourd'hui, la tarification est de plus en plus utilisée dans la régulation de certains marchés comme un instrument efficace pour orienter les comportements des firmes ou des consommateurs/usagers.

Dans cet article, l'étude des formes de tarification et de leurs transformations menée en comparant différents secteurs a permis de montrer que les réformes en cours en France depuis le début des années 2000 présentent certaines convergences. Les nouvelles méthodes de tarification mises en place sont en particulier marquées par

des conceptions néolibérales inspirées du secteur marchand : standardisation (la création des outils quantifiés et la formalisation des procédures de tarification), incitation (la mise en place des mesures incitatives visant à orienter les comportements des producteurs et/ou des usagers, par exemple, la tarification selon les résultats) et concurrence par comparaison (la mise en concurrence des opérateurs *via* des indicateurs). Bien que la tarification soit conçue comme un instrument d'action publique sur les secteurs d'activités, elle s'aligne ainsi de plus en plus sur les principes du marché (libre concurrence, la recherche des résultats, etc.)

Les tendances constatées en France ne sont pas une particularité. Au contraire, elles sont convergentes avec les transformations que connaissent d'autres pays de l'OCDE dans différents secteurs. Par exemple, les services publics d'emploi en Allemagne, au Danemark, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni ont tous connu de profondes réformes au cours des années 1990 ou au début des années 2000. L'ouverture du service public d'emploi aux acteurs privés, la mise en concurrence des opérateurs et la tarification (la rémunération des opérateurs privés) selon les résultats ont été mises en place, dans tous pays cités, dans le début des années 2000 (Grivel *et al.*, 2007 ; Besson, 2008). Quant aux systèmes de soins hospitaliers ou de soins en Ehpad, la France et d'autres pays européens se sont largement inspirés des pratiques apparues aux États-Unis depuis les années 1960-1970 qui consistent à tarifier la participation du financement public selon le profil des patients/résidents et selon les actes réalisés (Or, 2014). En ce qui concerne la tarification des médicaments, si les États-Unis sont une exception, avec un prix qui n'est pas régulé par les pouvoirs publics, plusieurs pays européens comme l'Allemagne, la France, le Royaume-Uni et la Suède ont relié le prix et/ou le taux de remboursement d'un médicament à son efficacité médicale (Vogler *et al.*, 2018).

Bien que les pratiques concrètes diffèrent d'un pays à l'autre, il existe des tendances convergentes dans les logiques de la tarification publique, voire des phénomènes de mimétisme international dans certains secteurs. Il serait intéressant d'approfondir des comparaisons intersectorielles à l'échelle internationale afin de mieux comprendre les dynamiques d'« innovation » en matière de régulation publique ainsi que le rôle joué par la France dans ce processus.

Jingyue Xing-Bongioanni est maîtresse de conférences en sociologie à l'Université de Lille, Clersé et chercheure associée au Centre d'études de l'emploi et du travail (CEET), Cnam.

Références

- Belorgey N. (2011)**,
« Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences ». Une entreprise de « réforme » d'un service public et ses effets sociaux ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 189, n° 4, p. 16-33.
- Bénard F. (2008)**,
« Gestion des déchets et développement de la redevance incitative : exemple de transformation du modèle économique d'un service public », *Flux*, vol. 4, p. 30-46.
- Berthet T., Bourgeois C. (2017)**,
« Quand l'État fait son marché, quels effets pour les opérateurs ? Genèse et mise en œuvre de la sous-traitance dans la politique de l'emploi (1945-2014) », *Gouvernement et action publique*, vol. 6, n° 4, p. 75-99.
- Bertrand A.-M. (2002)**,
« Tarification et bibliothèques municipales », in F. Rouet (dir.), *Les tarifs de la culture*, Paris, La documentation française.
- Besson É. (2008)**,
Accompagner vers l'emploi. Les exemples de l'Allemagne, du Danemark et du Royaume-Uni. Rapport au Premier Ministre, Paris.
- Bouget D., Tartarin R., Frossard M., Tripiet P. (1990)**,
Le Prix de la dépendance : comparaison des dépenses des personnes âgées selon leur mode d'hébergement, Paris, La Documentation française.
- Desrosières A. (2008)**,
Pour une sociologie historique de la quantification : l'Argument statistique I, Paris, Presses des Mines.
- Espeland W. N., Stevens M. L. (1998)**,
"Commensuration as a Social Process", *Annual Review of Sociology*, vol. 24, n° 1, p. 313-343.
- Falgas A. (2019)**,
« La fiscalité comportementale : une (r) évolution dans le financement du service de traitement des ordures ménagères ? », *Droit et Ville*, n° 1, p. 267-282.
- Feller L. (2011)**,
« Sur la formation des prix dans l'économie du haut Moyen Âge », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 66, n° 3, p. 627-661.
- Fetter R. B., Shin Y., Freeman J.-L. et al. (1980)**,
"Case mix definition by diagnosis-related groups", *Medical care*, vol. 18, n° 2, p. i-53.
- Finez J. (2014)**,
« La construction des prix à la SNCF, une socio-histoire de la tarification ». *Revue française de sociologie*, vol. 55, n° 1, p. 5-39.
- Finon D., Defeuilley C., Marty F. (2011)**,
« Signaux-prix et équilibre de long terme : reconsidérer les formes d'organisation sur les marchés de l'électricité », *Économie & prévision*, vol. 197-198, n° 1-2, p. 81-104.
- Gary-Bobo R., Trannoy A. (2005)**,
« Faut-il augmenter les droits d'inscription à l'université ? », *Revue française d'économie*, vol. 19, n° 3, p. 189-237.
- Grandfils N. (2007)**,
« Fixation et régulation des prix des médicaments en France », *Revue française des Affaires sociales*, n° 3, p. 53-72.
- Grivel N., Georges N., Méda D. (2007)**,
Prestations et services d'accompagnement des demandeurs d'emploi aux Pays-Bas, Rapport de recherche, CEE, décembre, n° 39.
- Juven P.-A. (2016)**,
Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public, Presses universitaires de France.
- Long M. (2012)**,
« Quel avenir pour le prix des services publics dans un contexte financier contraint ? », *Revue française d'administration publique*, n° 4, p. 953-963.
- « **La tarification, outil de solidarité ?** », *Grand Lyon Vision Solidaire*, 2014, mars.
- Manchester A. C., Blayney D. P. (2001)**,
"Milk Pricing in The United States", *Agricultural Information Bulletins*, n° 33612, United States Department of Agriculture, Economic Research Service.
- Margairaz D., Minard P. (2008)**,
« Marché des subsistances et économie morale : ce que « taxer » veut dire », *Annales historiques de la Révolution française*, vol. 352, n° 2, p. 53-99.
- Mckay A. J., Laverty A. A., Majeed A. (2017)**,
"The divergence of minimum unit pricing policy across the UK: opportunities for public health policy development", *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 110, n° 9, p. 358-364.

- Milcent C., Rochut J. (2009),**
« Tarification hospitalière et pratique médicale », *Revue économique*, vol. 60, n° 2, p. 489-506.
- Moisdon J.-C., Tonneau D. (2008),**
« Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ? », *Politiques et management public*, vol. 26, n° 1, p. 111-126.
- Nouguez É., Cyril B. (2017),**
« Gouverner (par) les prix. La fixation des prix des médicaments remboursés en France », *Revue française de sociologie*, vol. 58, n° 3, p. 399-424.
- Or Z. (2014),**
“Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments”, *Health policy*, vol. 117, n° 2, p. 146-150.
- Pierru F. (2007),**
Hippocrate malade de ses réformes, Édition du Croquant.
- Reverdy T. (2014),**
La construction politique du prix de l'énergie. Sociologie d'une réforme libérale, Paris, Presses de Sciences Po.
- Vivès C. (2013),**
L'institutionnalisation du recours aux opérateurs privés de placement au cœur des conflits de régulation du service public de l'emploi (2003-2011), thèse de doctorat en sociologie, Nanterre, Université Paris Ouest Nanterre La Défense.
- Vogler S., Haasis M.-A. et al. (2018),**
Medecines Reimbursement Policies in Europe, World Health Organization.
- Voldman D. (2013),**
« L'encadrement des loyers depuis 1900, une question européenne ». *Le mouvement social*, n° 4, p. 137-147.
- Xing J. (2018),**
Dynamiques des groupes professionnels et New Public Management. L'introduction des instruments d'action publique dans la tarification des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (Ehpad), thèse de doctorat en sociologie, École Normale Supérieure de Paris.