



HAL
open science

Les réformes en santé en 2004 et en 2014 : nouvelle grammaire du discours ou re-fondation du système de santé français?

Faouzia Perrin

► To cite this version:

Faouzia Perrin. Les réformes en santé en 2004 et en 2014 : nouvelle grammaire du discours ou re-fondation du système de santé français?. Science politique. Université Grenoble Alpes, 2019. Français. NNT : 2019GREA009 . tel-02445430

HAL Id: tel-02445430

<https://theses.hal.science/tel-02445430v1>

Submitted on 20 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR DE LA COMMUNAUTE
UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

Spécialité: SCIENCE POLITIQUE

Arrêté ministériel: 25 mai 2016

Présentée par

Faouzia PERRIN

Thèse dirigée par **Thierry MENISSIER**, Professeur,
Université Grenoble Alpes
codirigée par **Ewa BOGALSKA-MARTIN**, Professeure,
Université Grenoble Alpes
préparée au sein du **Laboratoire PACTE**
dans l'**École Doctorale Science de l'Homme, du Politique et
du Territoire**

**Les réformes en santé en 2004 et en
2014: nouvelle grammaire du discours ou
re-fondation de la politique de santé
française?**

Thèse soutenue publiquement le **14 mars 2019**

devant le jury composé de:

Monsieur Thierry MENISSIER

Professeur, Université GRENOBLE ALPES, Directeur de
thèse

Monsieur Philippe ZITTOUN,

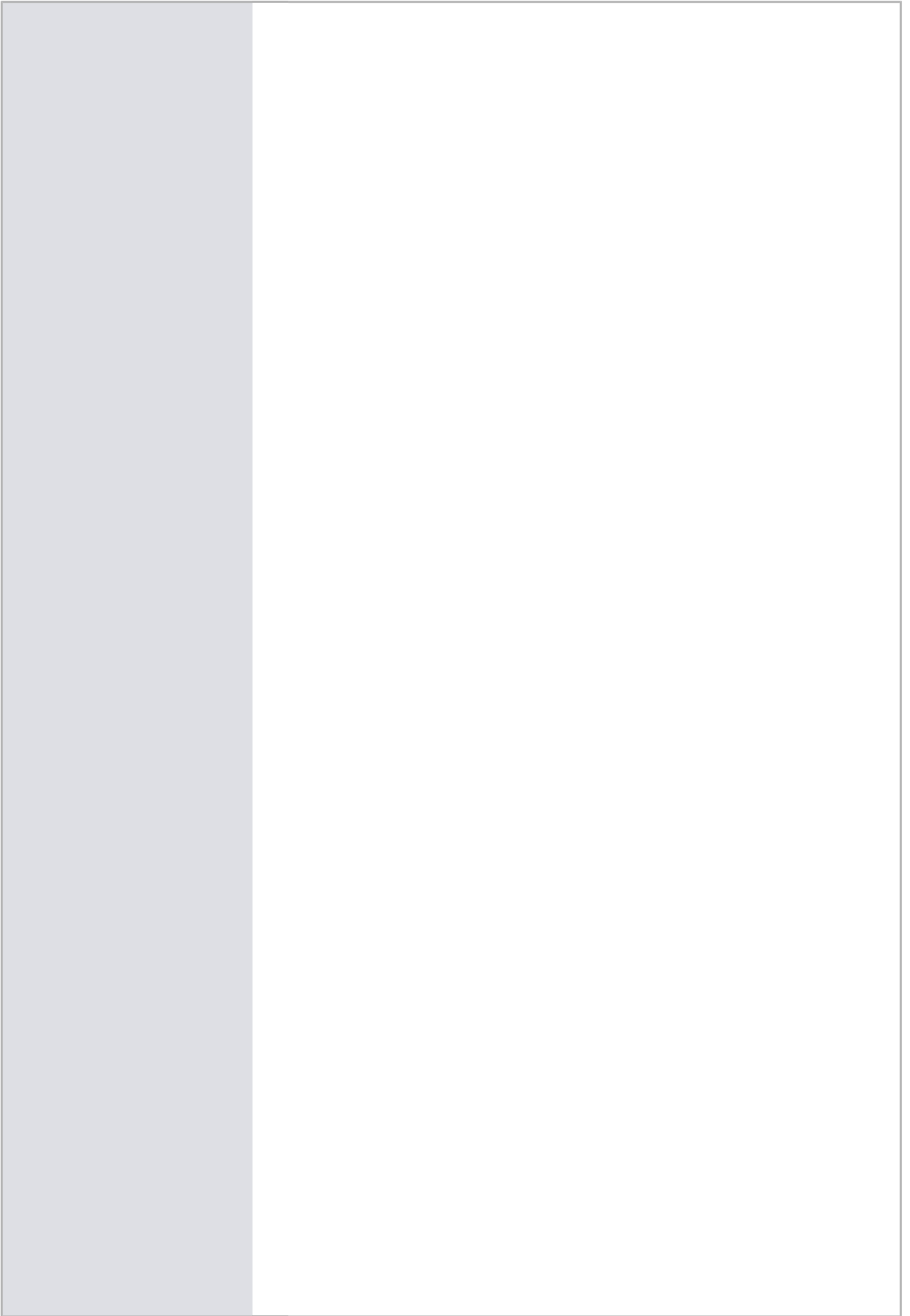
Directeur de recherche, Université de LYON, Président

Monsieur Henri BERGERON,

Chercheur HDR, IEP de PARIS, Rapporteur

Monsieur Patrick HASSENTEUFEL,

Professeur, IEP SAINT GERMAIN EN LAYE, Rapporteur



Remerciements

Je ne saurais débiter ces remerciements sans rendre hommage à Michel Destot, alors Maire de Grenoble, qui a bien voulu recevoir le médecin directeur de sa Ville et témoigner intérêt, bienveillance et soutien à ce projet de thèse. Il s'agissait selon une modalité singulière de mettre en œuvre les dispositions du statut de médecin territorial, afin de pouvoir bénéficier d'un tiers temps durant trois ans.

Mes remerciements vont tout d'abord chaleureusement et sincèrement au Professeur Thierry Ménissier pour son courage et son ouverture scientifiques. La confiance, l'intelligence et l'engagement ont été le socle d'une direction fructueuse, attentive, rigoureuse, exigeante. Mon travail doit beaucoup à la relecture minutieuse et persévérante, de textes souvent, au début, désordonnés, que Thierry Ménissier a assurée tout au long de ce parcours ainsi qu'à son questionnement théorique philosophique stimulant.

Je souhaite témoigner ici ma gratitude à tous les membres du laboratoire PACTE et plus particulièrement à Madame Ewa Bogalska-Martin, Professeure, responsable, à sa création, du groupe « justice sociale » dont les travaux et discussions scientifiques m'ont nourrie. Son intérêt pour mon travail, dès la période du début, la relecture minutieuse d'un manuscrit encore imparfait qu'elle a bien voulu assurer ainsi que la responsabilité d'une codirection essentielle pour l'aboutissement de ce travail ont été décisifs.

Je remercie le Professeur Nicolas Buclet, alors Directeur du laboratoire PACTE, qui a bien voulu m'accueillir au début de mon parcours m'offrant une écoute bienveillante, une compréhension immédiate d'un projet encore embryonnaire. J'ai bénéficié de la même qualité d'écoute et de bienveillance de la part de celle qui est aujourd'hui Directrice du laboratoire PACTE, Anne-Laure Amilhat Szary, Professeure des universités.

Je remercie également les directeurs successifs de l'École doctorale SHPT de leur accord pour que cette thèse puisse s'y dérouler ainsi qu'Alain Faure, qui a balisé le début de ce travail. L'activité foisonnante et riche du laboratoire PACTE dont

les séminaires organisés par la « jeune recherche », a été une source indispensable pour renforcer mon corpus théorique et méthodologique, alimenter le processus de ma recherche. Je n'oublie pas l'apport précieux qu'a été la formation dispensée par Madame Stéphanie Abrial, Ingénieure de recherche CNRS, membre du groupe Ariane, ni le prêt dont j'ai pu bénéficier grâce à PACTE du logiciel NVIVO pour exploiter mes matériaux.

Mes remerciements vont à Monsieur Frédéric Pierru, chargé de recherche au CNRS au CERAPS, qui a bien voulu partager son expertise sur l'analyse des réformes du système de santé lorsque je me trouvais au milieu du gué de cette thèse, me permettant de dépasser les incertitudes, de discerner des orientations majeures. Également, je remercie les membres du jury de soutenance, Patrick Hassenteufel, Henri Bergeron, Philippe Zittoun, d'avoir accepté de participer à l'évaluation finale de ce travail.

Il faut se résoudre à ne pas poursuivre à l'infini ces remerciements, je voudrais simplement saluer ici mes collègues médecins territoriaux, témoigner mon amitié à mes collaborateurs au sein de la Direction de la santé publique et environnementale de la Ville de Grenoble ainsi qu'à celles et ceux avec lesquels j'ai eu plaisir à travailler au sein de la Ville. Je pense ici enfin à l'attention bienveillante du Dr Yannick Carillo, médecin généraliste dans la Drôme mais aussi philosophe, avec lequel j'ai partagé certaines réflexions.

Last but not least, je voudrais témoigner ma reconnaissance à ma famille, Alain, mon époux, mes enfants, Tom, Yoann, Luc, Ugo et Zoé, tous parties prenantes et embarqués dans cette aventure partageant sans jamais s'en agacer les moments de découragement, d'enthousiasme, de joie et de peine mais aussi de fatigue jalonnant ces six années de labeur et je les en remercie infiniment. J'espère n'avoir oublié personne...

SOMMAIRE

Liste des sigles et des acronymes	7
Préambule : itinéraire d'un projet de recherche	11
INTRODUCTION GENERALE	23
1/ Les réformes de la santé en France : problématique et angles de vue	25
2/ Cadre de recherche : choix théoriques et disciplinaires	56
Limites et diversité de l'analyse économique	57
Quels outils théoriques pour une étude par l'analyse des politiques publiques ? ...	64
La santé, objet de politique publique ?	74
La pertinence du pragmatisme comme démarche pour renouveler l'étude d'un objet social complexe	81
En conclusion	86
3/ Hypothèses et plan du texte	89
CHAPITRE METHODOLOGIQUE	93
1/ Un mode d'inférence adapté à l'enquête, l'abduction	93
2/ Pertinence d'une approche interprétative et discursive de la réforme	94
3/ Controverse autour des approches discursives	97
4/ Deux époques et deux méthodes pour une analyse discursive	99
Partie I. La « crise », opportunité pour la réforme	105
Introduction :	107
Chapitre 1. La généalogie des réformes en santé, histoire d'un paradigme	109
1/ Les années 1970/1990 : « crise financière » et mise à l'épreuve du « système de santé » français gouvernée par les « comptes »	111
2/ Les années 1990/2010, « crise sanitaire », retour de la santé publique, et vague « territoriale »	125
En synthèse	151
Chapitre 2. Le discours institutionnel, fabrique de la réforme	153
1/ Le système de santé : entre image et finalité	153
2/ Des arguments institutionnels pour la réforme	168
3/ Lutttes de pouvoir autour d'un objet indéterminé au sein d'une nébuleuse d'acteurs, le « champ » de la santé	183
Conclusion	195
Partie II. Deux réformes pour refonder la politique de santé	199
Introduction	201
Chapitre 1. Les discours autour des réformes de 2004 et de 2014	207
1/ Matériel et méthode de l'analyse du contenu des discours de 2004 et 2014 par NVIVO	207
2/ Méthodologie de l'analyse qualitative	235
3/ Résultats	237
<u>Profil des auteurs</u>	237
<u>Analyse qualitative globale du discours</u>	246
a. Un paradigme tenace	246
b. Une prévention incertaine et problématique	251
c. La santé publique comme auxiliaire normatif	258
d. Un système en tension	267
e. Les territoires, incontournables mais indéterminés	279
f. Qualité, sécurité et droits, inséparables ?	290
g. La réforme sans la crise	315
En synthèse	318

Chapitre 2. Santé publique et territorialisation, clefs d'une refondation publique à la française?	321
Introduction	321
1/ La santé publique, gardienne du paradigme de la santé/non-maladie.....	323
2/ Territorialiser pour gouverner.....	339
Conclusion	350
Partie III. La crise démocratique de la santé	355
Introduction	357
Chapitre 1. La gouvernance, nouvelle grammaire du discours	359
Introduction	359
1/ Retour de l'État, la crise comme opportunité.....	361
2/ Le temps de la nouvelle gouverne en santé	375
En synthèse	388
Chapitre 2. La démocratie en santé et ses usages	391
Introduction	391
1/ Les ambiguïtés de la « démocratie sanitaire » :.....	395
2/ Les liaisons dangereuses de la politique et de la santé.....	413
3/ Le droit à être protégé, une question de démocratie ?.....	445
En synthèse	463
Conclusion	465
Partie IV. La question de la refondation de la politique de santé française	467
Introduction	469
Chapitre 1. Principes fondateurs du pacte social en santé et perspectives de refondation du système de santé	471
Introduction	471
1/ Principes fondateurs de la protection sociale en France	472
2/ Un nouveau référentiel pour la politique de santé, l'apport de l'OMS	495
3/ Vers une décentration du système de santé, le problème de la décentralisation	509
En synthèse	526
Chapitre 2. L'Etat au cœur de la « crise » et de sa résolution	529
Introduction	529
1/ La « crise financière » et les paradoxes structurels du système de santé.....	531
2/ La « crise sanitaire » ou l'Etat confronté à la « société du risque ».....	545
En synthèse	568
Conclusion	569
CONCLUSION GENERALE	571
BIBLIOGRAPHIE	591
ANNEXES	607
Bibliographie des sources	607
CORPUS 2004	607
CORPUS 2014	610
Figures Graphiques et Tableaux	613
Sommaire des Figures Graphiques et Tableaux figurant dans le texte	613
Figures Graphiques et Tableaux en annexe	614

Liste des sigles et des acronymes

- ADSP : actualité et dossiers en santé publique
- AFSSA, AFSSAPS : agence française de sécurité sanitaire des aliments, AFSSA et des produits de santé
- AGHL Association nationale des médecins Généralistes des Hôpitaux Locaux
- ALD : affection de longue durée
- AIDES : association française de lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales
- AMF : association des maires de France
- AMGVF : association des maires des grandes villes de France
- ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- ANCHL association nationale des centres hospitaliers locaux
- ANDEM : agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
- ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
- ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- ANSS : agence nationale de sécurité sanitaire
- ARH : agence régionale de l'hospitalisation
- ARS : agence régionale de santé
- ASV : atelier santé ville
- ASSEDIC : association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
- BEH : bulletin épidémiologique hebdomadaire
- CASA : comité d'animation du système des agences
- CISS : Collectif Inter-associatif Sur la Santé
- CHU : centre hospitalier universitaire
- CLS : contrat local de santé
- CLSM : conseil local de santé mental
- CME : commission médicale d'établissement
- CTE : comité technique d'établissement
- CSIP : Commission des soins infirmiers et paramédicaux (ex-CSIRMT)
- CNAF : Caisse nationale des allocations familiales
- CNAM (TS) (TNSNA) : Caisse nationale d'assurance maladie (travailleurs salariés) (travailleurs non salariés non agricoles)
- CNAV : caisse nationale d'assurance vieillesse
- CNOM : conseil national de l'Ordre des médecins
- CNSA : caisse nationale de la santé et de l'autonomie
- CNS : conférence nationale de santé
- CMU, CMU-C : couverture maladie universelle, CMU-complémentaire
- CRAM : caisse régionale d'assurance maladie
- CRSA : conférence régionale de la santé et de l'autonomie
- CREDOC : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie.
- CROSMS : comités régionaux de l'organisation sociale et médico-social
- CS : conseil de surveillance (établissements hospitaliers)

- CSIS : conseil stratégique des industries de santé
- CSG : cotisation sociale généralisée
- CSMF, USMF : Confédération des syndicats médicaux français, Union des SMF
- CSP : code de santé publique
- DASRI : déchets d'activité de soins à risque infectieux
- DATAR : Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale
- DDASS, DRASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociale, Direction régionale des ASS
- DTD ARS : délégation départementale de l'ARS
- DG : dotation globale
- DGD : dotation générale de décentralisation
- DGOS : direction générale de l'offre de soins
- DGS : direction générale de la santé
- DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DMP : dossier médical partagé
- EFS : établissement français du sang
- EHESP : école des hautes études en santé publique
- EHPAD : établissement pour personne âgée dépendante
- ENSP : école nationale de santé publique
- EPCI : établissement public de coopération intercommunale
- EPRUS : établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences sanitaires.
- ESPT (association) : élus, santé publique et territoires
- FHF fédération hospitalière de France
- FPH : fonction publique hospitalière
- FNES : fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé
- GIRC (association) : grands insuffisants respiratoires chroniques
- GHS, GHM : groupe homogène de séjour, GH de malades
- GRSP : groupement régional de santé publique
- HAS : haute autorité en santé
- HPST (loi) : Hôpital, patients, santé et territoires
- IDE : infirmière diplômée d'État
- IGAS : inspection générale des affaires sociales
- IGF : inspection générale des finances
- IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- ISS : inégalités sociales de santé
- IST : infection sexuellement transmissible
- IVG : interruption volontaire de grossesse
- IVS, InVS : institut de veille sanitaire
- LFSS, PLFSS : Loi de financement de la sécurité sociale, Projet de LFSS
- LMDE : la mutuelle des étudiants
- MAPTAM (loi) : (de) Modernisation de l'action publique territoriale et (d') affirmation des métropoles
- MCJ : Maladie de Creutzfeldt-Jakob
- MG France : syndicat des médecins généralistes français
- MICA : mécanisme d'incitation à la cessation d'activité

- MRS : mission régionale de santé
- MPS maison pluridisciplinaire de santé
- NMP : new management public
- NOTre (loi) : nouvelle organisation territoriale de la République
- OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
- OIHP : organisme international d'hygiène publique
- OMS : organisation mondiale de la santé
- ONDAM : objectif national des dépenses de l'assurance maladie
- ONZUS : observatoire des zones urbaines sensibles
- OQOS : objectifs quantifiés d'offre de soins
- PASS : permanence d'accès aux soins de santé
- PDSA : permanence de soins ambulatoires
- PU-PH : professeur de université - praticien hospitalier
- PMI : protection maternelle et infantile
- P4P : paiement à la performance
- PRAPS : programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins
- PRS : plan régional de santé
- PRSP : plan régional de santé publique
- RCB : rationalisation des choix budgétaires
- RFVSOMS : réseau français des villes santé OMS
- ROSP : rémunération sur objectif de santé publique
- RUIS : réseau universitaire intégré de santé
- SCHS : service communal d'hygiène et de santé
- SCOT : schéma de cohérence territoriale
- SDN : société des nations unies
- SFSP : société française de santé publique
- SNS : Stratégie nationale de santé
- SPH : service public hospitalier
- SROS : schéma régional d'organisation des soins
- T2A : tarification à l'activité
- UIPES : Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé
- UNPS : union nationale des professions de santé
- URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie
- VIH-SIDA : virus de l'immunodéficience humaine, syndrome d'immunodéficience acquise

Abréviations utilisées dans les noms des sources et des nœuds, matériaux de l'étude NVIVO :

AN : Assemblée Nationale

CP : communiqué de presse

CdC : Cour des comptes

Pb : problème

RIP : rapport d'information parlementaire

SP : santé publique

SS : sécurité sociale

Préambule : itinéraire d'un projet de recherche

Itinéraire personnel

Ce projet de recherche découle de la conjonction de deux itinéraires mêlés, celui de médecin territorial qualifié en santé publique, d'une part, et d'autre part, ma formation universitaire à l'école grenobloise d'analyse des politiques publiques dans le domaine particulier des politiques sociales à travers la spécialité de Master, Management des politiques sociales, dispensée à Grenoble.

Les questions sur lesquelles j'ai travaillé dans le cadre de mon mémoire de Master II, *l'État garant de la santé ?* mais aussi celles de l'atelier de recherche auquel j'ai alors participé, *politiques sociales et développement durables, des finalités semblables ?* ont trouvé un prolongement à travers une activité d'enseignement à l'Institut National des Etudes Territoriales (INET).

A l'issue de ce Master, j'ai assuré des activités d'enseignement professionnel visant le système de santé, ses réformes ainsi que la politique de santé mais aussi, plus récemment, durant mon parcours de thèse, d'enseignement universitaire en Master à l'Université Pierre Mendès France.

Par ailleurs, j'ai contribué aux travaux du groupe « utilité sociale » de la Société Française d'Évaluation à travers notamment la rédaction d'un chapitre au sein d'un ouvrage collectif.¹ J'ai parallèlement participé aux travaux, en tant qu'administrateur, de la société savante en santé publique (SFSP), puis, en tant que personne qualifiée, du dernier conseil scientifique de l'Institut national de prévention (INPES).

Questionnements

- *La santé et la promotion de la santé en France*

¹ Perrin F. « la dimension citoyenne dans l'approche de l'utilité sociale d'une politique de santé », In : Offredi C. et Ravoux F. (ed.) : *La notion d'utilité sociale au défi de son identité dans l'évaluation des politiques publiques*, mai 2010, L'Harmattan.

A travers le pilotage des politiques locales de santé et ma connaissance de la politique nationale de santé, je constatais une conception biomédicale de la prévention en forte tension, en France, la montée en charge d'un nouveau cadre d'intervention en santé au plan international et en particulier dans les pays francophones tels que le Canada, la Belgique et la Suisse. La *Promotion de la santé* dont le cadre a été posé par la Charte d'Ottawa en 1986², repose sur de nouvelles données rompant avec l'image d'une santé médico-dépendante. La notion de déterminants de la santé est au centre de ce nouveau modèle d'intervention en santé publique. Celle-ci s'est forgée principalement suite aux résultats des recherches recherchant une explication aux inégalités sociales de santé au-delà de la responsabilité individuelle inhérente aux facteurs de risques mis en évidence par l'approche épidémiologique classique³. Les limites de l'éducation pour la santé en termes de résultats de santé ayant par ailleurs ouvert la voie à des recherches portant sur les facteurs influant les comportements impactant la santé indépendamment du choix des personnes.⁴ Sous cet angle de vue, le système de soins ne représente, que moins de 20% de la part des déterminants de la santé⁵, le déterminant génétique étant le plus faible de tous, autour de 5%, le plus important étant le déterminant social.⁶

² Cette Charte adoptée le 21/11/ 1986 fonde la promotion de la santé en tant que nouveau modèle d'intervention santé, celle-ci: «a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé...Pour parvenir à un état complet de bien être..., l'individu, le groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter... »

³ Goldberg Marcel, Melchior Maria, Leclerc Annette, Lert France. "Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. ", *Sciences sociales et santé*. Volume 20, n°4, 2002, pp. 75-128.

⁴ Pommier J., Ferron C., « la promotion de la santé, enfin ? L'évolution du champ de l'éducation pour la santé au cours des dix dernières années, *Santé publique*, 2013/ HS2 S2, pp111-118.

⁵ Bien que le concept de déterminant de la santé soit aujourd'hui couramment mobilisé par les auteurs du champ de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé ainsi que dans les recherches portant sur les inégalités de santé, sa définition est implicite et concorde avec celle qu'en donne l'OMS, ce sont : « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (OMS, 1999).

⁶ Ces données encore actuelles aujourd'hui, étaient indiquées par Pommier J., auteure de nombreux ouvrage en promotion de la santé, médecin enseignant chercheur, ENSP, département Politiss dans sa communication : « Les évolutions de la promotion de la santé et de la prévention», *deuxième rencontre régionale des acteurs en éducation pour la santé d'Alsace*, 12 déc. 2008.

Ainsi, la science, pourtant considérée comme puissante alliée du pouvoir⁷, à travers les données d'épidémiologie sociale et la connaissance médicale dans le champ de la santé environnementale, certes de littérature anglo-saxonne, sont porteurs d'une remise en cause des fondements d'un amalgame de sens entre santé et non-maladie.

L'absence de pénétration dans la politique de santé publique française du paradigme de la santé globale et de la promotion de la santé⁸ malgré le très grand attrait des chercheurs pour les comparaisons européennes, cependant cantonnées aux systèmes de protection sociale et aux problèmes de gestion des systèmes de santé, n'est-elle pas étonnante ?

La divergence de vue entre acteurs « militants » de la promotion de la santé et de la santé communautaire, d'une part, et acteurs « institutionnels » de la planification sanitaire et acteurs d'une santé publique étatique « classique », d'autre part, révèle deux paradigmes de la santé. Ces enjeux sont cependant invisibles dans le domaine du soin et donc de la politique de gestion du système de santé.

L'observation en immersion des relations entre acteurs au sein de ce « sous-système » de la prévention révèle un phénomène du type « Advocacy Coalitions », tel que l'explique ainsi Henri Bergeron : « différents systèmes de croyances, portés par différents acteurs (publics et privés) réunis dans différentes coalitions de cause et inégalement dotés de ressources, sont en compétition pour la domination dans un sous-secteur de politique publique ».⁹ Les acteurs de la promotion de la santé semblent ne pas être dotés des ressources pour gagner une position dominante en France. Or, ces acteurs sont très majoritairement des acteurs associatifs et ou territoriaux, est-ce la raison de leur faiblesse ?

⁷ Habermas, J., Ladmiraal, J.-R. T. *La technique et la science comme "idéologie"*, Paris, Gallimard, 1973.

⁸ Constat figurant ainsi dans le Rapport IGAS 2003 « pour une politique de prévention durable » : « alors que la (Santé Publique) place la promotion de la santé au centre de ses questionnements méthodologiques et éthiques à l'étranger, la doctrine française reste attachée aux notions classiques et segmentées qui ont (...) et configuré son organisation, Santé Publique et prévention d'un côté, organisation et régulation des soins de l'autre ».

⁹ Bergeron, H., Castel, P. *Sociologie politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France, 2014, p.112.

D'autres types d'approches me semblaient utiles à croiser pour une analyse pertinente du système de santé. Ainsi, celle développée par Didier Fassin pour une anthropologie politique de la santé.

- *Les médecins*

La profession médicale fait l'objet de travaux de recherche dans le domaine de la sociologie des professions tout autant que de stéréotypes participant d'un sens commun qui traverse la société. Tout d'abord, il faut ici rappeler le caractère polysémique de la notion de santé. Ce préalable paraît nécessaire pour étudier la profession médicale sans tomber dans les travers du sens commun manquant ainsi au devoir critique scientifique. Canguilhem, médecin et philosophe, a beaucoup apporté à la définition de la santé. Or, comprendre la santé comme il le propose, en tant qu'expérience individuelle vécue, a une incidence sur la conception de la médecine que l'on adopte :

« Par conséquent, c'est aussi le statut épistémologique de la médecine qui se trouve modifié : la médecine serait un « art au carrefour de plusieurs sciences » (...) plus qu'une science proprement dite. Une *physiologie scientifique* est toutefois possible, mais elle n'est pas alors la « science des fonctions normales », mais la « science des conditions de la santé », et plus précisément même, la « science des allures stabilisées de la vie ».¹⁰

Ce point important pour appréhender les médecins réside dans les caractéristiques de cette profession qui procèdent plus de l'institution d'un rôle et d'une fonction désignée que d'une essence véritable. Dès lors, la définition même de la profession est donnée par une société donnée à une époque donnée. La conception de la médecine que propose Canguilhem est aussi celle qu'avait Hippocrate, exprimée ainsi dans son premier aphorisme :

« La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile » (...) « il faut non seulement faire soi-même ce qui convient, mais encore faire que le malade, l'entourage et les choses extérieures y concourent.. »

Le paradigme de la santé/non-maladie, nous l'avons montré, à l'opposé de ces conceptions humanistes, comprend une vision biomédicale, scientifique et technicienne qui n'est donc pas une donnée essentialiste mais normative de la

¹⁰ Giroud E., *Après Canguilhem, définir la santé et la maladie*, op.cit., p.26.

profession. Ce type de médecine répond aux attendus de la société industrielle et permet d'appliquer les critères de l'analyse économique au secteur de la santé. Cependant la deuxième caractéristique principale de la profession réside dans le cumul des différentes formes de pouvoirs dont ils sont détenteurs. Patrick Hassenteufel souligne ainsi dans son ouvrage, *Les médecins face à l'État*,¹¹ que le médecin détient un pouvoir multiple non seulement économique, mais aussi scientifique (la science est une valeur dominante de nos sociétés depuis le XIXème), social (toute définition sociologique inclut la santé parmi les besoins fonctionnels des membres d'une société) et politique (cela vient des liens entre l'élite médicale et les hommes politiques et la forte représentation parlementaire des médecins).

Cependant, la profession fait l'objet de critiques visant des comportements fabriqués. Ainsi, ceux-ci peuvent notamment s'expliquer du fait du profil très moniste des études médicales ainsi résumé par J.P. Girard ainsi dans son ouvrage, *Quand la santé devient publique* :

« L'université médicale se présente sous la forme d'un curieux cylindre où sont injectés à la base 3500 étudiants chaque année, lesquels, quoiqu'il arrive en sortiront tous avec un diplôme de médecin, 10, 12 ou même 14 ans plus tard. Il n'existe presque aucune sortie latérale et ce qui est plus grave, pratiquement aucune entrée possible après la première année. Cette absence de passerelle empêche toute respiration de l'ensemble (...). Comme le cursus dure 10 voire 12 ans, pendant lesquels les futurs médecins sont formés par des médecins dans le même moule, sans se frotter aux autres disciplines, on comprend comment se sont perpétuées des caractéristiques propres au corps médical »¹²

Dans son ouvrage, *Sociologie politique de la santé*, Henri Bergeron rappelle toute la diversité des approches sociologiques dont la santé fait l'objet au point de proposer l'expression : « *des sociologies des questions de santé* ». Cependant, l'auteur montre que la particularité première de la santé est d'être « un objet particulièrement propice à l'étude de la question politique » suscitant des affrontements traversés de multiples enjeux privés et publics et /ou posant la question du bien commun. L'auteur conclut à l'issue de la première partie de son ouvrage visant l'analyse de la construction des différents systèmes de santé que,

¹¹ Hassenteufel, P. *Les médecins face à l'État: une comparaison européenne*, op.cit.

¹² Girard, J.-F., Eymeri, J.-M. *Quand la santé devient publique*, op.cit.

bien qu'influence sur le cours de l'évolution du système de santé, la profession médicale :

« Ne se révèle pas ni aussi centrale ni aussi toute-puissante que ce que des sociologues des professions ont eu tendance à considérer (...) Elle a pu notamment bénéficier d'alliances avec d'autres acteurs, qu'il faut considérer également comme puissants, ou de configurations institutionnelles qui lui offraient des opportunités pour résister avec efficacité (comme dans le cas de la France). »¹³

Didier Fassin, dans son ouvrage, *L'espace politique de la santé*, propose une « anthropologie politique » de la santé, ayant précisé les concepts de « pouvoir et de maladie », puis du « sens du politique » puis de la « signification de la santé », montre que : « comme notion culturellement déterminée et comme espace politiquement structuré. »¹⁴ Cette forte dimension politique de la santé implique la nécessité d'une approche plus large de la profession médicale, la considérant en tant que groupe social désigné et investi du monopole de soigner, ce qui représente :

« Un acte politique, et c'est la contribution décisive des interactionnistes américains, notamment, d'Eliot Freidson (1984), que d'avoir défini la profession médicale en dehors des dimensions intellectuelles et souvent morales que lui donnaient leurs prédécesseurs et d'avoir montré que la question du pouvoir était constitutive de cette définition. () Les historiens ne sont d'ailleurs pas en reste. (...) L'étude de la constitution d'un pouvoir médical dans la France du XIXe siècle est centrale dans les travaux de Jacques Léonard (1981) qui montre comment, les questions sanitaires devenant des enjeux politiques, les médecins se trouvent de plus en plus placés « dans l'arène publique ». »¹⁵

Le rôle de l'État, souligne l'auteur, est donc majeur: « Parce qu'il est l'instance suprême de légitimation et de régulation, l'État est à la fois un élément essentiel de la constitution du champ médical et un facteur de limitation de son autonomie. »¹⁶ Rappelons ici qu'il y avait un accord profond des syndicats sur le principe d'indépendance de la médecine dans un contexte de très grande méfiance par rapport à l'État ainsi qu'aux dispensaires gérés par la force publique. Cependant, la grande majorité des jeunes médecins généralistes aujourd'hui, avec

¹³ Bergeron, H., Castel, P. *Sociologie politique de la santé*, op.cit., p.54.

¹⁴ Fassin, D. *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*, op.cit., p.35.

¹⁵ Ibid., pp.12-14.

¹⁶ Ibid., p. 45.

une proportion de femme importante, est attiré a minima par l'exercice de groupe, voire le salariat, pour des motifs de qualité de vie personnelle et familiale. Si le libéralisme forcené des médecins français fut une marque identitaire forte au moment de la proclamation de la charte de la médecine libérale en 1927 qui a unifié la profession, le libéralisme a perdu de sa force auprès des nouvelles générations de médecins généralistes.

Rappelons aussi pour sa valeur symbolique, ce texte qui a force de loi en tant que décret, l'article 1 du code de déontologie médicale : « le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine ». Cet article montre la compatibilité potentielle avec les principes de l'OMS en termes de soins de santé primaire de la médecine française et pourrait s'insérer sans problème dans ce nouveau paradigme. De plus, celui-ci s'avère être aussi en congruence avec le socle moral de la protection sociale, qu'est le principe de dignité humaine, évoqué précédemment.

Les auteurs les plus prudents évitent d'amalgamer la profession médicale n'ignorant pas les clivages et les hiérarchies qui la traversent. Celles-ci sont en effet particulièrement importantes et doivent être prises en compte en termes d'évolution de la profession et d'enjeu de pouvoirs internes. Les tendances les plus marquantes de ces dernières années ont concerné la médecine générale dont les modalités d'exercice ont fortement évolué avec la forte montée en charge des différences formes d'exercice regroupé, ainsi qu'en terme de spécificité et de reconnaissance, avec notamment la reconnaissance de la médecine générale en tant que spécialité ayant pour corollaire la création de départements de médecine générale à l'hôpital et d'un enseignement universitaire spécifique.

Ainsi, la posture réflexive telle que l'adoptée Luc Périno, médecin clinicien et enseignant en médecine générale, dans un petit ouvrage, *La sagesse du médecin*¹⁷ me semble être une contribution tout autant absente que nécessaire aux analyses de la politique de santé. Ainsi, sans en éluder la difficulté :

« Le véritable premier mort est assurément celui qui a payé pour nous confier sa peau; son nom est inscrit dans notre fichier, nous l'aimons doublement, client et patient, pour sa clientèle et pour sa souffrance. (...) Chacune de ces morts accompagnées nous laisse

¹⁷ Périno, L. *La Sagesse du Médecin*, Paris, Editions Jean-Claude Béhar, 2006.

plus seul et plus médecin. Le premier mort nous aide à quitter l'enfance de l'art, il nous fait pénétrer dans l'existence à contre-courant, dans l'humanité par la porte de sortie. »¹⁸

Genèse d'un projet

Ces prémices de questionnement m'ont conduite à interroger le concept de la santé/non-maladie et explique mon intérêt pour le modèle du paradigme d'analyse de la politique de santé concernée par deux représentations scientifiques controversée de la réalité, que j'ai dénommés respectivement paradigme de la santé/non-maladie et paradigme de la santé globale¹⁹.

Aux côtés de la dimension cognitive évoquée précédemment, le discours sur la santé est emprunt d'une forte dimension normative perceptible dans les qualificatifs attribués au système de santé français qui serait le « meilleur au monde » ainsi qu'il repose sur notre « bon modèle » de protection sociale²⁰. Les crises, les échecs ne semblent pas pouvoir en faire douter. Or, ce système résulte de la « solvabilisation » de l'offre de soins par une protection sociale solidaire combinée au formidable essor des sciences et des techniques, ainsi qu'à une demande sociale en expansion. Il repose sur l'hybridation d'un financement solidaire avec une offre de soin libérale, laquelle résulte de choix politiques

¹⁸ Périno L., *La sagesse du médecin*, op.cit., p53.

¹⁹ Selon Bury, *Evolutions du concept de santé en éducation pour la santé* (1988) : « d'un individu considéré uniquement dans sa dimension biologique, on est passé à une conception globale de la santé, associant à la dimension biologique, les dimensions psychologique et sociale » > définition attribuée à Berthet (1983) citée par Bury : « La santé est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine, biologiques, psychologiques et sociales. Cet équilibre exige, d'une part, la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains (besoins affectifs, nutritionnels, sanitaires, éducatifs et sociaux), d'autre part, une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation. » J.-A. Bury, « Santé publique et médecine », in Cahiers des sciences familiales et sexologiques, n° 10, Louvain-la-Neuve (Belgique), 1986.

²⁰ Cette appréciation est habituellement le fait des médias, avec pour exception un article du monde déclarant que le meilleur système de santé n'est pas français mais suédois (voir première partie, deuxième chapitre), mais elle est aussi implicite dans le discours des auteurs invoquant la nécessité de sauver « notre système » comme Didier Tabuteau (Tabuteau D., *Dis, c'était quoi la sécu? lettre à la génération 2025*, l'aube, 2009) ainsi que les auteurs qualifiés « d'élite du Welfare » par Genieys W., Hassenteufel P. « Entre les politiques publiques et la politique: l'émergence d'une « élite du Welfare »? », *Revue Française Des Affaires Sociales*, (4), 2001, pp. 41–50.

spécifiques français à l'opposé du libéralisme dérégulé à l'américaine tout autant qu'au principe d'un *National Health Service*.²¹

Depuis l'époque à laquelle a été adopté le modèle distributif de justice sociale, de nouvelles théories de la justice sociale ont vu le jour²² et me semblaient devoir être interrogées dès lors qu'était envisagée politiquement une (re-) fondation du système. Cependant, je constatais qu'aucun essai théorique n'avait été entrepris (se peut-il d'ailleurs ?), enraciné dans ces évolutions pour en dessiner les contours. Il s'agissait donc ici d'interroger la fabrique d'une réforme paradoxale. Dans le cadre du travail de construction du module d'enseignement que j'ai mené pour l'INET sur le système de santé, et de mon mémoire de master sur la politique de santé au moment de l'adoption de la loi de santé publique, ma réflexion s'est portée initialement sur ces importantes et nombreuses contradictions et paradoxes.

Intuitions

Le premier point de notre analyse concerne le modèle d'action publique en santé. Dans mes échanges dans le cadre des instances nationales de santé publique je constatais une certaine méconnaissance et une opposition au principe même de la décentralisation. Cette position ne se réclame pas explicitement des classiques théories de l'État²³, dont elle semble être la trace institutionnelle vivante. Il me semblait que j'étais confrontée à ce que Henri Bergeron et Castel expriment ainsi dans leur ouvrage *Sociologie politique de la santé* :

« Ce qui fonde, finalement, la solidité de l'interaction entre acteurs et groupes d'acteurs, ce n'est pas seulement l'existence d'un intérêt

²¹ Boltanski, L., Fraser, N., Corcuff, P. *Domination et émancipation: Pour un renouveau de la critique sociale*, Presses universitaires de Lyon, 2014, p.41.

²² Nous reviendrons sur la théorie de la justice théorisée par John Rawls, nous pensons ici à deux autres théoriciens de la justice sociale : la notion de *capabilité* employée par Amartya Sen s'approche de la notion de santé telle que conçue dans le registre de la promotion de la santé depuis l'adoption de la charte d'Ottawa ; Nancy Fraser propose une théorie de la justice permettant de dépasser les clivages entre justice distributive et théorie de la reconnaissance.

²³ Seuls les acteurs étatiques sont sensés porter l'intérêt général, les acteurs locaux, y compris les agents du service public, étant considérés par ceux-ci comme liés à la défense des intérêts particuliers, à savoir, les intérêts locaux.

commun, c'est aussi la croyance qu'ils nourrissent en la validité ou en la légitimité de certaines propositions ou ensemble de propositions ». ²⁴

Par ailleurs, j'ai pu faire le constat, à travers ma formation en santé publique et mon expérience ancrée dans les politiques locales de santé, des limites de l'approche rationnelle de l'action publique en santé publique. Le schéma d'action publique : la connaissance implique la décision, et la décision, l'application, est privilégié par les spécialistes en santé publique bien qu'il soit régulièrement contredit par les faits²⁵. L'apport des approches cognitives de l'analyse des politiques publiques, dépassant la vision classique typique des débuts de la *Policy science*, me semblait par conséquent une aide précieuse pour interroger cette politique.

Le deuxième point concerne l'objet même de ces politiques, les faits de « santé » sont complexes. Certes, ceux-ci peuvent être éclairés (plus que véritablement objectivés) par la connaissance médicale et épidémiologique. Mais le statut épistémologie même de la santé, son caractère éminemment paradoxal, intime et en même temps, objet politique, cette singularité, reste peu prise en compte par les auteurs qui préfèrent s'en tenir implicitement au paradigme de la santé/non maladie s'en y prêter attention²⁶. Plus encore, rares sont les auteurs tel que Didier Fassin²⁷ à prendre en compte la nature politique de la santé.

²⁴ Bergeron, H., Castel, P. *Sociologie politique de la santé*, op.cit., p.112- 113.

²⁵ C'est le cas notamment des avis produits par la Société Française de Santé publique (SFSP) (voir note chapitre deux, partie un), le meilleur exemple en est la forte mobilisation de cette société savante en faveur d'une loi de santé publique en 2009 comme en 2014 à l'appui d'un argumentaire expert et scientifique, sans succès. Il s'agissait de « transformer l'essai » de la loi de santé publique votée l'été 2004 un siècle après la précédente, celle qui fut votée, la première, en l'espèce, en 1902.

²⁶ Ceci concerne tant les acteurs politiques et institutionnels de l'Etat central (pour exemple, ce compte-rendu public de la réunion interministérielle « Egalité et citoyenneté : la République en actes » du 6 mars 2015, la santé figure parmi les thématiques listés dans la synthèse des mesures concernant la « République au quotidien », aux côtés de « habiter », « vivre en sécurité dans l'espace public », Etudier », « Travailler », en tant que « Se soigner ». C'est aussi le cas de nombreux auteurs académiques de référence, comme Bruno Palier, Barbier et Théret, Dominique Polton, spécialistes des réformes des systèmes de protection sociale, et de santé, mais aussi de Patrick Hassenteufel ou bien de Jean de Kervasdoué.

²⁷ Fassin, D. *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*. Paris, Presses universitaires de France, 1996.

Les importants enjeux politiques et normatifs qui traversent les discours de la politique de santé, embarqués et non discutés, mais présents et « agissant », me semblaient devoir inciter au recours à une lecture cognitive et interprétative. Au fond, j'ai éprouvé à l'origine de mes intuitions de recherche ce que formule ainsi Michel Foucault :

« Il y a des effets de vérité qu'une société comme la société occidentale (), produit à chaque instant. On produit de la vérité. Ces productions de vérités ne peuvent pas être dissociées du pouvoir et des mécanismes de pouvoir, à la fois parce que ces mécanismes de pouvoir rendent possibles, induisent ces productions de vérités et que ces productions de vérité ont elles-mêmes des effets de pouvoir qui nous lient, nous attachent ». ²⁸

Ecueils rencontrés, découvertes

Les quelques lignes précédentes décrivent et expliquent l'itinéraire et la genèse de mon projet de recherche autour de trois intuitions : l'importance sous-estimée du rôle joué par les éléments paradigmatiques de la santé/non-maladie dans la fabrique de la réforme ainsi que des « solutions » et des « problèmes » invoqués; l'apparente et trompeuse rationalité d'une politique publique visant un objet complexe mal défini sous la forme illusoire et simpliste d'une politique du système de soin; une impasse théorique quant aux fondements d'un bon modèle de système de santé en termes de justice sociale.

L'étude de la fabrique de la réforme au moyen d'une approche discursive, critique, a orienté différemment ma recherche que je ne l'avais imaginé initialement. Celle-ci a révélé certes l'importance de la colonisation économiste du discours et de la politique de santé, mais aussi tout autant, l'existence d'une lutte de pouvoir dans le cadre de ce même paradigme de la santé/non-maladie entre État et promoteurs de l'économisme²⁹. Ainsi, la véritable question du point de vue de l'État, dans cette lutte de pouvoir, semble être celle de sa légitimité à gouverner la santé.

²⁸ Foucault, M., Lagrange, J. *Dits et écrits, 1954-1988*. (D. Defert, F. Ewald, Eds.). Paris, Gallimard, 1994, p. 404.

²⁹ L'économisme est ainsi caractérisé par Emmanuel Picavet : « L'économisme est une manière particulière de décrire l'action et le monde où elle prend place. Lutter contre cet économisme, c'est lutter en première ligne contre cette description, dont nous verrons qu'elle génère un mauvais opportunisme () Le mauvais opportunisme que visent, à raison, les détracteurs de l'économisme consiste en deux modalités : une certaine façon de formuler le contenu des opportunités (objets à consommer, objets à rendre produc- tifs, personnes comme

D'autre part, la première partie de mon travail visant à déconstruire les prénotions auxquelles les analystes ne prêtent pas attention a confirmé le caractère construit des objets et des acteurs mêmes de la politique de santé. Ces éléments m'ont amené à considérer la rhétorique de la réforme comme le théâtre d'une lutte de pouvoir pour le monopole de la santé dans le décor de cette politique publique.

Enfin, la décentralisation n'est pas véritablement l'objet d'une lutte de pouvoir entre acteurs de la santé. L'explication du blocage à l'origine d'une crise renouvelée de la santé ne peut pas non plus s'analyser au prisme d'une sorte de panne de modèle théorique. Les enjeux de la réforme se révèlent comme étant de nature véritablement politique, j'ai été ainsi conduite à m'intéresser aux enjeux démocratiques de la réforme du système de santé. Cette piste s'est finalement avérée plus pertinente pour l'analyse des enjeux de la réforme de la santé.

La démarche, type enquête, que j'ai adoptée dans une logique pragmatique, m'a permis d'orienter ma recherche de façon itérative dans le cadre d'un processus évolutif prenant en compte ces derniers éléments.

instruments, vision du monde comme étant « à la portée de la main ou de la bouche », etc.) et une certaine façon d'exploiter les opportunités (recherche de la rentabilité, arbitrage, déplacements de personnes comme des « pions », etc.). Ces deux modalités sont bien entendu étroitement liées et se renforcent mutuellement. On tend aujourd'hui à donner aux opportunités (ou aux « ensembles de choix ») une description de contenu qui facilite une certaine manière de les exploiter... » (Picavet E., « Faut-il lutter contre l'économisme ? », *Cités* 2001/2 (n°6), p. 159-171.)

INTRODUCTION GENERALE

« Le désir dit : « Je ne voudrais pas avoir à entrer moi-même dans cet ordre hasardeux du discours ; (...) ». Et l'institution répond : « Tu n'as pas à craindre de commencer ; nous sommes tous là pour te montrer que le discours est dans l'ordre des lois ; qu'on veille depuis longtemps sur son apparition ; qu'une place lui a été faite, qui l'honore mais le désarme ; et que, s'il lui arrive d'avoir quelque pouvoir, c'est bien de nous, et de nous seulement, qu'il le tient.»³⁰

³⁰ Foucault Michel, *L'Ordre du discours: leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*, Paris, Gallimard, 1999, p.9.

Dans cette introduction générale nous allons successivement aborder la problématique caractérisant les réformes de la santé en France et les angles d'analyse habituellement empruntés. Puis nous exposerons les particularités de notre projet de recherche, les choix théoriques et disciplinaires que nous voulons privilégier afin de renouveler l'étude de la politique de santé. Enfin, après avoir défini nos objectifs, nous terminerons par une courte présentation de notre plan découlant des éléments présentés précédemment. Le chapitre qui suit cette introduction générale développera les aspects méthodologiques de notre travail.

1/ Les réformes de la santé en France : problématique et angles de vue

L'inscription récurrente et persistante de la santé sur l'agenda politique ces dernières décennies justifie un intérêt renouvelé de l'analyste des politiques publiques. En effet, la particularité dans le champ de la santé de ce phénomène apparemment ordinaire, tient à ce qu'il se déroule autour d'un motif principal, répété à l'identique sous une forme qui s'aggrave, celui de la crise du système de santé. L'accélération manifeste de la réforme visant le « système de santé » depuis les années 1970 contraste avec le rythme lent de la réforme entre ces années-là et l'acte originel, la création de la « sécu », en 1945. Ce contraste est encore plus fort entre ce train-ci et celui de la réforme dans le champ de la santé publique, relativement pauvre, à l'exception des crises sanitaires liées à des questions de sécurité sanitaire.

La réforme et la crise

Les solutions aux problèmes posés en santé sont formulées sur l'agenda depuis trente ans comme autant de réponse à la « crise du système de santé » : le système de santé français coûte de plus en plus cher et trop cher pour des résultats discutables. De plus, des travaux ont mis en évidence une boucle négative où les impératifs de maîtrise économique induisent des réformes délétères sur le plan de l'égalité d'accès au système de santé contrariant sa

vocation universelle ³¹. Or, celle-ci est un élément majeur qui justifie l'intervention de l'État. Le modèle français serait menacé dans son existence même, ainsi que le suggère le titre donné par Didier Tabuteau à son essai, une fiction prédictive : *Dis, c'était quoi la Sécu ? Lettre à la génération 2025*.³²

Ce que l'on appelle « la crise du système de santé », s'interprète comme des difficultés de financement majeures auxquelles il faut adjoindre la survenue des scandales sanitaires mettant en tension les institutions sanitaires publiques (amiante, MCJ, canicule, sang contaminé ...). Ceci a constitué le motif central des réformes des trente dernières années et fait encore l'objet d'une attention particulière des médias et des auteurs, expliquant de fait la surabondance des travaux d'orientation soit médicale soit économiste concernant la politique de santé.

La question politique en santé se trouve ainsi réduite au choix entre assurance privée ou sociale dans la seule perspective des modalités de gestion et d'organisation de la production et de la distribution des soins. La rationalisation économique du système, au cœur des réformes successives, fait en effet, l'objet d'ouvrages critiques qui dénoncent le risque de transfert de la protection sociale vers un système assurantiel privé.³³ Cependant, les deux autres alternatives possibles, soit la mise en place d'un *National Health Service*, soit l'évolution vers une médecine de caisse à l'allemande semblent inacceptables en France. Si comme le montre Patrick Hassenteufel dans son ouvrage, *les médecins face à l'État*³⁴, ces trois systèmes connaissent des problématiques et évolutions convergentes, ils n'en demeurent pas moins nationalement spécifiques du fait des conditions de leur création.³⁵

La voie et le traitement économique comme explication et solution à la crise du système de santé ne fait cependant pas l'unanimité des auteurs. Ainsi, la posture adoptée par Frédéric Pierru, dans le livre qu'il a publié suite à sa thèse de

³¹ Barbier Jean-claude, Théret Bernard, *Le nouveau système français de protection sociale*, Paris, la découverte, repères n°382, 2004.

³² Tabuteau Didier, *Dis, c'était quoi la sécu? lettre à la génération 2025*, op.cit..

³³ Grimaldi, A., Tabuteau, D., Bourdillon, F. *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*. Paris, O. Jacob, 2011.

³⁴ Hassenteufel Patrick, *Les médecins face à l'État, une comparaison européenne*, Presses de science po, 1997.

³⁵ Bergeron, H., Castel, P. *Sociologie politique de la santé*, op.cit.

sciences politiques conduite sous la direction de Patrick Hassenteufel : la critique sociale passe d'abord par un « triple refus dont ceux de l'économisme et de la reddition face au bon sens gestionnaire »³⁶.

Les instruments de la politique de santé sont quant à eux remarquablement fidèles à la « tradition des théories de l'État de Hegel à Weber en passant par Marx d'un concept d'État qui domine la société la façonne la transcende ».³⁷ La place de l'État, particulièrement importante en France, comme le montrent les travaux de Patrick Hassenteufel³⁸, comparé à l'Angleterre et à l'Allemagne, ne fait que se renforcer de l'avis d'une majorité d'auteurs.³⁹ L'approche politiste classique, axée sur le rôle de l'État en tant qu'État social, garant de la protection sociale et de ses relations avec les groupes d'intérêt dont notamment les médecins, semble justifiée.

Nous l'avons déjà évoqué, des auteurs insistent sur le fait que les politiques de freinage de la dépense et de contrôle des coûts mises sur l'agenda gouvernemental depuis 1975 se sont traduites par vingt ans de politiques « néo-malthusiennes » (instauration et restriction du *numerus clausus*, instauration du secteur 2, du forfait hospitalier, baisse des taux de remboursement des soins ambulatoires et des médicaments), par le développement des mutuelles et la détérioration de la couverture des pauvres.⁴⁰

Les multiples mesures économiques prises depuis trente ans n'ont donc pas sorti le système de la crise, invalidant le motif économique qui s'épuise. La crise du système de santé français interroge finalement le modèle de politiques publiques dont l'État est l'agent central dans un contexte où le rôle de celui-ci s'est exacerbé sans aboutir au résultat escompté ainsi que le rôle de l'État providence, la santé se trouvant au cœur des questions de protection sociale.

³⁶ Pierru Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, éditions du croquant, 2007.

³⁷ Muller Pierre, *Les politiques publiques*, Paris, 1990, « Que sais-je ? » n° 2534.

³⁸ Hassenteufel Patrick, *Les médecins face à l'État, une comparaison européenne*, *op.cit.*

³⁹ Outre un auteur critique comme J-M Clément, (Clément, J.-M., *La santé étatisée: triomphe ou échec ?* Bordeaux, LEH éd., 2012.), voir aussi : Hassenteufel P., Palier B., « Les trompe-l'œil de la « gouvernance » de l'assurance maladie », *Revue française d'administration publique*, n°113(1), 2005, pp 13-27, ainsi qu'entre autres Schweyer F. X. « La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'état ou territorialisation? ». *Politiques et management public*, 1998, 16(3), pp 43-68.

⁴⁰ Barbier J.C. Theret B. *Le nouveau système français de protection sociale*, *op. cit.*.

Une autre vision de la crise

Si nous tenons avec ces deux termes, crise de l'État/social, une explication plausible à l'échec des politiques mises en place pour y faire face, cela n'explique pas la survivance, réforme après réforme, des paradoxes structurels constitutifs originels du système de santé en lui-même.

Les évolutions législatives nées de la mise sur l'agenda politique dans les années 1990 des problèmes d'inégalités d'accès aux soins (création de la CMU, volet santé de la loi contre les exclusions, création des PASS, des PRAPS...), de déficit récurrent de l'assurance maladie (réforme Juppé, création des ARH, montée en charge de la CSG...) et de crises sanitaires qui ont provoqué l'émergence de la démocratie sanitaire (loi 2002 sur le droit des malades...) peuvent être qualifiées de second et de premier ordre.⁴¹ Bruno Palier a mis en évidence dans ses travaux que les réformes conduites dans le domaine de la santé depuis les années 1970 ont été de premier ordre (modification dans les usages des instruments : modification du niveau des cotisations et des prestations) et seulement depuis les années 1990 s'impose le second ordre (changements limités aux voies d'action : création ou suppression de certaines prestations), sans qu'elles n'atteignent des changements de troisième ordre c'est à dire portant sur les finalités et modifiant le paradigme du système de santé français.⁴²

On serait tenté de dire que la réforme « Juppé », considérée par des auteurs comme une réforme de rupture⁴³, fait exception. Celle-ci transforme de fait la

⁴¹ « Le terme de paradigme est utilisé par Kuhn par analogie avec le monde scientifique. Ce sont les travaux de Hall qui ont transposé ce schéma à l'action publique. Ces travaux montrent que la dimension cognitive du paradigme n'est pas exclusive et que celui-ci est également porteur d'éléments normatifs et pratiques. » A partir des trois composantes des paradigmes : 1/ principes généraux définissant les finalités, 2/ application dans une politique caractérisable par des choix de modes d'action, 3/ les formes d'usage des instruments retenus, « pour Hall, rares sont les changements dits de troisième ordre portant sur les finalités, modifiant le paradigme et entraînant donc des modifications des deux autres composantes de rang inférieur. Régulièrement interviennent des changements limités aux voies d'action (dits de second ordre) mais le plus souvent, les changements se limitent à des modifications dans les usages des instruments (dits de 1^{er} ordre) » in Lascoumes Pierre, Le Galès Patrick, *Sociologie de l'action publique*, F. de Singly, Ed., Paris, Armand Colin, 2010.

⁴² Palier Bruno, *La réforme des systèmes de santé*, Paris, collection Que sais-je ? PUF, 2004.

⁴³ Hassenteufel P., Palier B., « Les trompe-l'œil de la « gouvernance » de l'assurance maladie », *Revue française d'administration publique*, *op.cit.*.

gouvernance de l'assurance maladie originellement paritaire vers une tutelle d'État et fait évoluer un financement tiré à son origine des cotisations salariales vers l'impôt. Pour autant, elle ne peut cependant pas être considérée comme une réforme de troisième ordre puisque le paradigme sur lequel est fondé le système de santé français ainsi que ses finalités sont inchangés.

Certes, la succession des réformes sans fin débouche, dans la période 2014, dans un contexte de crise aggravée par la crise sanitaire, sur l'affirmation politique d'une nécessaire refondation. L'appel à un « saut conceptuel » est le défi posé par le Premier Ministre au président du comité des sept sages créé afin de réfléchir à une « réforme structurelle » « comme axe stratégique de la politique de santé », annoncée par celui-ci lors de la venue à Grenoble le 8 février 2013.⁴⁴ Dès lors se pose la question de savoir si de tels changements de troisième ordre sont possibles. Réforme après réforme (depuis notamment les ordonnances "Juppé" en 1996 jusqu'à ce jour), **la politique de santé française semble prisonnière d'une « dépendance au sentier »⁴⁵, hypothèse néo-institutionnaliste.**

Cependant, une autre hypothèse serait que le paradigme de la santé français, en tant qu'acceptation de la santé confondue avec le soin, façonne les principales institutions de la santé : assurance maladie, médecine libérale, hôpital, et peut être considéré de ce fait comme un frein à la réforme.

Ces deux hypothèses ne sont cependant pas contradictoires.

⁴⁴ Ayrault Jean-Marc, 8 fev. 2013, *Discours du premier ministre sur la stratégie nationale de santé lors de son déplacement à Grenoble*, Servie presse Premier ministre.

⁴⁵ Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès présentent cette notion forgée dans le cadre de l'analyse de l'action publique : « L'État-providence et ses origines ont été un terrain fécond pour ce type de recherche en montrant comment les institutions ont été créées à la suite de conflits pour cristalliser des compromis, des rapports de force et orienter les politiques publiques...La force des institutions créées et des politiques publiques existantes constituent des contraintes extrêmement fortes pour la politique et les nouvelles politiques. Les politiques publiques sont progressivement orientées, structurées par des ensembles d'institutions de plus en plus denses qui résistent aux changements politiques. Certains auteurs qualifient ces processus de " dépendance au sentier" P.Pierson (2005, p. 20) », in Lascoumes Pierre, Le Galès Patrick, *Sociologie de l'action publique*, op.cit., p.100.

Une autre approche de la politique de santé

Reprenant à notre compte l'affirmation de Marc Fleurbaey, énoncée dans son traité sur les théories économiques de la justice selon laquelle : « Un « paradoxe » est toujours l'indice d'un problème. Mais ce problème peut provenir d'une difficulté réelle, ou d'un simple défaut du cadre conceptuel employé »⁴⁶. De ce point de vue, il semble nécessaire de s'intéresser aux aspects non seulement cognitifs mais aussi normatifs du cadre conceptuel des réformes du système de santé, donc des idées à l'œuvre de la fabrique de la politique de santé.

Les travaux que nous avons évoqués précédemment ainsi que ceux portant sur les réformes de système de protection sociale⁴⁷ apportent un éclairage utile sur la politique de santé mais ils portent un biais. Ils se basent en effet sur une définition de la santé comme absence de maladie. Dans ce cadre, celui de la protection sociale, la maladie est implicitement appréhendée comme un risque social de nature aléatoire et donc également distribué⁴⁸, la question de la causalité de la maladie étant hors de ce champ.

La santé est une catégorie complexe ayant fait l'objet de définitions différentes et dont la part objectivable elle-même est éminemment variable selon les époques et les sociétés. La conception qui prévaut à la mise en place d'une politique de la santé à un moment donné dans une société donnée peut être bien différente dans d'autres contextes temporeux et sociétaux appelant donc la construction de réponses nouvelles.

Ainsi, la politique de santé comporte une dimension cognitive telle que Pierre Muller la conçoit, à travers ses propos rapportés par Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès dans leur ouvrage, *Sociologie de l'action publique* : « toute politique publique correspond à une opération de découpage du réel à travers laquelle va être découpée et formatée la substance des problèmes à traiter ou la nature des populations concernées ». ⁴⁹

Pour appréhender les mutations politiques en cours dans le cadre d'une approche renouvelée, il est donc utile d'interroger le concept de santé, faisant

⁴⁶ Fleurbaey Marc, *Théories économiques de la justice*, Paris, Economica, 1996, p.160.

⁴⁷ voir auteurs cités note de bas de page n°18.

⁴⁸ Ce risque de maladie est en effet dénommé dans le vocabulaire de l'assurance maladie : risque de la vie.

⁴⁹ Lascoumes Pierre, Le galès Patrick, *Sociologie de l'action publique*, op.cit..

appel tant à des disciplines dites « médicales » (l'épidémiologie par exemple) que non médicales et notamment en recourant à la philosophie. Au-delà des travaux menés sur la double faillite économique et sanitaire du système de santé du point de vue de l'État et ou de la science économique, un champ nouveau en science politique s'ouvre ainsi, il suppose une déconstruction des notions, catégories et concepts en jeu.

L'apport de la philosophie permet d'explorer cette question fondamentale de la définition de la santé. Elodie Giroud⁵⁰ a passé en revue les conceptions qui existent, celles qui s'opposent : entre vision biomédicale et figure du statisticien moral, allié de l'État dans la poursuite de l'idéal républicain pour reprendre une figure décrite par Pierre Rosanvallon⁵¹. Enfin, Canguilhem rompt avec les conceptions tant statistiques qu'expérimentales du normal, la santé ne pouvant pour lui être définie entièrement objectivement et scientifiquement⁵². Cette lecture apporte un éclairage utile du jeu entre ces acteurs.

Dans l'ouvrage collectif : *penser la santé*, Caroline Guibet Lafaye mène une discussion sur le thème : « Penser le droit à la santé au prisme des capacités de base ». ⁵³Celle-ci procède de la comparaison de la stratégie mondiale de « la santé pour tous d'ici la 2000 » adoptée à l'unanimité lors de l'Assemblée Générale de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1981 avec les objectifs du millénaire adoptée par les états membres les Nations Unies. Son argumentation lui conduit à poser qu' « en formulant des objectifs de santé non plus seulement en termes de biens primaires – inspirés de la philosophie rawlsienne...- mais en termes de capacités, cette nouvelle orientation de la politique européenne de santé

⁵⁰ Giroud Elodie, *Après Canguilhem définir la santé et la maladie*, PUF, 2010.

⁵¹ Rosanvallon Pierre, *L'État en France de 1789 à nos jours*, éditions du Seuil, 1990.

⁵² La pensée de Canguilhem est ainsi restituée par Elodie Giroud : « la notion de *normativité biologique* introduite par Canguilhem s'enracine dans ce fait jugé irréductible et indépassable : le vivant *préfère* la vie à la mort, la santé à la maladie, il choisit, sélectionne () Il favorise certaines normes ou valeurs de vie et ainsi, se maintient et s'individualise... Dès lors la vie et la santé sont inobjectivables car, loin d'avoir le statut d'un objet, elles sont avant tout une « activité », un « comportement », une « allure », dont la normativité est d'abord appréhendée dans l'expérience individuelle. » in Giroud Elodie, *Après Canguilhem définir la santé et la maladie*, in, Giroud Elodie, *Après Canguilhem définir la santé et la maladie*, op.cit., p. 21-22 :

⁵³ Guibet Lafaye Caroline : « Penser le droit à la santé », in *Penser la santé*, PUF, 2009, pp 55-99.

publique pourrait plus adéquatement répondre au but que celle-ci s'est donnée en santé ». Cette discussion qui fait référence à deux théories majeures de la justice sociale, celle d'Amartya Sen et celle de Rawls ⁵⁴, procède de ce statut discutabile de la santé en tant qu'« objet » qui est considéré dans le cadre du modèle de justice sociale distributive, socle de la protection sociale en France, comme un bien produit par des offreurs de soins. Notre propos n'est cependant pas ici d'entrer dans cette discussion sur les différentes perspectives qu'offrent ces différentes théories du point de vue théorique pour fonder une politique de santé. Ce sujet devra faire l'objet de développements ultérieurs.

On ne peut donc faire l'impasse sur l'étendue des disciplines humaines et sociales pour définir et aborder la santé et donc la politique de santé ainsi que les réformes adoptées. Penser la santé comme un tout complexe est le défi posé à l'analyste de la politique de santé.

Enfin, les réformes du système de santé ne procèdent pas d'un problème qui serait formulé à partir de faits sociaux et transformé en problème politique par des médiateurs⁵⁵. Celles-ci abordent des problèmes produits par les acteurs institutionnels et politiques, en l'absence de débat public, les questions de santé se trouvent ainsi confisquées par leurs experts. Ceux-ci se trouvent être ainsi les principaux artisans de la réforme, ce qui justifie notre intérêt pour « la fabrique » de la réforme, en tant que telle.

⁵⁴ L'ouvrage de référence de John Rawls, *Théorie de la justice* (1971), a été revu par l'auteur en 2001 avec la publication de : *La justice comme équité. Une reformulation de Théorie de la justice*, La Découverte, coll. « La Découverte/Poche », 2008, avec pour objectif notamment de « rectifier les erreurs les plus graves de *Théorie de la justice* qui ont obscurci les idées principales de la conception de la justice comme équité, ainsi que j'ai nommé la conception de la justice présentée dans ce livre » (ibid., p.11). Dans cet ouvrage, Rawls oppose ainsi sa théorie à celle de justice distributive : « comment les institutions de la structure de base doivent-elles être régies en tant qu'ensemble unifié d'institutions, de manière à ce qu'un système équitable, efficace et productif de coopération sociale puisse être préservé au cours du temps() ? Il convient d'opposer cette question au problème très différent de savoir comment un panier donné de biens doit être distribué, ou alloué entre des individus variés() qui n'ont pas coopéré en aucune manière pour produire ces biens » (ibid., p.78)

⁵⁵ La lutte pour le droit des malades emblématisée par la loi dite Kouchner adoptée en 2002 fait de ce point de vue exception, mais ce sujet se trouve très en marge des réformes que nous voulons étudier sur la période 2004-2014.

Les deux politiques de la santé, deux « systèmes » pour la santé, mais une seule et même finalité ?

La politique de santé en France est souvent confondue avec la politique du système de santé et d'assurance maladie et donc la politique du système de soin. Ceci procède d'un double amalgame, d'une part celui de la santé avec l'absence de maladie, d'autre part de la définition même de la formule « système de santé » telle qu'elle est ainsi donnée par le *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale* édité par l'ENSP⁵⁶ :

« Ce terme désigne l'ensemble des institutions et acteurs de santé qui participent à la mise en œuvre des politiques de santé dans un pays , et leurs interrelations (...) dans les comparaisons internationales (...) on a l'habitude de faire référence à deux modèles :« bismarckien » financé par des cotisations sociales partagées entre employeurs et salariés (géré par des structures corporatistes et dirigées par les partenaires sociaux)« beveridgien » financé essentiellement par l'impôt et placé sous l'autorité de l'État ». ⁵⁷

Le système de santé lui-même, cette expression est communément admise et utilisée tant dans le domaine institutionnel qu'académique, est un objet commun très rarement choisi comme objet d'étude en soi. Ainsi, le préambule extrait de la préface des « séminaires de l'ENA, promotion « Michel de Montaigne » II, le système de santé en France » souligne le peu d'intérêt, tant de l'ENA que de Sciences Po et des grandes écoles, mais aussi même l'ENSP de Rennes, lesquelles n'ont pas d'enseignement permanent sur ce thème.⁵⁸

Cependant, dans le cadre d'une autre politique visant elle aussi la santé, un autre système a été formalisé et structuré en 2004, le "nouveau système de santé publique" en 2004 (terme employé dans le numéro spécial consacré par la revue Santé publique éditée par la SFSP (Société française de santé publique)⁵⁹ par la

⁵⁶ L'école nationale de santé publique a été rebaptisée par la loi de santé publique de 2004, EHESP, Ecole des hautes études en santé publique; cette école forme les cadres sanitaires de l'État, médecins de santé scolaire de l'éducation, directeurs d'hôpitaux, corps d'inspection sanitaire, ingénierie sanitaire...

⁵⁷ Bercelli Paolo, Lamour Patrick, Ricot Jaques et Schweyer François-Xavier, *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale*, F. Tuffreau Ed., Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2013.

⁵⁸ École nationale d'administration (Ed.). Promotion Michel Montaigne : *Séminaires II*: « Le système de santé en France », Paris, Berger Levrault, 1988.

⁵⁹ SFSP, *La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, Santé publique, n°4 spécial loi de santé publique, décembre 2004, pp 581- 725.

loi de santé publique promulguée cet été là. Ainsi, peut-on repérer et décrire l'existence de deux politiques distinctes de la santé en France, politique de santé publique et politique dite de santé, qui est la politique du système de soins.

Si les conditions de mise à l'agenda de ces deux politiques de la santé (santé publique d'une part, santé/maladie-soins d'autre part) diffèrent, celles-ci présentent des caractéristiques similaires, celles d'exclure le politique dans la mesure où celles-ci ne procèdent le plus souvent pas de problèmes publics.

Certes, dans le champ du système de santé, à côté des décideurs classiques, politico-administratifs et économiques sont apparus des entrepreneurs collectifs relativement nouveaux sur l'échiquier que sont les associations de malades (la naissance du CIS est contemporaine de la loi sur le droit des malades promulguée en 2002). Les scandales sanitaires (affaire du sang contaminé, vache folle, canicule ...) ont éclairé à partir des années 1990 cette face sanitaire de la santé qui s'est inscrite dans l'espace public.⁶⁰ Néanmoins, l'interprétation du rôle de ce nouvel acteur doit se faire avec précaution. Pour Frédéric Pierru : « force est de constater que l'utilisateur est bien plus parlé qu'il ne parle et qu'il est plus loin, très loin, de constituer réellement un « contre-pouvoir » « L'État s'accommode beaucoup mieux de « l'utilisateur » que des syndicats ». ⁶¹

En matière de santé publique, la mise sur l'agenda est principalement le fait d'acteurs politico-administratifs (administration centrale d'État et de ses satellites, Direction générale de la santé du ministère de la santé) et de groupes d'intérêts catégoriels (dont un lieu d'expression professionnel est la SFSP en tant que société savante) parfois conflictuels (lobbies du tabac et de l'alcool).

La politique de santé publique, captée par ses experts, ne fait que rarement l'objet du débat public ou du discours politique en tant que telle. L'adoption de la deuxième loi de santé publique en France, dans un remarquable silence médiatique, lors de l'été 2004 un siècle après la promulgation de la première du genre en 1902, en est une illustration exemplaire⁶².

⁶⁰ Romeyer Hélène, *La santé dans l'espace public*, Presses de l'EHESP, 2010.

⁶¹ Pierru F., *Hippocrate malade de ses réformes*, op.cit.

⁶² Bergeron, H., Nathanson, C., « Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004 », *Sciences Sociales et Santé*, 32(4), pp.5-32, 2014.

Enfin, ces deux politiques de la santé, santé publique, système de soin, diffèrent sur un point fondamental, le rapport des médecins à l'État. Si l'hygiéniste est historiquement l'auxiliaire de l'État dans cette mission⁶³, ce n'est pas le cas du clinicien du fait de sa déontologie et de son exercice libéral. Ce dernier trouve en la figure du patient un allié objectif dans sa déclaration d'indépendance et de liberté, pierre angulaire de la fondation du système de santé à la française, par l'intermédiaire des partenaires sociaux de l'assurance maladie. Ainsi nous distinguons deux politiques de la santé, l'analyste de la santé, n'en prend habituellement en compte qu'une.

Certes pour reprendre un trait fort de l'analyse de Patrick Hassenteufel sur le pouvoir des médecins, les serviteurs de la santé publique sont privés d'un attribut important de la puissance médicale puisqu'ils ne prétendent pas « ressusciter des morts »⁶⁴ (citation extraite et rapportée par Alphonse d'Houtaud concernant la mythologie grecque dans son ouvrage de sociolinguistique⁶⁵) et qu'ils n'entrent pas dans l'imaginaire très actuel « d'une vie illimitée », pour reprendre l'expression donnée au titre de l'ouvrage de Francesco Paolo Adorno.⁶⁶ Ainsi, ces deux politiques différentes ayant le même objet, la santé, poursuivraient deux finalités distinctes l'une de l'autre : « vie illimitée » et « vie en bonne santé ».

Ceci peut expliquer la place problématique de la santé publique dans les analyses de la politique de santé en France. Notons ici que celle-ci interroge la finalité

⁶³ Voir sur ce point le chapitre « l'Instituteur du social », paragraphe 5 : « l'État hygiéniste » de l'ouvrage de Pierre Rosanvallon, *L'État en France: de 1789 à nos jours*, op.cit.

⁶⁴ « Asclépios, le Dieu-médecin, fils d'Apollon (le Dieu de la lumière, déjà purificateur et guérisseur) fut un brillant élève en médecine et un praticien si efficace (n'a-t-il pas ressuscité lui-même un mort?) que sur la plainte d'Hadès, Zeus (le père d'apollon) dû le foudroyer ». En effet, pour que règne l'ordre dans le cosmos, il n'était pas acceptable que des succès (les résurrections) bouleversent les lois établies. La volonté divine ne pouvait tolérer que l'empire de la mort soit remis en cause. Sa fille Hygié est restée en vie: « la piété populaire en a fait la déesse de la santé ». A défaut d'une résurrection ou d'une garantie d'immortalité, la santé représente l'objet des aspirations humaines, l'image du bonheur dans une vie terrestre éphémère. Elle apprenait aux Grecs qu'ils pouvaient rester en bonne santé si ils vivaient selon la raison et la modération... Asclépios est le type du héros se survivant par de-là la mort grâce à une lignée de disciples qui eux se résignent au sort des humains à l'ombre du culte rendu à l'ancêtre éponyme ».

⁶⁵ D'houtaud Alphonse, *Sociologie de la santé, langage et savoirs environnement et éthique*, Paris, L'Harmattan santé, sociétés et cultures, 1998.

⁶⁶ Adorno Francesco Paolo, *Le désir d'une vie illimitée: anthropologie et biopolitique*, Paris, Kimé, 2011.

même de cette politique. Dans ses conclusions, Frédéric Pierru, pointe, sans toutefois l'explorer, la question de l'impossible ou difficile intégration de la santé publique dans la politique dite de santé (celle du système de santé). C'est une lacune importante à considérer.

Un paradigme en santé dépassé par le réel

En termes de connaissances scientifiques, la « réalité » de la santé elle-même, telle qu'elle est objectivée par les nouvelles données socio-épidémiologiques s'inscrit dans un nouveau paradigme en rupture avec le paradigme biomédical de la santé considérée comme l'absence de maladie (que nous nommerons le paradigme de la santé/non-maladie). Le développement de la sociologie de la santé et de l'épidémiologie sociale a permis la mise à jour de ces nouvelles connaissances. On admet aujourd'hui que le système de soin, lequel demeure néanmoins le pilier du système de santé, ne détermine la santé de la population que dans une proportion de 20% aux côtés d'autres déterminants de la santé situés en dehors de celui-ci.⁶⁷ Ces constats, tirés des travaux d'épidémiologie sociale principalement anglais, sont rappelés par les auteurs du livre : *être ou ne pas être en bonne santé*, dans leur préface:

« Deux arguments nous ont convaincus de faire ce livre. Tout d'abord, l'évolution récente des connaissances sur les déterminants de santé (...) le second argument est la remise en question de plus en plus fréquent des systèmes de soins traditionnels en tant que déterminants de la santé et du bien-être des populations ».

Jeanine Pommier, professeur à l'EHESP, nous livre quelques clefs au sujet du déterminisme social en santé :

« Actuellement l'hypothèse la plus plausible serait que les facteurs sociaux et économiques, tels que la distribution des revenus, la cohésion sociale, ont non seulement des impacts sur les comportements individuels mais ont aussi et surtout des répercussions biologiques directes pas des mécanismes qui ne sont pas encore bien identifiés »⁶⁸.

Or, les analyses des politiques de « protection maladie » pour reprendre l'expression utilisée par Patrick Hassenteufel au commencement de son chapitre : « les médecins face à la maîtrise des dépenses de santé », « ne se posent pas la question de l'origine des maladies ». Ce dernier effleure ce sujet tout en précisant : « il n'entre cependant pas dans notre propos d'effectuer une

⁶⁷ Evans Robert G. Barer Morris L. Marmor Théodor R., *Être ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la santé*, Paris, les presses de l'université de Montréal, 1996.

⁶⁸ Pommier J. « Les évolutions de la promotion de la santé et de la prévention », op.cit..

analyse détaillée de l'accroissement des dépenses », considérant qu'il est établi que :

« Cette forte croissance des dépenses de santé ne s'explique pas seulement par l'alimentation inflationniste entre l'offre et la demande de soins, mais aussi par des facteurs structurels tels que le vieillissement de la population et de progrès technique en matière de santé. »⁶⁹

La divergence de vue est ici nette à propos de cette question du vieillissement, entre politistes pour lesquels il s'agit d'un facteur explicatif tandis que les propos de l'éditorial de François Baudier titré « une invitation à réfléchir » soulignent l'existence des arguments sérieux infirmant cette causalité supposée dans l'augmentation des dépenses de santé.⁷⁰ Il en est de même de cette affirmation reprise par l'auteur lequel poursuit ainsi :

« Remarquons plutôt que cette forte croissance a conduit à une amélioration sensible de l'état de santé de la population comme le montrent la baisse de la mortalité infantile ou l'accroissement de l'espérance de vie. »

Il est admis aujourd'hui du point de vue de la santé publique que l'amélioration de la santé qu'ont connu les pays occidentaux dans l'après-guerre est essentiellement due à l'élévation du niveau socio-économique de la population, à l'amélioration de ses conditions de vie et de travail en lien avec l'expansion des progrès techniques (c'est ainsi que Jean de Kervasdoué, dans son ouvrage, *Santé pour une révolution sans réforme*, rend hommage à l'inventeur du « frigidaire »⁷¹). Enfin, il n'y a pas non plus de corrélation entre niveau de dépenses de soins et état de santé. Les USA qui dépensent 15% de leur PIB en dépenses de soin ont un niveau global de santé de leur population (par la mesure de l'espérance de vie précisément) moins bon que le Japon qui en dépense 7%. Quant à la mortalité infantile, elle est directement corrélée au niveau d'éducation des mères, ce qui a été largement démontré dans l'expérience humanitaire en pays en développement. En France même, où la situation était particulièrement

⁶⁹ Hassenteufel Patrick, *Les médecins face à l'État, une comparaison européenne*, op.cit.

⁷⁰ Baudier François: « Editorial : une invitation à réfléchir », in *les dossiers de la santé de l'homme*, CFES, 1996, n° 25, p. II. et « contre les discours simplistes et les raccourcis d'analyse » in *Les réformes des systèmes de santé spécificités et convergences*, ADSP, 18 mars 1997.

⁷¹ De Kervasdoué Jean, *Santé pour une révolution sans réforme*, Paris, Gallimard, le débat, 1999.

calamiteuse au lendemain de la deuxième guerre mondiale (pire que dans les autres pays d'Europe), le même constat avait été fait et a conduit à la création des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) en 1945. Notons que cette action n'est pas comptabilisée dans les « comptes de la santé » (terme utilisé pour désigner les comptes de l'assurance maladie) *a fortiori* depuis les grandes lois de décentralisation puisqu'ils comptent dans les effectifs des Conseils généraux depuis lors.

Ainsi, un croisement de disciplines permettrait un approfondissement de l'analyse. Un obstacle à un tel projet est que la santé publique, en France, est une discipline confidentielle (discipline médicale mais non clinique donc de nature ambiguë). Les professeurs de santé publique sont notamment cantonnés dans le cadre hospitalo-universitaire. Quelques cas particuliers d'appartenance hybride existent bien que minoritaires, associant expertise médicale et économique et ou bien médicale et droit public. A notre connaissance, la double compétence santé publique et science politique fait cependant défaut. Sur ce point, Didier Fassin fait exception : initialement médecin interniste hospitalier, celui-ci se forme à la santé publique, puis présente une thèse en sciences sociales. Celui-ci est aujourd'hui médecin, sociologue et anthropologue, aussi nous appuierons nous sur ses travaux originaux pour éclairer notre réflexion.

L'évolution de l'état de santé des populations dans les pays dits développés, telle qu'elle se présente donc aussi en France, a conduit au développement de nouveaux modes d'intervention en santé publique. Les politiques dites de "promotion de la santé" ont ainsi vu le jour au plan international (déclaration de l'OMS adoptée par les États à OTAWA en 1986).⁷² Celles-ci participent d'une conception de la santé proche de la définition de la santé donnée par Bury, à savoir : « l'équilibre et l'harmonie des possibilités de la personne humaine en adaptation dans un environnement en perpétuelle mutation ».⁷³ Si ce nouveau concept influence les politiques de santé des pays francophones dont la figure

⁷² Deschamps Jean-Pierre, *De Paris (1946) à OTAWA (1986)*, « 40 ans de promotion de la santé », in les dossiers de la santé de l'homme, CFES, n° 25, 1996, p. VI à X.

⁷³ Bury, Jaques A., *Education pour la santé: concepts, enjeux, planifications*, Bruxelles, De Boeck-Université, 1997.

emblématique est le Canada. L'IGAS, dans son rapport annuel 2003⁷⁴, constate que celui-ci ne pénètre qu'avec retard et partiellement les politiques de santé en France. D'autres auteurs, tels que le Professeur Deschamp, notamment sont encore plus critiques, nous y reviendrons.

Bien que les politiques de développement durable aient un certain succès en France, la santé n'y est que rarement intégrée tandis qu'au plan international, pour exemple, cette intégration s'est traduite par la fusion du réseau des villes santé de l'OMS avec celui des villes durables.⁷⁵ Alors que la définition de la santé donnée par l'OMS en 1945 comme un état complet de bien-être (...) est assez connue en France, bien plus rare est la référence à l'article premier de la déclaration de Rio qui fonde le concept de développement durable et qui énonce : le droit de tout homme à vivre dans un environnement favorable à la santé.

Mais la promotion de la santé implique un véritable renversement par rapport aux conceptions classiques de l'intervention publique en santé telles que l'avaient posées le modèle hygiéniste puis curatif : l'objet de politique publique se déplace ainsi de la maladie vers la santé entendue comme positive (état de bien être ou capacité à mener sa vie). C'est aussi une révolution pour la santé publique migrant d'une mission d'auxiliaire de l'État dans sa fonction régaliennne de contrôle de la population, vers une fonction de renfort et de soutien à l'individu critique.

Ces nouvelles approches sont porteuses de progrès mais elles peuvent aussi représenter un risque (et/ou des opportunités) en termes de redistribution des rôles et du pouvoir. Au-delà d'enjeux potentiels de pouvoirs entre acteurs, d'un point de vue cognitif, l'incompréhension est, nous rappelle Didier Tabuteau dans son article « Crises et réformes »⁷⁶, une donnée classique de la difficulté à adopter une posture copernicienne. L'auteur, à son insu, en témoigne, à travers ce récit concernant la santé publique :

« Pendant longtemps, les accidents individuels de santé comme les épidémies ont été placés sous le sceau de la fatalité et de la malédiction divine. Avec l'essor de la médecine, ils sont devenus une affaire privée

⁷⁴ IGAS, *Rapport annuel 2003 Pour une prévention durable*, op.cit..

⁷⁵ S2D Centre collaborateur de l'OMS, *Santé et développement durable des plans d'action pour les villes santé de l'OMS*, <http://www.s2d>.

⁷⁶ Tabuteau D. « Crises et réformes » *Les Tribunes de la santé*, 22, (1), 2009, pp.19-40.

relevant du colloque singulier (...) Or, depuis les années 1980, les progrès de la connaissance médicale et la survenue de drames de santé publique ont provoqué l'irruption de la causalité dans la politique de santé [...] L'accident, l'épidémie, la contamination ne sont plus le fait de la Providence mais [...] la conséquence naturelle de notre science, de notre politique et de notre morale ». ⁷⁷

Une autre histoire nous est apportée par Didier Fassin dans son essai, *Faire de la santé publique* ⁷⁸, celui-ci rappelle l'existence et l'histoire des politiques sanitaires pilotées par l'État de l'ère de la maladie avant celle de la médecine. De surcroît, la médecine moderne, celle qui est née avec la découverte des microbes, n'est devenue individuelle qu'à travers son essor curatif. A son origine, à l'époque des hygiénistes, minutieusement décrite par Jorland ⁷⁹ dans son ouvrage, *Une société à soigner*, elle n'était que collective.

Ce qui est en effet nouveau et admis aujourd'hui, c'est la société du risque dont les phénomènes décrits par le créateur du concept moderne de « sécurité sanitaire » présentent toutes les caractéristiques. Si Didier Tabuteau considère le que le terme de santé publique est par trop désuet et nécessite donc une modernisation, celle-ci est comprise dans le registre biomédical du modèle curatif sans révolution paradigmatique. Ceci n'est pas sans conséquence, dans l'exposé des nombreux textes majeurs de loi caractérisant le quart de siècle dernier, l'auteur ne cite pas la loi de santé publique votée en 2004, pourtant la deuxième après celle de 1902, et à ce jour la seule adoptée depuis lors.

Enfin, la notion de causalité est présentée par le haut serviteur de l'Etat comme une invention moderne en santé, à l'origine d'un nouveau défi posé aux pouvoirs publics alors qu'elle est au cœur de l'épidémiologie classique depuis un siècle grâce aux techniques statistiques. Inversement, les « progrès réalisés dans la connaissance des déterminants de la santé » sont présentés par l'auteur comme pouvant « multiplier dangereusement les situations de « responsabilisation », risque qui constitue plus sûrement l'apanage de l'approche épidémiologique classique, avec les notions de comportement à risque et de facteur de risque,

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ Fassin D. *Faire de la santé publique* Rennes, Éditions de l'École des hautes études en santé publique, 2008.

⁷⁹ Jorland G. *Une société à soigner: hygiène et salubrité publiques en France au XIXe siècle*. Paris, Gallimard, 2010.

donc avant l'avènement d'une épidémiologie sociale et de la dénonciation de la « black box épidémiologique ». Si la notion de déterminant conduit bien en effet à une responsabilisation, c'est au niveau politique et public, en termes de « politiques publiques saines », titre d'un axe de la Charte d'Ottawa, c'est-à-dire de construction de politiques favorables à la santé, du slogan OMS « la santé dans toutes les politiques ».

Revenons à présent au concept de promotion de la santé, tel qu'il est défini sur la scène mondiale. En conformité avec la primauté consacrée par le libéralisme politique à l'individu cette approche s'inscrit dans une rupture avec le modèle républicain lui-même en tension avec le référentiel néolibéral. Elle entre ainsi en conflit avec la conception républicaine du rapport particulier entre l'individu et l'État où l'individu devrait s'effacer devant la souveraineté incarnée par un État exprimant la volonté générale. La démonstration conduite sur la nécessité de rénover la République par Thierry Ménissier est un appui précieux pour explorer cet aspect normatif constitutif du paradigme de la santé en France.⁸⁰

Il existe donc une convergence entre le nouveau paradigme de la santé représenté par la promotion de la santé avec une possible articulation entre les éléments de réalités restitués par la santé publique moderne et les théories et notions pensées par la philosophie politique (non seulement la théorie développée par Thierry Ménissier mentionnée ci-dessus mais aussi les conclusions de Caroline Guibet Lafaye présentées plus haut).

Entre nouvelle grammaire et nouveau système, les réformes de 2004 à 2014 : entre santé publique et territorialisation

Dans le renforcement de son rôle à l'œuvre dans les réformes de ces dernières années, et compte-tenu de son devoir à garantir la santé pour tous, l'État semble vouloir compenser le manque grandissant de solidarité à contre-sens d' « un cycle de l'État s'achève », selon la formule empruntée à G.Poggi par Pierre Lascoumes et Patrick le Galès.

Dans ce contexte où « le modèle classique des politiques menées à titre principal par un État centralisé sur des secteurs bien délimités est dépassé » aujourd'hui,

⁸⁰ Ménissier Thierry, *La liberté des contemporains Pourquoi il faut rénover la république*, Grenoble, PUG, 2011.

soulignent Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès,⁸¹ la territorialisation, apparaît comme le nouveau marqueur de la grammaire des discours politiques.

A travers les réformes de 2004 puis celles de 2014, la politique de santé participe de ce même paradoxe que toute autre politique publique tel qu'exprimé par Pierre Muller, dans *Les politiques publiques*⁸². L'auteur y souligne le fait que les sociétés industrielles ont connues de profondes mutations au cours de la seconde moitié du XXème siècle ayant affecté leurs modes de régulation. On assiste d'une part à « une sorte de triomphe de l'état régulateur, manifesté par la prodigieuse multiplication des interventions publiques dans tous les domaines de la vie quotidienne », tandis que les modèles d'action ayant fait le succès de l'État sont en crise.

Les débuts de la grammaire de la territorialisation se lit dans les textes visant les SROS de troisième génération dans lesquels le mot santé est venu remplacer le mot soin (ou l'adjectif sanitaire) et la notion de territoire de santé se substituer aux secteurs sanitaires, le projet de santé de territoire au projet médical d'établissement. Celle-ci a trouvé sa première déclinaison concrète dans la régionalisation du système avec la création des ARH puis des ARS. Certes cette territorialisation ne remet pas en cause le principe d'une politique de centralité d'État comme le prouve le mouvement de recentralisation de la politique de santé publique organisée en 2004, par la loi sur libertés locales promulguée le même été 2004. La question non formulée de la décentralisation du système de santé est absente des débats concernant le premier volet du train de réformes entamé en 2013 sur les collectivités locales.

La loi de santé publique promulguée en 2004 affirme la responsabilité entière de l'État en santé, avec corollaire la recentralisation des compétences de santé publique qui avaient été confiées aux collectivités par les grandes lois de décentralisation des années 1983 dans le cadre de la loi sur les libertés locales promulguée le même été. Cependant, le terme de territoires en santé sera confirmé dans le titre même de la loi HPST en 2009. Cette tendance forte se poursuivra dans le cadre de la préparation de la loi de santé prévue en 2014,

⁸¹ Lascoumes Pierre, Le galès Patrick, *Sociologie de l'action publique*, op.cit.

⁸² Muller Pierre, *Les politiques publiques*, op.cit.

reportée à 2015 avec la création du « service territorial de santé au public ». Celui-ci ne sera cependant pas confié aux collectivités territoriales.

Le mouvement de régionalisation du système fortement renforcé avec la mise en place des ARS s'accompagne d'un encouragement à l'investissement et à l'engagement volontariste des collectivités en santé et d'une politique contractuelle dont les deux termes paraissent déséquilibrés. En l'absence de compétence reconnue et de financement solidaire, l'effort des collectivités territoriales risque de ne pas être soutenable dans le cadre des finances locales publiques de plus en plus contraintes. Ce problème, ni identifié ni politisé, n'a pas fait l'objet d'une mise sur l'agenda politique.

Si la santé a suivi le même mouvement que les autres politiques décentralisées lors de l'acte I, après l'enchantement d'une autonomie et de l'affranchissement à l'assujettissement à l'État, le désenchantement des contraintes formées par les nouveaux modes d'action de l'État⁸³, sa particularité réside dans la recentralisation opérée lors de l'acte II. Ce mouvement, à contre sens donc d'autres politiques publiques, converge avec la logique d'étatisation du système de santé.

Quelle fonction recouvre la nouvelle grammaire de la territorialisation et de la gouvernance dans le discours de la santé et dans le jeu des acteurs depuis le grand retour de l'État garant en santé publique en 2004 jusqu'à l'avènement du service « territorial » inscrit dans la loi de santé 2015?

La prise de pouvoir par l'État, justifiée successivement par les impératifs économique d'efficacité, d'efficience, entre en contradiction avec la notion de société ingouvernable qui serait caractéristique de notre société post moderne, selon la formule empruntée à Papadopoulos par Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès dans *sociologie de l'action publique*.⁸⁴

L'interprétation de sens appliquée aux mots « gouvernance » et « territoires » dans les dispositifs proposés à l'approche de la loi de santé de 2014, et qui tendent à renforcer le pouvoir des ARS, semble être le trait d'un faux-nouveau référentiel de politique publique.

⁸³ Sur ce point, voir l'ouvrage collectif : Douillet Anne-Cécile, Faure Alain, Halpern Charlotte, Leresche Jean-Philippe (Eds.), *L'action publique locale dans tous ses états: différenciation et standardisation*, Paris, l'Harmattan, 2012.

⁸⁴ Lascoumes Pierre, Le galès Patrick, *Sociologie de l'action publique*, op.cit.

La territorialisation en santé, laquelle procède de la convergence des politiques publiques et d'un mouvement d'historicité, pose la question de l'impossibilité de penser l'État local en France : « Penser l'État local, une question hors sujet sur le plan théorique ? (en référence aux travaux conduits par Alain Faure : *les politiques publiques à l'épreuve de l'action locale, critiques de la territorialisation*.⁸⁵)

Cette crise potentielle de la centralité (État central, républicain et social) se joue dans le cadre d'un paradigme biomédical au sein duquel intérêts et acteurs convergent. Le versant financier de la « crise du système de santé » signe la force d'un économisme toujours dominant et la mise en tension du contrat social. Cependant, le versant sanitaire de la « crise du système de santé », porte les traits de la société du risque décrite par Ulrich Beck, et donc d'une nouvelle configuration des lieux du politique et du rôle du citoyen.

Paradoxes et incertitudes constitutifs inhérents au « modèle » français

Le paradoxe originellement constitutif du système de santé français se lit dans cette formule de Jean de Kervadoué, celle d'un « système bourgeois socialisé par les cotisations sociales ».⁸⁶ Or, ainsi que le souligne l'auteur de, *Santé pour une révolution sans réforme*, dans son ouvrage, le principe d'honoraires libres, fixés par le médecin, entre en contradiction avec celui d'assurance sociale, « on n'assure pas un risque dont on ne connaît pas en cas d'occurrence les conséquences financières ». Ainsi caractérisé, on pourrait considérer ce modèle comme structurellement non viable économiquement. Les graves difficultés de financement du système de soin auraient donc pu « raisonnablement » provoquer une remise en cause de ce modèle économiquement « bancal ».

Dans le contexte de l'après-guerre de domination du paradigme de la justice sociale distributive et des États providence, le rôle de l'État a été de garantir un système de protection sociale pour protéger le citoyen face au risque maladie, risque social de causalité naturelle. L'alignement du référentiel sectoriel de la

⁸⁵ Faure Alain, Négrier Emmanuel (Eds), *Les politiques publiques à l'épreuve de l'action locale: critiques de la territorialisation*, Association française de science politique, Groupe Local et politique, et Association française de science politique, Politiques publiques, Paris, L'Harmattan, 2007.

⁸⁶ De Kervadoué Jean, *Santé pour une révolution sans réforme*, op.cit..

santé avec le référentiel global néolibéral, souligné par Bruno Jobert, mettent en tension de l'équilibre construit en 1945.

Il est consensuel d'associer les trente glorieuses du système de santé à l'âge d'or de l'État keynésien modernisateur et de considérer les réformes rationalisant le système de santé comme résultant de l'effet ciseau économique/social, de la critique des politiques anciennes menées dans les années 1970. Dans ce contexte, depuis 30 ans, les auteurs s'affrontent sur une divergence entre tendance à une privatisation versus renforcement du rôle de l'État.⁸⁷

Le modèle lui-même de justice distributive dominant après guerre est ainsi aujourd'hui concurrencé par d'autres modèles de justice sociale⁸⁸, outre les théories de Rawls qui ont la préférence de nombreux auteurs, nous avons aussi déjà rapidement évoquées celles d'Amartya Sen avec la notion de « capacités » semblant pouvoir utilement être mobilisée en santé, au moins pour sa proximité avec la notion de capacité, notion plus judicieuse pour rendre compte de la santé que la classique référence à la maladie. La discussion menée par Nancy Fraser entre reconnaissance et redistribution permet de nourrir cette réflexion évitant d'opposer théorie de la reconnaissance et justice distributive.⁸⁹

Le deuxième paradoxe, mis en évidence par les premiers rapports « la santé en France » produits par le Haut Conseil en santé publique (HCSP)⁹⁰ est celui du « paradoxe français »⁹¹ déjà évoqué. Certes, la transition épidémiologique⁹² comme cause d'inadaptation du système de santé a été mise en exergue par la

⁸⁷ Sur ce point, voir le chapitre : « la santé entre privatisation limitée et couverture universelle » dans l'ouvrage: Jean-claude Barbier et Bernard Théret : *Le nouveau système français de protection sociale*, op. cit. .

⁸⁸ Voir la mise en perspective de ces théories par Marc Fleurbaey dans son ouvrage: *Théories économiques de la justice*, op.cit.

⁸⁹ Fraser Nancy, *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, Editions la Découverte, Paris, 2011.

⁹⁰ HCSP, « Avis sur les orientations stratégiques du rapport sur la santé des Français, le paradoxe français », in *la santé en France en 2002*, Paris, La Documentation française, 2002.

⁹¹ Celui-ci est caractérisé par de très bons résultats de santé sur certains indicateurs mais la plus grande inégalité de santé entre cadres et ouvriers d'Europe et la plus grande surmortalité prématurée masculine d'Europe.

⁹² Celle-ci consiste en le remplacement de la prédominance des maladies aiguës et infectieuses par des maladies chroniques non infectieuses fortement liées à l'environnement et aux habitudes de vie.

Société française de santé publique ⁹³ mais c'est la question des inégalités sociales de santé qui est posée comme le nouveau fléau à combattre.

La politique de santé obéit à cet égard à la loi générale que suivent les autres politiques sectorielles et que Pierre Muller énonce ainsi :

« L'accroissement de l'historicité des sociétés modernes (...) conduit à la situation paradoxale (...) où de nombreuses politiques publiques n'auront d'autre objet que la gestion des désajustements produits par d'autres politiques sectorielles la société sectorielle en perpétuel déséquilibre génère en permanence des problèmes ».⁹⁴

Mais le plus remarquable à cet égard nous semble être la puissante trame normative de la politique de santé. L'idéal républicain d'égalité en santé demeure la vocation affirmée du système de santé sans que cet idéal ne défaille, s'imposant comme finalité irrémédiable et indépassable de la politique de santé.

Or, rappelle Patrick Savidan dans son livre, *Repenser l'égalité des chances* :

« Pour des raisons sur lesquelles il nous faudra revenir, le problème des inégalités est au cœur de nos représentations de la justice sociale. Les questions laissées en suspend, quant à la nature et la portée du projet moderne d'égalisation, ne pouvaient donc qu'introduire un foyer d'indétermination dans l'idée même de justice sociale »⁹⁵

Et à propos du principe d'égalité des chances, l'auteur souligne que :

« Cette formule de l'égalité (...) paraissant seule en mesure de résoudre la contradiction philosophique et sociale qui, dès la Révolution française, s'est instaurée entre la garantie des libertés fondamentales et toute une série d'aspirations à une égalité plus grande, alimentées par le constat de l'insuffisance de l'égalité formelles des droits. »⁹⁶

Or, compte tenu de l'incapacité des politiques publiques à traduire cet idéal dans la réalité, « C'est un peu comme si nous voulions l'égalité des chances, comme doctrine, tout en la sachant impossible... ».

Le modèle français de « système de santé » se présente comme idéalement cohérent du fait des syllogismes qui assurent la validité de ses principes constitutifs : l'État garant de l'égalité devant la santé grâce au financement solidaire à chacun selon ses besoins, des meilleurs soins possible, par la

⁹³ SFSP, *Questionnement et propositions sur la politique de santé en France*, sous la direction du Professeur Grémy François, Vandoeuvre lès Nancy, SFSP, 2002.

⁹⁴ Muller Pierre, *Les politiques publiques*, op.cit, p.14.

⁹⁵ Savidan Patrick, *Repenser l'égalité des chances*, Paris, Hachette littératures, 2010, p.19.

⁹⁶ Ibid, p.21.

protection sociale obligatoire. Cependant, ceux-ci ont pour prémisse initiale, la définition de la santé comme absence de maladie, laquelle constitue le socle de ce que nous nommons le paradigme de la santé/non-maladie. Or, nous l'avons vu précédemment, ce paradigme semble dépassé par la réalité et ainsi que le souligne Edgar Morin dans ses travaux sur la complexité, citant Kuhn :

« Tout progrès important de la connaissance (...) s'opère nécessairement par la brisure et la rupture des systèmes clos, qui ne possèdent pas en eux l'aptitude au dépassement. Il s'opère donc, dès qu'une théorie s'avère incapable d'intégrer des observations de plus en plus centrales, une véritable révolution, qui brise dans le système, ce qui faisait à la fois sa cohérence et sa fermeture ». ⁹⁷

Le « système de santé » serait ainsi susceptible, du point de vue de cette théorie, de connaître un tel renversement. Cependant, aucun essai théorique (se peut-il d'ailleurs ?) n'a été entrepris à notre connaissance pour dessiner les contours d'un autre type de système, ancré dans un nouveau paradigme et basé sur un modèle de justice sociale adapté à cette nouvelle conception de la santé. Les vœux de refondation en profondeur du système de santé français, présents dans la rhétorique politique notamment en 2014 à l'occasion de l'annonce de la Stratégie nationale de santé, seraient-ils vains ?

Le système de santé et le pacte social en santé

Le système de santé français présente donc deux caractéristiques remarquables, l'absence d'intégration du champ de la santé publique (actions et acteurs), et une finalité discutable, à l'aune d'un idéal républicain d'égalité en santé. Une lecture historique du système de santé français est nécessaire pour la compréhension de ce particularisme français. C'est ce qu'ont entrepris, pour partie Patrick Hassenteufel dans son ouvrage de référence, ⁹⁸ mais aussi dans le livre publié par Nathalie Destais dédié au système de santé ⁹⁹ ainsi encore que Thierry Fillaut, dans le cadre des publications de l'ENSP, dans son ouvrage : *Le système de santé français 1880-1995* ¹⁰⁰. L'étude de l'histoire montre que le modèle français

⁹⁷ Morin Edgar, *Introduction à la pensée complexe*, Paris, Éd. du Seuil, 2005, p.64.

⁹⁸ Hassenteufel Patrick, *Les médecins face à l'État, une comparaison européenne*, op.cit.

⁹⁹ Destais Nathalie, *Le système de santé: organisation et régulation*, Paris, LGDJ, 2003.

¹⁰⁰ Fillaut Thierry, *Le système de santé français 1880-1995 [Aide mémoire]*, éditions ENSP, 1997.

résulte d'une construction politique empirique qui s'inscrit dans le fil de l'échec des essais théoriques des révolutionnaires visant l'établissement de droits sociaux et l'égalité réelle des conditions, question d'importance mais restée en suspend.¹⁰¹ Sur le concept de la volonté générale, Rosanvallon souligne que :

« Les constituants sont les héritiers du philosophe de Genève en même temps qu'ils sont les précurseurs des libéraux du XIXe s. comme Benjamin Constant ou Guizot qui récuseront clairement l'idée qu'il puisse y avoir un détenteur de la souveraineté sur la terre. Traduit en termes politiques, ce dualisme conduit les révolutionnaires à se montrer incapables d'élaborer intellectuellement les rapports du libéralisme (constitution d'un État de droit) et de la démocratie (gouvernement de la volonté générale. Traduit en termes juridiques, il les empêche de penser clairement la question de l'État moderne ». ¹⁰²

La construction du système de santé n'est pas sans rappeler ce que Pierre Rosanvallon, dans son ouvrage : *L'État en France*, rapporte de l'administration étatique :

« L'organisation progressive d'une fonction publique régulière n'a pas été fondée sur une doctrine positive, elle a été le produit bâtard de nécessités pratiques (...) la rationalisation corporative du système administratif est venue combler les silences de la théorie... ». ¹⁰³

Par ce processus, « la théorie de la souveraineté de la nation conduisait paradoxalement à exalter le citoyen et à désarmer l'administré », à l'inverse du modèle politique américain dont Alexis de Tocqueville a promu les mérites.

Plus tard, l'affirmation des principes constitutifs du dit « système de santé » est à resituer dans le cadre d'un État français redevable envers une population meurtrie. La méfiance à l'égard des dirigeants y contribua aussi dans le contexte de l'après guerre en 1945, de « trahison des élites » comme le rappelle Patrick Hassenteufel dans son ouvrage, *Les médecins face à l'État*, au sujet de la création des assurances sociales.¹⁰⁴ C'est dans ce moment très particulier que l'exigence citoyenne d'un État protecteur et garant, d'une propriété individuelle-fondamentale constitutionnelle originelle, de protection sociale et de la santé, aboutit à ce que nous nommerons le « pacte social » en santé. Ce moment est considéré comme l'acte fondateur de la création de la « sécu ».

¹⁰¹ Sur ce point voir : Rosanvallon P. *L'État en France: de 1789 à nos jours*, op.cit.

¹⁰² Ibid., p.85.

¹⁰³ Ibid., p.71.

¹⁰⁴ Hassenteufel Patrick, *Les médecins face à l'État, une comparaison européenne*, op.cit.

En tant que modèle le système de santé français est ainsi basé sur l'engagement de l'État, à garantir la protection de la santé de chacun (et non la santé de chacun !). Engagement d'importance dont la dénonciation remettrait en cause la relation entre gouvernants et gouvernés, au cœur du « contrat social », la délégation du pouvoir des citoyens à la souveraineté nationale incarnée par l'État qui se doit de « prendre soin du peuple ». Cet impératif de protection de la santé est intrinsèque au modèle démocratique français, le républicanisme de la modernité. Ainsi que le souligne Thierry Ménissier : « le républicanisme traduit l'impératif ancien de salut de la cité dans le contexte de l'affirmation progressive de l'État ». Le philosophe rappelle que, dans la philosophie de Rousseau :

« (le corps politique) a une volonté, et cette volonté générale, qui tend toujours à la conservation et bien être du tout et de chaque partie, et qui est la source des lois, est pour tous les membres de l'état par rapport à eux et à lui, la règle du juste et de l'injuste ». ¹⁰⁵

Remarquons ici que, ces termes, ceux du contrat social républicain, impliquent la préservation de la santé, non pas telle que comprise dans le paradigme de la santé/ non maladie, mais au contraire, telle que nous l'avons abordée précédemment à travers la pensée de G. Canguilhem.

Les caractéristiques du système de santé peuvent s'expliquer ainsi, le paradigme de la santé repose sur une série de syllogisme ancrés dans le sens commun et que l'on peut exposer de la sorte : la santé serait menacée, pour tous également, par la maladie, fléau naturel frappant au hasard, dont on ne peut maîtriser la survenue, qu'il convient d'éradiquer et ou de traiter (selon les époques: recours à la santé publique et ou modèle médical curatif et préventif). ¹⁰⁶

Sur la base de cette acception de la santé, l'État n'a qu'un unique moyen pour traduire son engagement, garantir en justice la santé de chacun : garantir le financement des soins les meilleurs " à chacun selon ses besoins et non selon ses moyens", ce que seule la protection sociale pouvait réaliser. Il s'agit en effet dès lors de recourir à un modèle de justice sociale de type distributif compatible avec

¹⁰⁵ Ménissier Thierry, *La liberté des contemporains Pourquoi il faut rénover la république*, op.cit. , pp. 52-53.

¹⁰⁶ Sur ce point voir l'ouvrage de Gérard Jorland : *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIXème siècle*, op.cit.; cet ouvrage décrit et analyse de manière comparative d'avec les autres grands états européens de cette époque, le développement de l'action en santé par l'hygiène publique depuis la théorie des miasmes à Pasteur, et ce donc avant l'avènement du soin curatif.

une production et une distribution des soins, tant en qualité qu'en quantité, tel que les grands pays occidentaux l'ont réalisé dans le contexte du capitalisme du lendemain de la deuxième guerre mondiale¹⁰⁷.

Les médecins français ayant imposé le principe que cet art ne peut s'exercer qu'en toute liberté, principe fondamental posé avec la Charte de la médecine libérale adoptée en 1927 et qui fait encore référence, dans la lutte opposant *les médecins face à l'État*, pour reprendre le titre de l'ouvrage dans lequel Patrick Hassenteufel se livre à cette étude détaillée.¹⁰⁸

Le sort de la santé a ainsi été lié au sort de la protection sociale. En témoigne l'impossible indépendance du ministère de la santé au puissant ministère des affaires sociales dont il n'a pu que rarement et temporairement se désolidariser. De Philippe Douste Blasy¹⁰⁹ à Jean Marc Ayrault (en référence au discours de Grenoble cité ci dessous), la subordination à la protection sociale est un élément récurrent et jusqu'ici indépassable du discours politique sur la politique de santé mais aussi des analystes comparatistes en matière de systèmes de santé.

En synthèse

Les réformes répétées de la santé en France réitèrent la formulation des mêmes problèmes (l'équilibre problématique des comptes de l'assurance maladie notamment). Cette situation peut s'analyser en termes de « *path dependence* ». Cependant, nous voulons défendre la thèse que, dans le cas particulier de la politique de santé, le paradigme dans lequel celle-ci est ancrée, joue un rôle fondamental.

Notre problématique centrale est que la conception de la santé forgeant le paradigme de la santé/non-maladie, dans lequel sont ancrés le discours sur le

¹⁰⁷ Voir sur ce point : Esping-Andersen Gosta, (F.-X. P. Merrien, Trad.), *Les trois mondes de l'État-providence: essai sur le capitalisme moderne*, Paris, Presses universitaires de France, 1999.

¹⁰⁸ Hassenteufel Patrick, *Les médecins face à l'État, une comparaison européenne*, Presses de science po, 1997.

¹⁰⁹ Douste-Blazy Philippe, le 4/05/2004, *Discours d'audition de la mission parlementaire d'information sur l'assurance maladie*, Cabinet du Ministre de la santé et de la protection sociale, www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_040504pdb.htm

système de santé ainsi que les problèmes et solutions participant de la fabrique de la réforme, est dépassée. Or, la réforme en France est ancrée dans ce paradigme depuis maintenant trente ans sans qu'aucune n'advienne à stabiliser cette politique inaugurant un retour à la « normale ».

En posant la question d'un retour à la normale, c'est-à-dire l'échec de la réforme de la santé face à la « crise » du système, nous opérons une analogie entre champ scientifique et champ de la santé. Par les termes « normal » et « anormal », nous nous référons à la théorie conçue par Kuhn exposée dans son ouvrage, *La structure des révolutions scientifiques*¹¹⁰. L'auteur distingue la science normale qui affine les méthodes constituées et résout les problèmes périphériques dans le cadre d'un système de connaissances tenues pour vraies stabilisé autour d'une théorie acceptée d'une part, et d'autre part, cette période de trouble croissant où le paradigme s'épuise face une réalité qui le dépasse, où la science normale se disloque devant les phénomènes anormaux.

Au-delà de la discussion sur la supposée ou réelle crise financière, motif de la réforme, nous posons donc l'hypothèse que la réforme sans fin de la santé présente les caractéristiques d'une crise de paradigme.

Notre deuxième questionnement concerne les paradoxes de la politique de santé. Le système de santé français est construit sur un modèle dont le montage original est contradictoire et semble non soutenable. Or, non seulement ce qui pourrait sembler être un problème n'est pas solutionné par les réformes, mais celles-ci semblent au contraire le renforcer. Poursuivant la régionalisation de la politique de santé, les lois de 2004 et de 2016 mettent en scène le paradoxe d'une territorialisation sans décentralisation. Ce nouveau paradoxe ne vient pas se substituer à celui qui est constitutif originellement du système de santé français (une offre libérale socialisée par son financement) mais semble au contraire le compléter. Ainsi, les réformes successives n'épuisent pas les paradoxes mais les renforcent, ce qui peut être considéré comme problématique.

¹¹⁰ Kuhn, T. S., *La structure des révolutions scientifiques*. (L. Meyer, Trad.), Paris, Flammarion, 1983.

Les réformes du système de santé coïncident en 2004 comme en 2014 de manière étanche avec des nouvelles dispositions légales visant les collectivités territoriales et l'organisation décentralisée de la république au sein desquels la recentralisation de la santé est passée inaperçue. Ces réformes visant la décentralisation ne sont pourtant pas mineures, 2004 marque notamment une étape remarquable, celle de l'inscription constitutionnelle de la décentralisation en France¹¹¹. Sur ce point, la politique de santé en France semble doublement paradoxale puisqu'elle se différencie sur ce point des pays européens dont les systèmes de santé sont pourtant montrés en exemple, comme notamment le modèle nordique (Suède, Danemark).

En somme, pourquoi les réformes se succèdent-elles en répétant les mêmes problèmes et les solutions de même nature sans pour autant viser ni épuiser les paradoxes a priori non soutenables d'un système pourtant promu comme le meilleur ?

Le paradigme de la santé/non-maladie, fondé sur la définition de la santé comme absence de maladie et le postulat que sa condition première est donc l'accès aux soins, implique la mise en place d'un système de solidarité, que doit garantir au plan national l'État. Les croyances et syllogismes à l'œuvre de ce paradigme légitiment les acteurs institutionnels dépendant de ce dernier ainsi que ce modèle dont l'État est garant. Ainsi, la centralité de la politique de santé est consubstantielle du paradigme de la santé/non-maladie. Le « tournant néolibéral », décrit par Jobert¹¹², s'est accompagné du glissement d'un système de santé organisé selon les principes constitutifs de la « sécu » à un système organisé selon les préceptes de l'État garant.

La crise de paradigme dans lequel est ancré la permanence de cette centralité est une hypothèse plausible expliquant tant le recommencement perpétuel de la réforme de la santé que l'aggravation de la crise.

¹¹¹ Aubelle, V., Briant V. de, Caillosse J. *Les tabous de la décentralisation* (N. Kada, Ed.), Paris, Berger-Levrault, 2015.

¹¹² Lequesne, C., Bruno Jobert (dir.), « Le tournant néolibéral en Europe ». *Revue française de science politique*, 45(5), 1995, pp. 879–881.

Or, si comme le proposent Patrick Hassenteufel et William Genieys¹¹³, l'institutionnalisation d'une « élite du *welfare* » explique la continuité des réformes et de leurs orientations, comment expliquer la domination de cette élite étatique centrale en santé dans un jeu d'acteurs fait d'autres acteurs légitimes pour le pouvoir ? Dans un article consacré à l'analyse systémique des groupes professionnels acteurs du champ de la santé, Henri Bergeron rappelle l'idée énoncée par Donald Light selon laquelle: « quand un groupe parvient à une situation de domination, celle-ci n'est que provisoire ». ¹¹⁴

Les groupes concurrentiels élaborent des stratégies modifiant les rapports de force pour corriger ce déséquilibre. Dans le cas de la politique de santé en France, le maintien du paradigme de la santé/non-maladie, implicite dans le discours de la réforme, annihile tout rapport de force politique possible en faveur des acteurs locaux en France, les syllogismes à l'œuvre excluant toute alternative à la centralité. La lutte de pouvoir s'est en fait jouée historiquement ailleurs. Daniel Benamouzig, cité par Henri Bergeron, souligne la situation contrastée de la France :

« On assiste à un renforcement des pouvoirs de contrôle de l'État, mais la perte d'autonomie des producteurs de soins est moins claire que dans les autres pays, en particulier parce qu'en France, les médecins ont été capables de mieux résister aux velléités d'évaluation et de contrôles que l'État voulait leur imposer ». ¹¹⁵

L'équilibre de pouvoir entre les médecins eux-mêmes et leurs patients ainsi qu'entre les citoyens/malades et l'État s'est sensiblement modifié comme semble l'indiquer le mouvement qui a conduit à l'événement des droits du malade. La complexité caractérisant ces différents enjeux d'équilibre incite à une étude ciblée du jeu de ces acteurs.

Pour explorer notre hypothèse, celle d'une crise de paradigme liée à la centralité de la politique de santé, et étudier la question posée par les paradoxes de la politique de santé à l'aune de la réforme, deux convictions fortes découlent de ce premier temps de notre introduction. La première réside dans l'importance

¹¹³ Genieys, W., Hassenteufel, P. « Entre les politiques publiques et la politique : l'émergence d'une « élite du Welfare » ? », op.cit., pp. 41–50.

¹¹⁴ Bergeron H., Castel P. *Sociologie politique de la santé*, op.cit., p.98.

¹¹⁵ Ibid, p.67.

d'une approche inclusive de la politique de santé, c'est à dire qui puisse envisager les réformes du système de santé sans exclure les éléments de politique de santé publique ni de la décentralisation en santé, ce que les auteurs négligent habituellement. La deuxième a pour cible la trame cognitive et normative du discours et de la fabrique de la politique de santé, point aveugle des analystes.

2/ Cadre de recherche : choix théoriques et disciplinaires

Les travaux de recherche sur la politique de santé, plus rares en France que dans les autres pays européens, sont marqués par une approche classique publiciste et ou économiste. Les analyses recourant à la sociologie politique, à l'histoire, à la philosophie politique ne viennent qu'au deuxième rang des publications produites dans ce domaine, loin derrière l'important contingent des travaux menés au titre du droit social, de l'économie de la santé, de l'administration et du management public, de l'administration et de l'économie sociale, de l'administration sanitaire.

Les auteurs et chercheurs politistes de référence sont peu nombreux en France en matière d'analyse de la politique de santé. Le plus productif, en termes de nombre et de diversité de problématiques abordées, est certainement Didier Tabuteau que l'on peut classer dans l'école publiciste. Nous prendrons donc fréquemment appui dans nos discussions sur cet auteur de référence.

Cependant, sont de notoriété, les travaux de Patrick Hassenteufel concernant le rôle des acteurs et des groupes d'intérêts dans l'action publique, notamment dans leur relation avec l'État, ainsi que ceux de Bruno Palier concernant les évolutions et enjeux de la protection sociale, notamment sous l'angle des aspects institutionnels (phénomènes de « *path dependence* » et réformes des systèmes de protection sociale).

Pierre Muller et Bruno Jobert intègrent dans leur travail sur la crise du modèle français de politique publique, les réformes du système de santé. Dans cette même direction, Patrick Hassenteufel s'est aussi intéressé à la question de savoir si la territorialisation de la santé pouvait être considérée comme une réponse à la crise de l'État-providence, thème abordé par d'un dernier auteur qu'il nous faut citer ici, Pierre Rosanvallon, à travers notamment son ouvrage consacré à l'État en France.¹¹⁶

¹¹⁶ Rosanvallon Pierre, *L'État en France de 1789 à nos jours*, op.cit..

Enfin, mentionnons ici la question posée par Pierre Lascoumes quant à la notion et au rôle de l'usager dans le système de santé comme fiction utile¹¹⁷. Ce nous semble être cependant la seule analyse de la politique publique de la santé produite qui aborde les aspects de fabrique tels que Philippe Zittoun¹¹⁸ le conçoit.

Limites et diversité de l'analyse économique

Quel modèle économique pour la santé ?

Les sciences et techniques médicales sont naturellement dominantes dans le monde du soin curatif. La pensée économiste, qui domine la politique de santé, participe du même paradigme, étant axée sur le modèle de l'échange de biens et services de soins entre consommateurs et offreurs et producteurs sous l'égide plus ou moins controversée d'un État providence garant d'une justice distributive. L'économie apparaît ainsi comme la science capable de produire les analyses et solutions pour guider la politique de santé, entendue comme visant le pilotage et le financement de ce système en tant que sous-système de la protection sociale. Une part importante de la littérature grise émanant des institutions administratives et sociales sur le système de santé emprunte aux thèses économistes.

Or, l'économie ne peut se départir des questions morales et normatives et ou de nature philosophique. Ainsi que le souligne Marc Fleurbaey dans son ouvrage, *Théories économiques de la justice* :

« Les critères permettant d'évaluer le caractère souhaitable des états socio-économiques, et permettant de formuler des objectifs pour la politique économique, ne sont pas des données premières, mais découlent de valeurs morales, ou parfois, de théories issues de la philosophie morale. », or constate l'auteur : « bien souvent (trop souvent), les théories économiques construisent des concepts et des critères en se basant sur une intuition approximative de valeurs immédiates, sans mobiliser de bagage philosophique..... ». ¹¹⁹

¹¹⁷ Lascoumes P., « L'usager dans le système de santé : Réformateur social ou fiction utile », *Politiques et Management Public*, 2007, n°25(2).

¹¹⁸ Zittoun Philippe, *La fabrique politique des politiques publiques : une approche pragmatique de l'action publique*. Paris, Sciences Po, Les Presses, 2013.

¹¹⁹ Fleurbaey M., *Théories économiques de la justice*, op.cit., p.3 et p.5.

D'autre part, la sous-discipline de l'économie, l'économie de la santé, est traversée de controverses. Les schémas classiques de l'économie ne sont pas sans poser de problèmes dans le champ de la santé. Celle-ci est confrontée à de sérieuses limites, exposées dans un manuel dédié à cette discipline. Les auteurs constatent tout d'abord que la santé est un domaine tant complexe que peu exploré, puis soulignent l'importance cruciale des dépenses et de leur forte croissance. Enfin, les auteurs de ce manuel soulignent le caractère partielle des multiples analyses « soit par éclairage donné par une seule discipline (économie, épidémiologie, sociologie, droit, statistique) », soit, à l'intérieur même de la discipline, économie de la santé, une approche limitée à un seul problème indépendamment de l'environnement dans lequel il se situe.¹²⁰

Le double référentiel scientifique médical et économiste est limité, en termes de description, d'analyse des phénomènes humains sociaux et politiques à l'œuvre en santé. Plus précisément celui-ci ne permet pas d'aborder le rôle des croyances, représentations et postulats forgeant le paradigme dominant à l'œuvre des projets de réforme et ou de refondation du système de santé en terme de légitimation des choix et de la distribution de pouvoir entre les acteurs à savoir, l'indiscutable primauté à l'État.

La politique de santé est un objet pour l'analyse des politiques publiques dont l'étude requiert une approche transdisciplinaire, mobilisant non seulement des sciences humaines et sociales habituellement convoquées telles que les différentes spécialités de la sociologie, l'ethnologie, l'histoire, le droit mais aussi, la philosophie, non seulement pour ses apports dans le champ de l'épistémologie mais aussi celui de la théorie politique. Mauss insistait déjà sur l'interdépendance des sciences sociales. Dans la même veine, l'école de Francfort, à laquelle appartiennent Honneth, et Habermas, auteurs sur lesquels nous nous appuyerons par la suite dans notre travail, indique Madeleine Grawitz :

« Continue cette tradition d'absence de frontières caractéristique de la pensée allemande. La création en 1923 de l'institut de recherche sociale, puis de l'intitulé de la chaire d'un de ses fondateurs, Horkheimer : Sociologie et philosophie indiquent une orientation. L'auteur la précise dans sa leçon inaugurale : créer une communauté de travail

¹²⁰ Lévy E., Bungener M. : « Economie de la santé ou économie du système de santé ? », In Lévy E. et al., *Economie du système de santé*, éd. Dunod, 1975.

pluridisciplinaire, pour prendre en compte les questions philosophiques, « elle-même intégrées dialectiquement au processus de la science empirique ».¹²¹

Le schéma « économique » du système de santé et les acteurs

Celui-ci permet d'identifier clairement les acteurs de ce système. Ce sont les acteurs de la demande et de la consommation de soins d'une part et d'autre part, les acteurs de la production et de l'offre de soins. Ceci repose sur une épistémologie « simplifiée » de la santé, où la santé est considérée comme l'absence de maladie, avec pour postulat que sa condition réside dans l'accès aux soins les meilleurs. Ainsi confondue avec le soin, cette conception de la santé est en phase avec la définition médicale clinique se résumant dans la célèbre phrase de René Leriche : « la santé c'est le fonctionnement silencieux des organes ». Dans ce même type d'acceptation, on retrouve cette formule dans la préface écrite par Henri Pujol dans l'ouvrage, *guérir le système de santé de ses maux : 40 propositions pour une réforme* : « Savoir que le système de santé est malade est plutôt inquiétant. Une inquiétude qui concerne les malades actuellement en traitement, mais aussi les futurs malades que nous sommes tous. »¹²²

Ainsi conception biomédicale et clinique et conception économique coïncident pour forger un paradigme unifié qui offre un modèle relativement simple pour l'analyse du système de santé loin des complexités évoquées dans notre paragraphe précédent. Celui-ci s'appuie sur un socle de sens commun, l'idée que la vie comporte un risque, la maladie, survenant au hasard, menaçant la santé de tout un chacun résumé simplement par cet adage littéraire entré dans le sens commun : « tout bien portant est un malade qui s'ignore ».

La faiblesse du modèle réside cependant précisément dans cette simplification. Les résultats de l'épidémiologie dite « sociale » mettent en évidence non plus le hasard mais des déterminants de la santé inégalement distribués.

Du point de vue de l'économie donc, on peut dresser un schéma simple et permanent de la santé assimilant santé et soin qui échappe à cette variabilité et à

¹²¹ Grawitz M. *Méthodes des sciences sociales*. Paris, Dalloz, 2000, p.142.

¹²² Fantino, B., Ropert, G., Coulomb, A., Evin, C., Pujol, H. *Guérir le système de santé de ses maux: avec 40 propositions pour une réforme*, op.cit., p.17.

une vulnérabilité en question. Ce schéma est une aide utile pour tout effort de catégorisation du système de santé ce qui conforte le succès de l'approche économiste.

Dans l'introduction, suite au chapitre intitulé, « économie de la santé ou économie du système de santé », l'auteur de l'ouvrage, *Economie du système de santé*, prend acte de la nécessité d'une clarification et s'essaie à la conceptualisation d'un tel schéma.¹²³ Celui-ci se base sur l'idée que l'état de santé, au centre du système, posséderait deux réalités, l'une individuelle et l'autre collective, non réductibles l'une à l'autre. Il n'existe pas de mode d'articulation simple ou d'équivalence quantitative directe entre ces deux termes par agrégation de données.

Le système de santé se définit alors comme : « la mise en relations des trois sous-systèmes dans le cadre des déterminations qui lui sont extérieurs ». Ces trois sous-systèmes sont : le circuit des états (bien portants/malades), les services de production sanitaires, les mécanismes de couverture. Ces trois sous-systèmes interagissent au sein d'un environnement de facteurs extérieurs déterminant la santé :

- 1/ le circuit des états : l'individu est engagé dans un processus qui le conduit d'un état à un autre ;
- 2/ les services de production sanitaire = appareil de production des biens et services médicaux ;
- 3/ les mécanismes de couverture = collectivisation des charges de consommation sanitaire.

Un tel modèle permet d'expliquer comment deux politiques de la santé distinctes peuvent être pensées, l'une individuelle du soin qui produit de la santé individuelle, l'autre collective, de la santé publique. Ce schéma éclaire la cohérence de la réforme intervenue avec la loi de santé publique de 2004. Dans l'introduction de cet ouvrage dédié à l'économie de la santé, cette dichotomie est ainsi conçue : d'un côté, un « secteur dont les dépenses croissent fortement » justifiant des efforts de régulation , de l'autre une finalité visant l'égalité et le bon état de santé des français ,justifiant une politique de santé publique. De la même façon l'ouvrage est façonné selon ses deux dimensions, santé publique d'une part, maîtrise des dépenses de santé, ce

¹²³ Levy E., Bungener M., « économie de la santé ou économie du système de santé », in Lévy E. et al. *Economie du système de santé*, op.cit.

dernier seulement renvoyant à un débat sur le rôle et la place des acteurs du dit « système de santé ».

Pour un auteur de l'ENSP comme Thierry Fillaut, lequel s'est attelé à la rédaction d'un « aide-mémoire » sur le dit « système de santé » dans la période des vingt dernières années du XX^{ème} siècle, ceci consiste à porter son attention sur trois groupes, la population, les producteurs de soins, et les institutions chargées de l'organisation administrative et du financement ». ¹²⁴

Adoptant cette conception, nous observons que ce schéma présente ainsi l'avantage de décrire le système de santé à l'aide de trois sous-systèmes interdépendants mais dotés de logiques de fonctionnement qui leur sont propres. Nous pouvons ainsi identifier trois catégories d'acteurs principaux : le soin (privé et public), les « bien portant-malades qui s'ignorent », l'État et l'assurance maladie.

Nous pouvons ainsi dégager les grands protagonistes de ce qui est communément dénommé le système de santé et cibler les acteurs significatifs pour analyser les discours de la réforme évitant de nous noyer dans la multitude des acteurs. Aussi pourrions-nous prendre en compte les protagonistes, acteurs de la construction empirique du système et aujourd'hui auteurs des discours autour de la réforme du système en nous appuyant sur cette structuration du système en trois sous-groupes.

Cependant ce schéma ouvre deux registres de difficulté, le premier réside dans l'application des principes de l'économie classique à la santé, ce qui n'est pas sans poser de sérieux problèmes que nous avons déjà évoqués dans notre introduction.

Rappelons ici ce constat rapporté dans ce manuel d'économie de la santé :

« Cette discipline s'est constituée à partir d'une application raisonnée des concepts généraux de l'analyse économique, à un secteur particulier d'activité qui est celui des services et biens médicaux (...) les économistes, mêmes les plus orthodoxes, sont contraints de reconnaître que les services médicaux participent, au moins de façon partielle, de la nature de services non marchands et que l'application des concepts de l'économie de marché trouve, dans ce secteur, de nombreuses limites. Si bien que lorsqu'il s'agit d'élaborer des études décisionnelles, en termes de coût et d'efficacité notamment, ils se heurtent au problème le plus crucial de l'économie de la santé : celui de la définition et de la mesure du « produit » des activités sanitaires, en relation avec l'état de santé de la population. La mesure en terme d'actes médicaux, journées d'hospitalisation, de produits pharmaceutiques etc. ne permet pas de juger de l'impact sur l'état de santé

¹²⁴ Fillaut, T.: *Le système de santé français 1880 1995 [Aide mémoire]*, op.cit..

si bien que nombre d'économistes s'intéressent à la « qualité des services médicaux. »¹²⁵

Reprenant le raisonnement économiste tel que le résume habilement Patrick Artus. Celui-ci affirme que le problème ne serait pas tant la croissance des dépenses dites de « santé », lesquelles sont en soit une bonne chose dans l'orthodoxie économique de la référence au PIB, que la solidarisation de son financement. Si bien que le caractère inéluctable de la croissance des dépenses de santé dont on a vu la faiblesse de l'argumentation, semble tenir à la lecture de ces discours de la nécessité de sortir de la « crise globale » et donc plus du volontarisme politique que d'un véritable constat de tendance « naturelle ». Pour Patrick Artus donc, anciennement chef économiste de la caisse des dépôts et consignations, alors membre du conseil d'analyse économique auprès du premier ministre : « les dépenses de santé sont un gisement de richesses » :

« Le dé-rationnement des dépenses de santé produit un point de croissance par an (...) cette logique se heurte au caractère public des dépenses de santé, à moyen terme, elles resteront insupportables pour les finances publiques, on arrive à l'essentiel pour dé-rationner les dépenses de santé, il faut les substituer à une partie des dépenses des ménages (...) le débat se situe dans un logique intermédiaire: quelle frontière faut-il tracer entre les dépenses de santé entièrement mutualisées (certaines pathologies graves et chères) et les dépenses qui appartiennent au champ privé ? (...) l'attachement à une égalité absolue sur ce sujet est disproportionné par rapport à l'indifférence à l'égard d'inégalités épouvantables en particulier celles de l'éducation (...) personne ne propose que l'ordinateur soit un bien public remboursé par la collectivité, les chiffres concernant l'échec scolaire sont effrayants. »¹²⁶

Cet argumentaire fait apparaître la dimension finalement politique sous couvert du motif économique. Or, le deuxième registre de difficultés tient précisément dans les caractéristiques de cette politique publique ainsi que des finalités assignées au système de santé.

Apport et limites de l'économie hétérodoxe

¹²⁵ Lévy E. Bungener M. « Economie de la santé ou économie du système de santé ? », In : Lévy E. et al., *Economie du système de santé*, op.cit.,p.4.

¹²⁶ Le monde, numéro du 15 sept 2006.

La perspective économique hétérodoxe s'appuie sur de solides arguments. Ainsi, le constat suivant exposé dans l'introduction de l'ouvrage collectif autour des travaux Maryse Gadreau ayant pour titre, *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice* :

« Ce domaine (la santé) ne peut échapper à une analyse des « objets nomades » qui la font vivre, comme les logiques du don, les codes éthiques et les textes déontologiques, les valeurs sociétales ou encore les normes morales. L'analyse économique ne peut oublier l'encastrement normatif de la santé, intimement lié à la nature particulière du bien santé qui conditionne tout le reste et apparaît essentiel à une bonne vie. »¹²⁷

Bien que dotée d'atouts, l'approche économique hétérodoxe, développée grâce à l'apport de la théorie des conventions¹²⁸, participe, elle aussi, de l'amalgame entre santé et non maladie. De ce fait, si la justice est au cœur de ses préoccupations, contrairement aux approches économiques *value-free*, cette approche participe cependant de l'impossibilité de penser santé et justice sociale en dehors du système distributif. En témoigne le propos développé par Bernard Théret dans l'ouvrage précité amalgamant protection sociale et politique de santé.

A contrario, l'importance que cette approche accorde au rôle de l'éthique face au marché renouvelle la vision de la profession des médecins comme celle des malades, évitant ainsi certaines représentations communes aux analyses classiques de la politique de santé telles que :

« Un monde de la santé peu engageant : un médecin tricheur manipulant (« induisant ») la dépense à des fins personnelles, un patient truqueur abusant de la socialisation de l'assurance, un État dominé par une bureaucratie parasitaire et incapable de résister au pouvoir médical, chacun ayant *intérêt* au gaspillage ». ¹²⁹

Philippe Batifoulier, dans sa contribution à l'ouvrage précité, insiste sur le caractère particulier de la santé, monde « très chargé en valeurs ». L'auteur

¹²⁷ Ibid., p.7.

¹²⁸ L'économie des conventions apporte un éclairage pertinent sur la santé dans la mesure où elle intègre les valeurs dans le principe économique de rationalité non pas d'un point de vue instrumental mais d'un point de vue normatif. Les valeurs permettent ainsi la coordination des acteurs et l'évaluation de leurs actions au-delà du principe classique d'intérêt individuel. Cette approche permet une lecture des rapports de force compris en tant que conflits de valeurs, et donc confrontation au plan normatif.

¹²⁹ Ibid., p.32.

critique « la tentation économiste de donner un prix à toute chose », laquelle conduit à nier « que les valeurs associées à ce bien puissent en faire un cas particulier ». De la même façon, au sujet des médecins, l'auteur souligne que « ce serait une erreur de ramener tous les comportements médicaux à cette gamme unique de rationalité (l'entretien des privilèges d'une profession) et de faire du médecin un agent comme un autre ».

Enfin, l'approche hétérodoxe permet d'aborder les ambiguïtés de la posture de l'État social face à la médecine libérale, laquelle se trouve en phase avec le tournant néolibéral opéré par les élites publiques étatiques, tout en étant, au contraire, fondamentalement opposée à l'État social. Enfin, cet éclairage permet aussi une lecture du paradoxe structurel sur lequel est bâti le système de santé français, le financement solidaire d'une activité libérale.

Quels outils théoriques pour une étude par l'analyse des politiques publiques ?

L'approche cognitive

La politique de santé se présente tantôt de facture experte, et ce en l'absence de débats sur la place publique, tantôt non rationnelle, avec une scène fortement médiatisée, on ne peut baser l'étude de la politique de santé sur le schéma rationnel d'une politique publique.

De prime abord, l'importance que nous accordons à ce que nous avons dénommé le paradigme de la santé/non maladie ainsi qu'au sens implicite dans l'usage de la formule « système de santé » utilisée pour nommer le système de soins, nous incitent à nous focaliser sur la dimension cognitive de cette politique particulière. Dans le cadre du courant cognitif, l'approche par référentiels globaux et sectoriels développée par Muller et Jobert semble pouvoir s'appliquer à l'analyse de la politique de santé.

On observerait alors une convergence entre le référentiel sectoriel de la santé et le référentiel global néolibéral.¹³⁰ Le libéralisme médical dont les principes ont été posés avec la « charte de la médecine libérale » est fortement congruent avec le référentiel économique global néolibéral.

¹³⁰ Muller Pierre, *Les politiques publiques*, op.cit.

A l'opposé, le modèle distributif sur lequel repose le financement de l'assurance maladie, était clairement en phase politiquement avec les thèses communistes particulièrement présentes dans le contexte de l'après 1945 et ne présente pas la même congruence avec le référentiel global économique politique actuel. Le développement de l'hôpital public s'est bien inscrit durant les 30 glorieuses en conformité avec le modèle de l'État keynésien modernisateur dans le cadre du programme de reconstruction de la France, cette forme de réponse publique se trouve en fort déphasage avec le référentiel économique global néolibéral.

La très grande difficulté des centres de santé qui militent pour un service ambulatoire publique qui serait le pendant pour la ville, de l'hôpital, n'a jusqu'ici pas réussi à se faire entendre. Cependant, le nouveau modèle des maisons pluridisciplinaires de santé, pourtant équivalent d'un point de vue opérationnel (exercice regroupé pluridisciplinaire coordonné), et qui ne se distingue de celui des centres de santé que du fait de son assise libérale, semble privilégié par les gouvernements.

Une politique publique non sectorielle

Un problème se pose cependant à l'analyste, celle de l'existence réelle et circonscrite d'un véritable secteur de la santé au sens des politiques publiques. Si il y a un secteur véritablement identifiable, c'est celui du soin. Or, ce secteur économique, pour sa part libérale et privée, comme tout marché, n'est pas coordonné par l'autorité de l'Etat ni orienté vers une fin.

La technique assurancielle a « solvabilisé » une offre de soins qui s'est développée *sui generis* sous l'effet combiné des progrès technologiques et scientifiques lesquels ont doté la médecine curative d'une performance spectaculaire (dont les médias se font généreusement l'écho). Cet ensemble, aujourd'hui dénommé système de santé, n'a de définition ni réelle ni théorique. La nébuleuse d'acteurs à contour flou caractérisant le dit « secteur » de la santé ne permet en effet pas d'en dresser une cartographie, limite sérieuse à ce type d'analyse.

Un aperçu de la multitude de ceux-ci nous est donné à voir dans l'important travail de recensement et de classement réalisé par Patricia Siwek en 2011 des « acteurs

institutionnels » de la gouvernance en santé » : services de l'administration sanitaire centrale (DGS, Direction Générale de l'Offre de Soins, DRESS, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), instances de santé publique (Comité national de la Santé Publique, Haut Conseil de la Santé Publique, Conférence nationale de santé), organismes d'expertise et de sécurité sanitaire (INVS Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) Agence de biomédecine, EFS Institut national de la transfusion sanguine, ANSS de l'alimentation de l'environnement et du travail Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire, EPRUS) les autres organismes de santé publique (HAS, INPES, Institut national du cancer) les opérateurs de gestion des établissements et des systèmes d'information (Agence d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Le Centre national de gestion des Praticiens Hospitaliers et des personnels de la Fonction Publique Hospitalière) ; l'Agence des systèmes d'information partagés de santé, l'Institut des données de santé) ; les ARS ; le Conseil national de pilotage des agences.¹³¹

Il conviendrait de rajouter à cette liste qui ne couvre que la partie institutionnelle, les professionnels de santé et leurs organismes et instances, celles de l'assurance maladie, celles des hôpitaux publics, celles des établissements privés de santé, les partenaires sociaux, les associations de malades et d'usagers, l'industrie du médicament, les organismes internationaux et européens etc. Nous n'aurions ainsi listé principalement que des acteurs du soin, oubliant de nombreux acteurs de la santé publique, de la prévention, et de la santé plus globalement, en fin de compte.

La nébuleuse des acteurs de la santé

La diversité et l'empilement des agents du système, caractérisé aujourd'hui par une nébuleuse d'acteurs constituée notamment de très nombreuses agences, résultat, d'après Jean-Marie Clément, de son étatisation :

¹³¹ Siwek, P., *Gouvernance de la santé, les acteurs institutionnels*, Brignais (Rhône), Le Coudrier, 2011.

« Le droit public sanitaire est devenu le droit sanitaire. L'observateur, qui n'est guère habitué au droit public français, ne manquera pas d'être surpris par cette kyrielle d'organismes que pilote l'échelon central de l'État, pour ce qui est de la politique, de l'organisation et du fonctionnement de la santé en France. C'est considérable. »¹³²

Dans une interview donnée à Nile le 18 nov. 2015 à Paris, Jean De Kervasdoué dépeint un contexte institutionnel encore aggravé par rapport à ces analyses antérieures, en ces termes :

« Le contexte institutionnel, enfin, est de plus en plus lourd : le système de santé s'est bureaucratisé, étatisé et hiérarchisé ; le rôle des ARS est paralysé car l'État gère et régule à la fois ; le Dossier Médical Personnel est un échec, car personne n'a su l'imposer ; les réseaux de soins ne se développent pas car leurs financements ne sont pas stables, aucune étude n'a été réalisée sur la rémunération par capitation des professionnels de santé ». ¹³³

La quatrième page de couverture du dictionnaire de l'action sociale et sanitaire publié par l'ENSP l'Ecole Nationale de Santé Publique, indique que :

«L'organisation socio-sanitaire française, avec plus d'une quinzaine de lois recensées au cours des dix dernières années, est en perpétuelle évolution. Les changements qui s'opèrent dans ce contexte, et qui ne sont pas seulement institutionnels, sont d'autant plus difficiles à suivre que les secteurs sanitaires et médico-social se situent au carrefour de plusieurs législations : celles de la santé publique, de la sécurité sociale et de la mutualité, de l'action sociale ». ¹³⁴

Ce bref rappel nous explique pourquoi les ouvrages de référence sont rares et en principal le fait de l'administration sanitaire et sociale centrale, experte de ce domaine dont elle assure en majeure partie la fabrication complexe à travers la création d'instruments de «régulation ». Ainsi, s'est constituée une expertise spécialisée constitutive d'une forme de monopole institutionnel du savoir. Une telle analyse rejoint les études en sciences politique concernant le « rôle des

¹³² Clément, J.-M., *La santé étatisée: triomphe ou échec ?* op. cit., p.90.

¹³³ De Kervasdoué Jean, interview retranscrite par Nile Consulting, le 18 nov. 2015 à Paris, lettre internet.

¹³⁴ Bercelli, P., Lamour, P., Ricot, J., Schweyer, F.-X. , *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale*. (F. Tuffreau, Ed.), op.cit., quatrième p. de couverture.

bureaucrates et des experts conçus comme des élites contrôlant l'Etat et ses politiques » parmi lesquels notamment les travaux du CSO¹³⁵.

La thèse d'une oligarchie technocratique centrale au pouvoir, convertie au nouvel ordre économique, apte à créer les problèmes comme les solutions qu'elle promet avec une persévérance certaine telle que le montrent Patrick Hassenteufel et Bruno Palier¹³⁶, semble d'ailleurs aujourd'hui convaincante.

Les réformes en matière de santé sont dominées par un économisme justifié grâce au thème de la « crise » financière du système, même si la réalité principalement financière, peut être considérée comme construite¹³⁷, thèse défendue par Frédéric Pierru.

La politique de santé semble traversée par les mêmes grandes tendances que les autres politiques publiques aujourd'hui dont notamment, celle de la contractualisation, « marquée par leur délégalisation et leur déformalisation » et appelée par les anglo-saxons, la « *soft law* », ainsi que le souligne Papadopoulos.¹³⁸ L'auteur constate cependant que :

« L'image classique est celle d'un État français fort et centralisé, alors que l'organisation corporatiste de la société civile est faible (...) On peut dire que l'administration française a une image des groupes à la Olson (1982) : l'« action collusive » des intérêts sectoriels capables de s'organiser plus facilement que les intérêts généraux est vue comme facteur de perturbation et de rigidité. »¹³⁹

Dominique Polton, rappelait que le système de santé a deux pilotes : l'État et l'assurance maladie¹⁴⁰ avec une répartition considérée comme problématique du

¹³⁵ Meny Y., Thoenig J.-C., *Politiques publiques*, Paris, Presses universitaires de France, 1989, p.81

¹³⁶ Hassenteufel P., Palier B. « Les trompe-l'œil de la « gouvernance » de l'assurance maladie », *op.cit.*, pp.13-27.

¹³⁷ Pierru F., *Hippocrate malade de ses réformes*, *op.cit.*

¹³⁸ Papadopoulos, Y. *Complexité sociale et politiques publiques*, Paris, Montchrestien, 1995.

¹³⁹ *Ibid.*, p.63.

¹⁴⁰ La sécurité sociale en France recouvre un ensemble d'institutions de droits privés placés sous tutelle de l'État, celui-ci leur ayant concédé le pouvoir de prélever des cotisations obligatoires. Le régime général de la sécurité sociale a été constitué à son origine comme un réseau de caisses ayant à leur tête des Conseils d'Administration élus dans lesquels siégeaient des représentants des salariés (majoritaires) et des employeurs, principes remis en question par la suite. Les caisses centrales sont des établissements publics nationaux à caractère administratif placés sous tutelle de la Direction de la Sécurité Sociale et de la Direction du budget, à travers des conventions pluriannuelles d'objectifs et de gestion. Les caisses régionales et locales ont le statut d'organisme de droit privé chargés de la gestion d'un service public, le

fait d'une légitimité qui serait discutable des partenaires sociaux à gérer les fonds de l'Assurance Maladie.¹⁴¹

Rappelons que la Sécurité Sociale est devenue le principal financeur en matière de soins (remboursement des soins, Indemnités Journalières, dotation globale aux établissements publics et privés assujettis, participation à la prévention), la part de l'aide médicale ayant beaucoup diminué sans disparaître. Cependant, parallèlement, le rôle des mutuelles est devenu primordial, la couverture par la Sécurité Sociale a diminué au cours des vingt dernières années (la part des dépenses de soins et biens médicaux financés par l'assurance maladie est passée de : 76,5% en 1980 à 73,9% en 1995). La part des ménages a augmenté au fil des réformes, le citoyen malade devant ainsi être considéré aujourd'hui comme l'un des financeurs de la « santé ».

La faiblesse du Ministère de la santé est encore ancienne, tout d'abord financière, souligne Jean De Kervasdoué :

« Aucun fonctionnaire du ministère de la santé, stricto sensu, n'a la responsabilité de la médecine de ville qui représente pourtant la moitié des dépenses de soins... une petite dizaine de fonctionnaires de la Direction de la sécurité sociale suivent les affaires de la CNAM ».

Pour l'auteur prônant une « révolution sans réforme », la première faiblesse vient du fait que, contrairement aux autres ministères « qualifiés de « techniques », lesquels recrutent dans leurs cadres de direction, outre le corps des administrateurs civils, dans le corps des ingénieurs, il n'existe pas au ministère de la santé de corps technique équivalent. Les médecins inspecteurs de la santé ne sont pas reconnus par leurs pairs « comme ceux qui sortent des concours les plus prestigieux : indéniablement celui des hospitalo-universitaires. »¹⁴²

Cependant, le corps médical influence la politique de santé grâce notamment à une large représentation à l'Assemblée Nationale. C'est aussi l'analyse que fait Patrick Hassenteufel dans l'ouvrage, *Les médecins face à l'État*, sur lequel nous nous sommes appuyés dans notre introduction générale.

contrôle à posteriori est exercé par l'IGAS l'IGF (Inspection générale des finances) et la Cour des comptes.

¹⁴¹ Sandier, S., Paris, V., Polton, D., Thomson, S., Mossialos, E., *Systèmes de santé en transition*, Bureau régional de l'Europe (Eds.), Copenhague, Observatoire européen des systèmes de soins de santé, Organisation mondiale de la santé, 2005.D

¹⁴² De Kervasdoué, J. *Santé : pour une révolution sans réforme*, op.cit.

Complexité du dit « secteur de la santé », notions de paradigme, de champ et de système

L'historicité de la politique de santé, des origines du système de santé coïncidant avec l'histoire de la protection sociale consacrant le rôle des salariés, réapparus aujourd'hui à travers la figure nouvelle du citoyen-malade, puis l'interventionnisme d'État et son ambition régulatrice, la place des médecins, incitent à étudier les relations qu'entretiennent entre eux avec et dans le système de santé ces trois acteurs majeurs : l'État, le citoyen-malade, et le médecin.

Nous ne nous appuyerons pas directement sur la théorie de la sociologie des organisations initiée par Crozier mettant l'accent sur les acteurs, les jeux et stratégies, de système d'action, bien que cette voie soit privilégiée dans de nombreuses études concernant la politique de santé, les médecins et l'Etat.

Nous avons pu identifier en termes de jeu d'acteurs, mais aussi en termes de luttes et d'enjeux de pouvoirs, les trois groupes d'acteurs clefs que sont l'Etat, le citoyen malade et les médecins, auxquels nous avons montré l'intérêt d'inclure plus spécifiquement, les collectivités (Etat décentralisé), ainsi que les acteurs de la santé publique (médecins non cliniciens). *A contrario*, la nébuleuse d'acteurs à contour flou caractérisant le dit « secteur » de la santé ne permet en effet pas d'en dresser une cartographie, limite sérieuse à ce type d'analyse.

Cependant, nous faisons notre la conception théorique de l'Etat : « l'Etat au concret », « l'Etat en action » (Jobert, Muller, 1988), « sa place, fondamentale, du fait même d'un atout qu'il est quasiment le seul à détenir, *sa centralité* », et considérant que « l'Etat n'existe jamais en soi mais bien toujours sous l'angle de rapports avec d'autres acteurs » (Padioleau, p .16) »¹⁴³

D'autre part, si il serait vain de vouloir cerner cet « objet mou » le dit système de santé, il nous semble devoir l'étudier, avant toute autre analyse, en tant que tel à travers ce qui lui donne son existence, à savoir le discours de la réforme. La théorie des systèmes telle que la conçoit aussi Friedberg est appropriée pour aborder ce discours des auteurs de la réforme, ainsi conçue :

« L'utilisation heuristique de la notion de système correspond à la transposition de ce modèle d'intégration à l'étude de toutes les activités humaines et de toutes les situations sociales qui sont caractérisées par

¹⁴³ Meny Y., Thoenig J.-C, *Politiques publiques*, op.cit., p.113.

l'interdépendance stratégique entre les acteurs sans pour autant relever de l'organisation formelle. »¹⁴⁴

Finalement, la complexité de cette politique publique est l'écueil identifié par Bruno Jobert expliquant les difficultés à analyser les politiques sociales et sanitaires au moyen des concepts et des outils basés sur la notion de référentiel :

« Après la vague des travaux sur la planification nos champs empiriques se décentrent. Il s'agit cette fois d'approfondir cette dialectique du global et du sectoriel à partir de la logique propre de chacun des secteurs administratifs; tandis que Pierre Muller s'engageait dans l'analyse des changements de la politique agricole, Monika Steffen et moi-même explorions la dynamique des politiques sanitaires et sociales. Comme on le sait, c'est d'abord à partir du cas de la politique agricole étudiée par Pierre Muller que s'est définie la formalisation des rapports entre référentiel global, médiateurs et référents sectoriels. Les débats auquel ce livre a donné lieu m'ont rapidement convaincu du caractère par trop schématique de notre approche (...) En me centrant par la suite sur l'influence du néolibéralisme sur les politiques gouvernementales, j'entendais entrer dans ce qui constituait la boîte noire de nos analyses antérieures.»¹⁴⁵

Au-delà de la riche controverse scientifique suscitée par la notion de référentiel, Alain Faure souligne que la réussite du concept de référentiel tient aux deux dimensions fondamentales qu'il articule. La première est intellectuelle : « c'est-à-dire le processus de construction d'une vision du monde (...) » ; l'autre est celle du pouvoir : « c'est-à-dire le processus par lequel va s'instaurer une nouvelle hiérarchie entre les acteurs (...) ».¹⁴⁶ Or ces deux dimensions sont fondamentales en matière de politique de santé, ce qui confirme la pertinence de l'approche cognitive pour notre objet d'étude même si le concept de paradigme apparaît plus approprié que celui de référentiel sectoriel.

Le concept de paradigme présente l'avantage de combiner également ces deux dimensions. A propos de ces deux variantes de l'école cognitive, référentiel et

¹⁴⁴ Friedberg, E. *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*, Paris, Éd. du Seuil, DL 1997, p.230.

¹⁴⁵ Jobert B., « Rhétorique politique, controverses scientifiques et construction des normes institutionnelles: esquisse d'un parcours de recherche », In : Faure A., Pollet G., Warin, P. (Eds.) *La construction du sens dans les politiques publiques : débats autour de la notion de référentiel*, Paris, Éd. l'Harmattan, 1995, pp.15-16.

¹⁴⁶ Faure A. « Les politiques locales, entre référentiels et rhétorique », in : Faure A., Pollet G., Warin, P. (Ed.) *La construction du sens dans les politiques publiques: débats autour de la notion de référentiel*, op.cit.

paradigme, Yves Surel dans le chapitre qu'il a intitulé: « Les politique publiques comme paradigme », précise, à propos du premier que :

« Permet seulement de rendre compte d'un état de l'État en action, celui d'une articulation réussie et relativement stable entre sphère publique et acteurs concernés autour d'une politique publique, mais il paraît moins pertinent pour décrire les phases de transition, de crise ou de rupture qui caractérisent souvent l'action publique. D'où la volonté de dépasser ces conceptions traditionnelles, en testant sur les politiques publiques la conceptualisation développée par Kuhn dans son ouvrage désormais classique, *La Structure des révolutions scientifiques* ». ¹⁴⁷

Dans le cadre d'un article intitulé: « l'expertise politique et le tournant argumentatif, vers une approche délibérative de l'analyse des politiques publiques », Franck Fischer souligne la problématique méthodologique consécutive aux caractéristiques actuelles du champ de l'analyse des politiques publiques dans des domaines tels que la santé :

« Les problèmes politiques contemporains auxquels font face les gouvernements sont plus incertains, complexes et souvent plus risqués qu'à l'époque où de nombreuses théories et méthodes de l'analyse des politiques publiques ont émergé. () Ce sont en effet des problèmes pour lesquels aucune solution claire n'existe, y compris des solutions « techniques », et ce, en dépit des efforts réalisés par les approches traditionnelles, souvent technocratiques, qui ont montré ici leur inefficacité ou ont échoué. Source d'incertitude et d'ambiguïté, la science est souvent devenue partie prenante de ces problèmes. » ¹⁴⁸

L'analyse de la politique de santé nécessite donc de recourir à des outils théoriques pensés pour l'étude de la complexité au plan social et politique. Les auteurs de la réforme à travers leur discours sur le système de santé se présentent comme « sous-système », dans la thèse développée par Papadopoulos sur notre société complexe « ingouvernable », un « champ », en référence à la notion développée par Pierre Bourdieu, que reprend aussi Papadopoulos :

« Bourdieu reconnaît que : « tous les gens qui sont engagés dans un champ ont en commun un certain nombre d'intérêts fondamentaux, à savoir tout

¹⁴⁷ Surel Y, « Les politique publiques comme paradigme », in: Faure A., Pollet G., Warin P. (Eds.) *La construction du sens dans les politiques publiques : débats autour de la notion de référentiel*, op.cit., p.125.

¹⁴⁸ Fischer F. « L'expertise politique et le tournant argumentatif », *Revue Française de Science Politique*, 63(3), 2013, pp.579–601.

ce qui est lié à l'existence du champ : (...) une complicité objective qui est sous-jacente à tous les antagonismes (Bourdieu 1980 : 115) ». ¹⁴⁹

Pierre Bourdieu donne la définition suivante des champs dans son ouvrage, *Questions de sociologie* :

« Les champs se présentent à l'appréhension synchronique comme des espaces structurés de positions (ou de postes) dont les propriétés dépendent de leur position dans ces espaces et qui peuvent être analysés indépendamment des caractéristiques de leurs occupants (en partie déterminées par elles). () Un champ, s'agirait-il du champ scientifique, se définit entre autres choses en définissant des enjeux et des intérêts spécifiques, qui sont irréductibles aux enjeux et aux intérêts propres à d'autres champs... » ¹⁵⁰

La santé est un objet dont l'épistémologie devrait faire l'objet de discussion ; quoiqu'il en soit, celle-ci peut être valablement considéré comme un véritable objet politique au cœur d'enjeux de pouvoir. Didier Fassin souligne ainsi que :

« L'examen des relations de pouvoir que révèlent la distribution inégale des maladies dans l'espace social, leur prise en charge par les thérapeutes, leur gestion collective par les sociétés, en somme, l'étude des rapports entre le politique et la santé restent en grande partie à faire ». ¹⁵¹

Rappelant que les hommes ne sont pas égaux devant la santé et la mort, du fait surtout d'inégalités liées à leurs origines sociales ainsi qu'à leurs conditions de vie, l'auteur souligne que « l'incorporation de l'ordre social sous la forme d'écarts d'espérance de vie est historiquement déterminée. » Didier Fassin explique ainsi que :

« Le rôle de l'État est donc central : comme détenteur du monopole de la violence légitime et instaurateur des régimes de protection sociale pour ce qui est de l'incorporation de l'inégalité ; comme instance suprême de légitimation des acteurs et d'arbitrage des conflits, en ce qui concerne le pouvoir de guérir (...) (Cet État) n'est pas nécessairement celui, bureaucratique, que Max Weber a constitué comme expression paradigmatique de cette forme politique, mais bien plus généralement cette figure qu'Emmanuel Terray (1986, 235) caractérise comme « un ensemble organiquement lié de rapports économiques, sociaux, et politiques de domination et de subordination. » ¹⁵²

¹⁴⁹ Papadopoulos, Y. *Complexité sociale et politiques publiques*, op.cit..

¹⁵⁰ Bourdieu, P., *Questions de sociologie*, les éditions de minuit, 1984/2002, p113-114.

¹⁵¹ Fassin D. *l'espace politique de la santé*, op.cit., p.14 et p.15.

¹⁵² Ibid., p.47.

La notion de champ fait le pont avec l'entrée cognitive et la notion de paradigme dont nous avons montré la pertinence pour l'étude de la politique de santé. Une analogie peut être faite entre le champ scientifique dans lequel Kuhn a forgé sa théorie des révolutions scientifiques et le champ de la santé au sens de Bourdieu, la notion d'habitus faisant pendant à celle de paradigme. En effet, indique ce dernier :

« Un habitus (...), c'est à la fois un « métier », un capital de technique, de références, un ensemble de « croyances » (...), et qui sont à la fois la condition du fonctionnement du champ et le produit de ce fonctionnement. »¹⁵³

Cette description concorde avec les caractéristiques de ce que nous avons nommés le paradigme de la santé/non maladie, ainsi que le dit système de santé ainsi que les acteurs institutionnels de la réforme et experts du domaine. Un champ est le lieu d'un rapport de force entre les acteurs ou les institutions engagées dans une lutte entre nouvel entrant et dominant « qui essaie de défendre le monopole et d'exclure la concurrence ». A l'instar de ce que Kuhn a théorisé entre scientifiques engagés dans la science normale et révolutionnaires, Bourdieu explique :

« Ceux qui, dans un état déterminé du rapport de force, monopolisent (...) le capital spécifique, fondement du pouvoir ou de l'autorité spécifique caractéristique d'un champ, sont inclinés à des stratégies de conservation (...) C'est l'hérésie, l'hétérodoxie, comme rupture critique, souvent liée à la crise, avec la doxa, qui fait sortir les dominants du silence et qui leur impose de produire le discours défensif de l'orthodoxie... »¹⁵⁴

Nous retiendrons donc la notion de champ et non celle de secteur pour analyser la politique de santé.

La santé, objet de politique publique ?

La santé, fait social

Le déterminisme social de la santé et de la maladie existe au moins depuis le début de l'ère industrielle. Ce sont d'ailleurs les épidémiologistes français, notamment Villermé, qui mirent ceux-ci en évidence en développant une statistique sociale. Les

¹⁵³ Bourdieu P., *Questions de sociologie*, op.cit., p.114

¹⁵⁴ Ibid., p.115

écarts se sont atténués cependant depuis un demi siècle parallèlement au développement des politiques sociales mis en œuvre par les États-providence ainsi que de l'élévation générale du niveau de vie et d'éducation. Ces écarts augmentent à nouveau depuis les années 80. L'étude conduite auprès des 10 000 fonctionnaires de sa majesté au centre de Londres en 1986 montre que l'espérance de vie exactement proportionnelle à leur niveau hiérarchique sans que cette variation ne puisse s'expliquer par une différence de consommation d'alcool et tabac.¹⁵⁵

Les travaux récents menés par l'épidémiologiste Richard Wilkinson ainsi que de la commission sur les déterminants sociaux de l'OMS confirment ces résultats¹⁵⁶lesquels orientent vers une approche sociale de la santé.

Dans le domaine de l'éducation pour la santé, dont le rôle est majeur dans le champ de la prévention, celle-ci s'appuie largement sur les sciences de l'éducation, voire même sur celles de la communication. Enfin, le modèle sociologique de l'écologie humaine inspire le schéma d'une santé humaine expliquée par les déterminants de la santé, sociaux, culturels, économiques au-delà d'un déterminisme biomédical, au pouvoir explicatif fortement relativisé.

Sur le plan ontologique ces nouvelles données invitent aujourd'hui à considérer la santé comme phénomène humain, social et politique, et non pas comme un pur phénomène de la nature. Ainsi, la dégradation de la santé ne se présente plus aujourd'hui comme un risque de la vie aléatoire aux conséquences sociales de causalité strictement naturelle mais comme liée à des faits artificiels, c'est-à-dire façonnés par l'homme. La santé ainsi appréhendée est un objet d'étude pour les sciences humaines et sociales.

Dans son précis méthodologique, les caractéristiques, distinguant les sciences humaines et sociales des sciences de la nature, sont énoncées par Madeleine Grawitz, en synthèse, entre autres : l'intentionnalité, la non régularité et la non reproductibilité. L'approche interprétative dans lequel nous nous reconnaissons, participe de ce fondamental, considérant que : « contrairement au monde naturel, la

¹⁵⁵ Evans R. G., Barer M. L., Marmor T. R. (Eds.) *Être ou ne pas être en bonne santé: biologie et déterminants sociaux de la maladie*, op. cit.

¹⁵⁶ Wilkinson, R. G., Marmot, M. G., Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe (Eds.). *Les déterminants sociaux de la santé: les faits*, Copenhague, Organisation mondiale de la santé, 2004.

vie humaine est intentionnelle, holiste et historique »¹⁵⁷. Dans cet article, « Une approche interprétative de la gouvernance »¹⁵⁸, Marc Bevir, cite Clifford Geertz, au sujet de la science sociale, laquelle n'est pas : « une science expérimentale à la recherche de lois, mais une science interprétative à la recherche de significations ».¹⁵⁹ Si, souligne l'auteur, les positivistes reconnaissent le principe d'intentionnalité, en l'« atomisant », ils perdent de vue, à tort, le caractère holiste des croyances.

Epistémologie de la santé

Revenons à la santé, la nature polysémique de ce mot est indiscutable, ce qui devrait inciter à plus de prudence, de rigueur et de transparence épistémologique. L'approche sociolinguistique empruntée par Alphonse d'Houtaud nous apporte un éclairage utile : la racine étymologique du mot santé se confond en latin avec le terme de "salut", marque symbolique d'entrée en relation entre deux humains¹⁶⁰. Ainsi que l'ont découvert plus tard les hygiénistes, il existe un lien intime universel entre les humains entre santé de l'un et santé de l'autre. La philosophie apporte une aide à ce difficile exercice de clarification.

Elodie Giroud a ainsi mené un travail de mise en perspective les théories majeures ayant apporté une définition de la santé, émanant de trois théoriciens, le médecin et philosophe Georges Canguilhem, le biostatisticien Christopher Boorse ainsi que celle de Lennart Nordenfelt. Aussi allons-nous nous appuyer sur ce travail objet de son ouvrage¹⁶¹.

Si le concept bio-statistique de santé modélisé par Christopher Boorse est fécond pour l'essor de la médecine curative dont elle constitue encore aujourd'hui le fondement celle-ci, celui-ci comporte de sérieuses limites en dehors du soin. Ce modèle ne permet pas en effet d'expliquer et d'analyser les phénomènes de santé en

¹⁵⁷ Bevir M. « Une approche interprétative de la gouvernance », *Revue Française de Science Politique*, 63(3), 2013, pp. 603–623.

¹⁵⁸ Ibid.

¹⁵⁹ Geertz C., *The Interpretation of Cultures. Selected Essays*, New York, Basic Books, 1973, p.5, in : Bevir M. « Une approche interprétative de la gouvernance », *op.cit.*

¹⁶⁰ D'houtaud Alphonse, *Sociologie de la santé, langage et savoirs environnement et éthique*, *op.cit.*.

¹⁶¹ Giroux É. *Après Canguilhem: définir la santé et la maladie*, *op.cit.*

lien avec les « déterminants de la santé » de nature culturelle, économique et sociale et entre de fait en opposition avec les approches dites de « promotion de la santé ». Considérant ces approches, la conception de la santé proposée par Georges Canguilhem s'avère féconde du fait de son inspiration darwinienne et de sa dimension environnementale. L'importance accordée par ce dernier à l'essence subjective de la santé, apparaît aujourd'hui visionnaire en ce qu'elle permet d'appréhender l'actualité de ce qui est souvent présenté comme une dispute d'expertise quant à la maladie, entre le médecin et le patient, au cœur de la revendications des mouvements de droits des malades, dans une vision synthétique, telle cette citation reprise par Elodie Giroud ¹⁶²:

« La reconnaissance de la santé, comme vérité du corps, au sens ontologique, non seulement peut mais doit admettre la présence , en lisière et comme garde-fou, à proprement parler, de la vérité au sens logique, c'est-à-dire de la science ».¹⁶³

La théorie de Canguilhem tranche cependant résolument avec les visions positivistes tant celle, expérimentale de Claude Bernard, que celle, statistique de Christopher Boorse. La pensée de Canguilhem sur ce point est ainsi synthétisée par Elodie Giroud :

« La notion de *normativité biologique* introduite par Canguilhem s'enracine dans ce fait jugé irréductible et indépassable : le vivant *préfère* la vie à la mort, la santé à la maladie, il choisit, il sélectionne (il favorise certaines normes ou valeurs de vie et ainsi, se maintient et s'individualise (...) la vie et la santé sont inobjectivables car, loin d'avoir le statut d'un objet, elles sont avant tout une « activité », un comportement », une « allure » dont la normativité est d'abord appréhendée dans l'expérience individuelle ».¹⁶⁴

La définition de la santé en tant que capacité initiée par Georges Canguilhem, notion centrale dans la théorie de Lennart Nordenfelt, jette un pont théorique entre épistémologie de la santé et théorie de la justice en faisant écho à la notion de « capacité » conçue par Sen :

« Aux catégories de *quantité* et de *qualité* est substituée celle de *possibilité* au sens de la *capacité* ou *pouvoir d'action* (disposition) qui situe la définition de la santé d'emblée au niveau holiste du vivant individuel. On

¹⁶² Giroud E., *Après Canguilhem: définir la santé et la maladie*, op.cit., p. 37.

¹⁶³ Canguilhem G. *La santé, concept vulgaire et question philosophique*, in *Ecrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002, pp.67-68.

¹⁶⁴ Giroud E., *Après Canguilhem: définir la santé et la maladie*, op.cit., pp.23-24.

s'oriente aussi vers une conception plus relationnelle que substantielle ou essentialiste de la santé et de la maladie dans la mesure où la capacité normative de l'individu s'enracine pour Canguilhem dans la relation qu'il a avec son milieu »¹⁶⁵

Enfin, la conception que défend Canguilhem de la médecine comme « art au carrefour de différentes disciplines scientifiques » plutôt que comme véritable discipline scientifique ou bien alors comme « science appliquée », pose la « question d'une meilleure articulation entre *expérience et connaissance* dans la conceptualisation de la santé et de la maladie »¹⁶⁶ .

La maladie et la société, le pouvoir et le savoir : l'apport de Michel Foucault

Nous avons montré précédemment l'importance centrale de cet implicite, au cœur de la fabrique de la politique publique, concernant la définition de la santé. Or, les procédures d'exclusion sont précisément un des éléments importants de contrôle, de sélection, d'organisation et de redistribution de la production du discours mentionné par Michel Foucault, dans sa leçon, *L'ordre du discours*. Le philosophe ne limite pas ces procédures, sur le plan externe, aux différentes sortes d'*interdit* qui est « la plus évidente, la plus familière » d'entre elles. Parmi ces procédures d'exclusion, il distingue les opérations de partage et de rejet avec pour exemple celui de la raison et de la folie. Une troisième procédure consiste en l'opposition du vrai et du faux ou « volonté de vérité ». Cette dernière est aujourd'hui plus importante que les deux autres qui lui sont dérivés : « la vérité entreprend de définir la folie et de justifier l'interdit ».

Les autres principes de « raréfaction du discours », internes, cette fois, comprennent le commentaire dont la double fonction permet, tant d'initier un nouveau discours que de prolonger indéfiniment un même discours. Si l'auteur constitue le deuxième principe de limitation interne, la discipline en est le troisième.

Ce dernier point est pour notre recherche essentiel, pour une double raison. La première réside dans notre choix, exposé et explicité dans ce chapitre, d'une approche résolument transdisciplinaire. La deuxième a trait à l'analyse de la

¹⁶⁵ Ibid., pp.29-30.

¹⁶⁶ Ibid. pp. 36-37.

politique de santé qui se révèle être, par et dans le discours, fortement orientée par des entrées disciplinaires dominantes depuis qu'est advenue l'ère de la réforme du système de santé. Sur ce point, nous prendrons à notre compte Foucault lorsqu'il énonce :

« Le discours n'est pas simplement ce qui traduit les luttes ou les systèmes de domination, mais ce pour quoi, ce par quoi on lutte, le pouvoir dont on cherche à s'emparer ». ¹⁶⁷

Michel Foucault est un auteur incontournable pour celui qui travaille sur les rapports entre gouverné, santé, société, et gouvernant et donc pour nous sur les politiques de santé. Si ce qui préoccupe avant tout le philosophe, ainsi qu'il l'indique dans le cadre de *Dits et écrits*, « ce sont ces rapports vérité/pouvoir, savoir/pouvoir », les questions médecine/maladie/société, qui occupent une place centrale dans ses travaux, lui ont fourni les matériaux utiles à sa réflexion, comme en témoignent *Histoire de la folie ordinaire à l'âge classique*, *Naissance de la clinique*, *Histoire de la sexualité*. Foucault précise lui-même ainsi ce terme de « vérité » :

« Par vérité, je n'entends pas une espèce de norme générale, une série de propositions. J'entends par vérité l'ensemble des procédures qui permettent à chaque instant et à chacun de prononcer des énoncés qui seront considérés comme vrais. Il n'y a pas d'instance suprême. Il y a des régions où ces effets de vérité sont parfaitement codés, dans lesquelles les procédures par lesquelles on peut arriver à énoncer les vérités sont connues d'avance, réglées. C'est en gros, les domaines scientifiques. » ¹⁶⁸

Cette conception de la vérité correspond complètement pour nous avec la notion de « paradigme », au centre de la thèse développée par Kuhn dans son ouvrage *La structure des révolutions scientifiques*.

Michel Foucault observe qu'un même « fil directeur » traverse sa recherche. Y compris un ouvrage comme *Les mots et les choses*, traite, même s'il le fait sous autre forme, de la relation entre *Pouvoir et savoir*, le titre du chapitre auquel nous nous référons ici. Parce que la pensée de Michel Foucault nous apparaît particulièrement pertinente mais aussi de surcroît parce qu'elle n'est que récemment mobilisée en France et curieusement pas spécifiquement dans le

¹⁶⁷ Foucault M. *L'Ordre du discours: leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*, Paris, Gallimard, p.12.

¹⁶⁸ Foucault M., Lagrange J. *Dits et écrits, 1954-1988*, op.cit., pp. 407-408.

champ de l'analyse de la politique de santé, nous voulons axer notre recherche sur ce postulat :

« Il y a des effets de vérité qu'une société comme la société occidentale, et maintenant on peut dire la société mondiale produit à chaque instant. On produit de la vérité. Ces productions de vérités ne peuvent pas être dissociées du pouvoir et des mécanismes de pouvoir, à la fois parce que ces mécanismes de pouvoir rendent possibles, induisent ces productions de vérités et que ces productions de vérités ont elles-mêmes des effets de pouvoir qui nous lient, nous attachent. »¹⁶⁹

Enfin, on ne peut se référer à la pensée de Michel Foucault sans évoquer le concept de « gouvernementalité » et de « biopolitique » et plus précisément de « gouvernementalité politique » entendu comme « art de conduire la conduite des autres »¹⁷⁰. Cet aspect de la pensée de Michel Foucault est très certainement le plus proche sur le fond de l'objet de notre recherche, la santé étant un des problèmes particuliers posés par ce nouvel « art libéral de gouverner », entre gouvernements politiques et gouvernés « considérés sous l'angle de leur existence biologique ». Concernant la dimension politique de cet objet particulier, la santé, nous nous appuyons par suite aussi sur les travaux de Didier Fassin¹⁷¹ et d'Henri Bergeron¹⁷² pour une approche sociopolitique de la santé.

Disons ici, en conclusion de la discussion que nous venons de mener concernant le concept de santé ainsi que des notions héritées de la pensée de Michel Foucault, qu'on ne peut saisir la santé comme un objet déterminé ni comme politiquement neutre et que le discours est le lieu où se joue cet enjeu liant pouvoir et savoir. Nous faisons donc nôtre le projet du philosophe, dans notre approche des réformes du système de santé de la dernière décennie, qu'il exprime ainsi :

« J'essaie de voir comment se jouent, autour des discours considérés comme vrais, des effets de pouvoir spécifiques, mais mon vrai problème, au fond, c'est de forger des instruments d'analyse, d'action politique et d'intervention politique sur la réalité qui nous est contemporaine et sur nous-mêmes ». ¹⁷³

¹⁶⁹ Ibid. p. 404.

¹⁷⁰ Gros F. et al. « Introduction », *Raisons politiques*, 2013/4 (n°52), pp.5-11.

¹⁷¹ Fassin D. *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*, op.cit. .

¹⁷² Bergeron H., Castel, P. *Sociologie politique de la santé*, op.cit. .

¹⁷³ Foucault M., Lagrange J. *Dits et écrits, 1954-1988*, op.cit., p. 414.

Nous avons introduit un premier enjeu, épistémologique et ontologique, celui-ci est en lien avec le deuxième enjeu de notre recherche portant sur la question disciplinaire et donc aussi théorique. Si la santé est considérée comme objet de politique publique, celle-ci est cependant avant tout objet politique, c'est à dire objet de pouvoir.

La pertinence du pragmatisme comme démarche pour renouveler l'étude d'un objet social complexe

Ce questionnement sur la santé, celui de Canguilhem, converge précisément avec ceux qu'affronte John Dewey dans le cadre de sa théorie de la connaissance. Les ponts entre les différentes théories que nous venons de mettre en évidence explique, à travers le clivage qui s'en dégage entre deux bords théoriques concordants distincts, l'existence de deux paradigmes pour l'action publique en santé, l'un biomédical, l'autre holiste et environnementaliste.

Nous nous intéressons donc au tournant décisif que fut l'introduction du pragmatisme et la théorie de la connaissance développée par John Dewey que nous avons évoquée avec Georges Canguilhem. Plusieurs points de sa théorie sur lesquels nous pouvons baser le croisement des disciplines s'avèrent pertinents au regard de notre projet de recherche. Sa théorie se veut radicalement opposée à la tradition classique de la philosophie ainsi que la métaphysique, laquelle présente une incompatibilité de principe évidente avec les sciences sociales.

Le philosophe américain prend acte de l'avancée des sciences expérimentales et de leur ancrage dans les faits, tandis *qu'a contrario*, « les philosophes ont cultivé la dépréciation de l'action, de l'agir et du faire »¹⁷⁴. La raison de cette défiance hautaine dit-il est la « quête d'une certitude qui soit absolue et inébranlable »¹⁷⁵, or l'action est contingente et toujours incertaine : « nous agissons et, pour le reste, nous devons nous en remettre au sort, à la fortune ou à la providence. »¹⁷⁶ Ainsi, la seule sûreté pratique procurée par les « arts » est

¹⁷⁴ Dewey J. *La quête de certitude: une étude de la relation entre connaissance et action*. (P. Savidan, Trad.), Paris, Gallimard, 2014, p. 24.

¹⁷⁵ Ibid. p.26.

¹⁷⁶ Ibid. p.27.

toujours relative et chacun de ceux-ci appelle le déploiement de nouveaux « arts » et donc la formation de nouveaux risques. Or, « ce n'est pas l'incertitude en tant que telle que réprouvent les hommes, mais le fait que l'incertitude nous expose au risque de souffrir mille maux ».¹⁷⁷ Cette situation originelle marquée par la division entre l'ordinaire, celui de la pratique humaine et l'extraordinaire, celui de puissances hors de sa portée, a fait le lit de la religion. Le passage de la religion à la philosophie « quant à la forme, c'est la fin du récit livré dans un style faisant la part belle à l'imagination et à l'émotion, et la naissance du discours rationnel respectant les canons de la logique ». Cependant, Aristote « assimile explicitement sa philosophie première-ou métaphysique- à la théologie. ». Celle-ci porte sur des « objets divins ou dignes de retenir l'attention de Dieu » : « Ainsi, en même temps que l'on a éliminé les mythes et les plus grossières superstitions, on a établi les idéaux de la science et d'une vie selon la raison ».¹⁷⁸

La science ainsi conçue, est en charge des questions supérieures relatives à des objets immuables tandis que la pratique est cantonnée au rang inférieur des choses mouvantes. De ce cadre cognitif découle finalement l'idée que « la connaissance, pour être certaine, doit se rapporter à ce qui possède l'existence de manière antécédente ou dont l'être est essentiel ». Dans ce système de pensée, à la différence donc des objets scientifiques purs, les choses que nous produisons en tant que résultats de nos actions ne peuvent être véritablement objets de connaissance.

Ni réaliste, ni idéaliste, la thèse de Dewey prône l'effacement de la distinction entre théorie et pratique, connaissance et action, sujet connaissant et objet de connaissance. Nous l'avons dit, Dewey prend en compte l'impact et l'influence des nouvelles sciences, expérimentales, de la nature, sur la philosophie « moderne », laquelle demeure écrit-il attachée aux anciens postulats sur la nature de la connaissance hérités de la pensée grecque et transmis par « l'entremise de la religion hébraïque et chrétienne. Dans cette tradition, le monde naturel est un monde déchu et corrompu ».¹⁷⁹ Pour le philosophe

¹⁷⁷ Ibid. p.28.

¹⁷⁸ Ibid. pp. 35-36.

¹⁷⁹ Ibid. p.69

américain, une fois exclue l'idée que la philosophie ait pour objet « les propriétés fixes de l'Être antécédent » :

« Le fait que ce soit une entreprise intellectuelle ne signifie rien d'autre que ceci : ceux qui s'y appliquent doivent respecter les canons de l'équité, de l'impartialité, de la cohérence interne et de la preuve externe ». ¹⁸⁰

Cependant, la philosophie débarrassée de ses croyances se trouve confrontée à l'absence d'« autorité » pour former des jugements, non pas dogmatique mais intellectuelle : « je pense à des *méthodes* qui sont en accord avec celles que l'on pratique dans le cadre de l'enquête scientifique et se révèlent conformes à ses conclusions ». Pour Dewey, les actions sont animées par des intentions et désirs et ont des conséquences importantes, de fait, elles doivent être « intellectuellement dirigées ». Aussi pose-t-il la question au principe de sa recherche : « pourquoi la philosophie moderne a-t-elle si peu contribué à l'effort visant à assimiler ce que l'on sait du monde et la direction intelligente de ce que l'on fait ? ». La cause en est dans ce refus de renoncer aux idées anciennes qui avaient été pourtant formulées dans des conditions fort différentes de celles que nous connaissons aujourd'hui. Dewey considère que « la procédure et les résultats effectifs du connaître, telle que l'illustre l'enquête dans le domaine physique » appelle à la reconstruction de la philosophie moderne, « cette dernière (l'enquête) étant prise comme type et comme modèle du connaître ». Par suite l'auteur conclut au principe fondateur de sa théorie :

« Les critères et les tests de la validité se situent au niveau des conséquences de l'action ostensible et non dans ce qui est fixe et se présente comme étant antérieur à l'action et indépendant de celle-ci ». ¹⁸¹

Le philosophe américain rejette donc clairement et vigoureusement le fondement ontologique positiviste d'une réalité antécédente et immuable ordonnée selon une raison universelle. Selon lui, connaître est un acte : « la pensée n'est pas la propriété de quelque chose, dénommé intellect ou raison, qui se tient à l'écart de la nature. C'est un mode d'action dirigé et ostensible. » ¹⁸² Cependant, l'importance qu'il accorde à l'observation le distingue d'un *constructiviste non repentant* :

¹⁸⁰ Ibid. p.85.

¹⁸¹ Ibid. p.90.

¹⁸² Ibid. p.183.

« Comme, pour le positivistes et les réalistes, « l'observation l'emportera toujours sur l'imagination », la différence ne sera que méthode : l'un veut observer avant d'inférer, l'autre n'exclut pas d'observer après avoir inféré ». ¹⁸³

L'approche de Dewey, plus encore, la théorie de la connaissance qu'il propose impose un examen des méthodes d'étude des objets de la science politique avec une certaine humilité considérant que « l'acte de connaître est également hautement complexe ». L'impératif de reconstruction de la philosophie dans un souci de répondre aux problèmes humains contemporains ainsi que se recherche d'une méthode en lieu et place du dogme réduit l'incompatibilité entre philosophie et sciences sociales.

Nous retenons de l'enseignement de Dewey pour notre propre méthode de recherche, le principe que la connaissance n'est pas antérieure à la pratique, l'enquête est donc un processus qui part d'un problème vers sa résolution et non pas de la certitude vers la connaissance à travers son application. Aussi en qualifiant notre démarche de pragmatique, nous voulons dire ainsi qu'elle s'apparente à celle de l'enquêteur en charge de résoudre une énigme comme à celle du médecin qui nous appartient. Dewey mobilise cette référence-ci pour illustrer sa pensée ainsi :

« Celui-ci a affaire à quelque chose d'individuel lorsqu'il diagnostique une maladie. Il puise dans un stock de principes généraux en physiologie, etc., qu'il possède déjà. Sans ce stock de matériaux conceptuels il est désarmé. Il ne tente pas, cependant, de réduire le cas à un type exemplaire au regard de certaines lois de la physiologie et de la pathologie, ni de le départir de son individualité unique. Il utilise plutôt des affirmations générales comme moyens pour diriger ses observations sur ce cas particulier, afin de découvrir ce à quoi il *ressemble*. Ces affirmations fonctionnent comme des outils ou des instruments intellectuels. » ¹⁸⁴

Cependant, la méthode expérimentale, telle qu'elle s'est développée dans les sciences de la nature ne semble par pouvoir être appliquée telle quelle dans cadre des sciences sociales ainsi que l'a démontré Herbert Simon. ¹⁸⁵ Dewey en

¹⁸³ Le Moigne J.-L. « Pourquoi je suis un constructiviste non repentant », *Revue Du MAUSS*, (1), 2001, pp.197-223.

¹⁸⁴ Dewey J., *La quête de certitude*, op.cit., p. 223.

¹⁸⁵ Simon H. A. *Les sciences de l'artificiel*. (J.-L. Le Moigne, Trad.), Paris, Gallimard, 2004.

convient d'ailleurs dans les termes de cette citation exceptionnellement longue mais utile :

« Il va sans dire que le champ plus large de l'expérience humaine, qui concerne les conditions et les fins distinctement humaines, ne s'accorde pas, tel qu'il existe actuellement, avec le résultat sur lequel débouche l'examen de la science naturelle. La force authentiquement philosophique de la conclusion que nous avons atteinte, par opposition à ce que pourrait être sa force technique, réside précisément sans cette incongruité. Le fait que le type d'expérience le plus exigeant ait atteint un merveilleux trésor d'idées opératoires, dont on fait usage pour exercer un contrôle sur les objets, est le signe qu'il existe, au niveau des formes moins limitées d'expérience, des possibilités encore inexplorées. »¹⁸⁶

Ainsi, John Dewey apporte un éclairage nouveau quant à l'apport de la philosophie dans la résolution des problèmes humains ainsi que des principes permettant de forger des approches novatrices, celle-ci nourrit d'ailleurs les approches discursives. Cependant, Dewey ne livre pas de méthodes au sens d'outils de recherche techniques proprement dits conçus *a priori*, pas plus que Michel Foucault, cinquante ans plus tard. Parce qu'il n'y a pas de théorie générale ni d'instruments sûrs pour les appréhender, parce que les problèmes auxquels s'affronte sa pensée sont complexes et inexplorés, Michel Foucault dit « bricoler » : « je tâtonne, je fabrique, comme je peux, des instruments qui sont destinés à faire apparaître des objets », puis il corrige ses instruments en fonction de ses objets et ou invalide ces objets grâce à ces instruments. Finalement, celui-ci qui se défend d'être structuraliste, ainsi qu'il fût souvent classé déclare :

« Je n'ai pas de méthode que j'appliquerais de la même façon à des domaines différents. Au contraire, je dirais que c'est un même champ d'objets, un domaine d'objets que j'essaie d'isoler en utilisant des instruments que je trouve ou que je forge, au moment même où je suis en train de faire ma recherche, mais sans privilégier du tout le problème de la méthode. »¹⁸⁷

Nous faisons nôtre cette position qu'il qualifie d'« empiriste aveugle » aussi, à ce stade nous voudrions revenir à la filiation dans laquelle s'inscrit la théorie à

¹⁸⁶ Dewey J. *La quête de certitude: une étude de la relation entre connaissance et action*, op.cit., p.184.

¹⁸⁷ Foucault M. «1977 : Pouvoir et savoir » in Foucault, M., Lagrange, J. *Dits et écrits*, op.cit., p.404.

savoir les travaux philosophiques et linguistiques de Charles S. Peirce, père de la doctrine pragmatique, théoricien de la méthode de l'abduction, si proche de ce que Foucault décrit et qui connaît précisément aujourd'hui un regain d'intérêt.

En conclusion

Finalement, l'analyse de cette politique publique particulière que nous voulons mener est hybride. Elle associe les apports théoriques de deux disciplines, philosophie politique et sociologie politique, et s'appuie sur des connaissances issues de la santé publique. Nous partons en effet du postulat, sur la base d'une épistémologie de la santé renouvelée, qu'aucune discipline ne peut prétendre à l'exclusivité sur cet objet.

Mobiliser les travaux des analystes des politiques publiques permet d'étudier la politique de santé traversée comme les autres politiques publiques par les grandes tendances actuelles que sont des thèmes et nouveaux modes d'action des États tels que le new management public, la nouvelle gouvernance ainsi qu'une démocratie participative.

Dans cette optique, la voie ouverte par les travaux de théorie des organisations en termes de conception de l'État « en inter-action », paraît pertinente pour étudier les réformes en santé.

La théorie des révolutions scientifiques de Kuhn, transposée au champ des politiques publiques, est un modèle explicatif sur laquelle nous pouvons adosser une approche cognitive plus adaptée que le modèle du référentiel sectoriel. L'analogie que nous pouvons établir entre champ scientifique et champ de la santé nous oriente vers les outils théoriques apportés par la sociologie avec la notion de champ développée par Pierre Bourdieu.

Les travaux de Michel Foucault éclairent les enjeux de pouvoir concernant la santé nous incitant à focaliser notre attention sur les jeux d'acteurs autour d'un objet de nature politique et d'un paradigme dominant. Dans cette optique, la voie

ouverte par les travaux de théorie des organisations en termes de conception de l'Etat « en inter-action », paraît pertinente pour étudier les réformes en santé.

Adopter une lecture discursive de cette politique permet d'en appréhender la trame cognitive et normative ainsi que les éléments de paradigme.

Enfin, la philosophie pragmatique et la théorie de la connaissance de Dewey permettent de tracer un processus de recherche philosophique et scientifique qui ne se réclame ni d'un empirisme, ni d'un rationalisme absolu et permet de faire le pont entre philosophie et sciences sociales.

L'ambition première de notre travail, est donc de montrer l'intérêt d'un renouvellement de l'étude des réformes et de la politique de santé au moyen de ce changement d'angle de vue : une épistémologie critique de la santé, ainsi qu'une déconstruction des présupposés cognitifs et normatifs embarqués, tant dans les discours d'acteurs, que dans celui des experts.

Si la science politique possède des objets dont le périmètre peut être considéré comme défini et délimité, la richesse des emprunts disciplinaires en dehors d'un champ qui lui serait spécifique, est tout aussi incontestable. Cependant, tandis que certains emprunts disciplinaires sont familiers des politistes, dans le domaine de la santé, l'orthodoxie néo-classique économique est prédominante : « en dépit d'un terrain qui s'y prête mal et d'acteurs qui sont allergiques à cette approche »¹⁸⁸.

Nous avons montré qu'élargir l'éventail des outils théoriques disponibles non seulement à la sociologie politique mais aussi à des références théoriques issues de la philosophie politique, paraît indispensable pour approfondir l'étude du motif de la réforme en santé ainsi que la connaissance des enjeux à l'œuvre au sein de la fabrique de celle-ci.

Un large emprunt disciplinaire à la philosophie n'est certes pas en soi une nouveauté pour la science politique, ainsi que le soulignent Yves Mény et J-C. Thoenig :

« Paradoxalement, la *policy science* dont les perspectives pragmatiques constituaient à la fois « une révolte contre le formalisme », (...), et une réaction contre le rationalisme abstrait de l'*homo economicus*, allait se réinsérer dans des modèles théoriques qu'elle avait initialement récusés.

¹⁸⁸ Domin, J.-P., Buttard, A., Batifoulier, P. (Eds.) *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice : autour des travaux de Maryse Gadreau*, Paris, Eska, 2010, p.15.

Car toute analyse de politique se fonde implicitement ou non sur une philosophie politique et se rattache, par conséquent, aux théories disponibles sur le marché de la pensée. C'est dire que les théories des politiques publiques ne sont pas fondamentalement novatrices. Elles s'inscrivent dans la ligne (ou en réaction contre) des théories proposées par la philosophie politique ou par la pensée économique. Ce qui fait toutefois leur originalité, c'est qu'elles s'inscrivent dans un champ jusque là peu exploré...»¹⁸⁹

La pertinence pour l'étude de la politique de santé d'une approche philosophique est finalement de trois ordres. Le premier est épistémologique, le deuxième est méthodologique, le troisième enfin, plus classiquement, est théorique. Sur le plan théorique nous croiserons les références issues de ce domaine avec celles que nous apporte la sociologie et dont nous avons montré l'intérêt ici.

La démarche méthodologique que nous allons détailler dans le chapitre suivant, basée sur la notion de fabrique de la réforme ainsi que l'approche discursive développée par Philippe Zittoun, s'inspire tant de l'approche pragmatique, ainsi que d'une conception interprétativiste des sciences sociales dont nous avons montré ici la pertinence pour notre objet d'étude.

¹⁸⁹ Mény Y., Thœnig J.-C. *Politiques publiques*, op.cit., p.64.

3/ Hypothèses et plan du texte

Nous avons vu précédemment que le premier enjeu traversant nos questions de recherche, est de nature épistémologique. Il s'agit de l'acceptation tacite, traversant non seulement la littérature grise mais aussi la littérature scientifique, d'une définition de la santé considérée comme immuable. Le rôle actif de cet implicite en apparence non problématique, n'est habituellement pas pris en compte dans le cadre de la description, de l'analyse et de l'étude théorique du processus de fabrication de la réforme en santé. C'est précisément ce rôle que nous voulons prendre en compte dans le cadre de notre travail.

Nous faisons l'hypothèse que le paradigme de la santé/non maladie est constitutif des paradoxes caractérisant la politique de santé, étatisation et pérennité d'un modèle non soutenable. Or, le modèle paradoxal français de système de santé, ainsi que son train de réforme, procèdent de l'historicité du système de santé.

Le deuxième enjeu de notre recherche découle du premier. Il s'agit de renouveler l'analyse de la politique de santé et de la réforme, en optant pour une approche politique hybride, sociologique et philosophique pour l'étude d'un objet propre à la discipline politiste, la politique de santé et ses réformes. Nous comprenons ici la démarche philosophique pragmatiste en référence à la théorie de la connaissance élaborée par Dewey. Selon cet auteur, il n'existe pas deux mondes étanches, celui des idées non entravé par les vicissitudes marquant l'autre, la pratique, soumise aux aléas et incertitudes, impropres à la certitude et à la connaissance donc, et que le premier surplombe.

Nous avons souligné l'importance des éléments cognitifs et normatifs inhérents à une telle politique ainsi que le statut problématique de la santé en tant qu'objet de politique publique, alors même que celle-ci est un objet de pouvoir. Ainsi, tandis que les travaux en analyse des politiques publiques privilégient habituellement, dans ce champ marqué par l'expertise, l'étude technique des problèmes ou des solutions, et ce dans une perspective apolitique, nous allons cibler la fabrication discursive de la réforme au sens où l'a développée P. Zittoun considérant les enjeux de pouvoir qui s'y jouent.

Nous empruntons la notion de champ à Pierre Bourdieu, nous avons montré que celle-ci est plus pertinente que la notion de secteur pour un objet tel que la santé. L'analogie que l'on peut établir entre champ scientifique et champ de santé nous permet de transposer la théorie des révolutions scientifiques pensée par Kuhn en important la notion de paradigme dans le cadre d'une politique publique particulière, la politique de santé.

Dans le cadre de notre première partie nous présenterons une revue des faits et réformes ainsi que des éléments constituant ce qui est qualifié de crise financière (les années 70/90), ensuite dans une deuxième période, doublée d'une crise sanitaire (les années 90/2000), lesquelles sont encore actuelles. A travers cette courte généalogie des réformes mettant à l'épreuve un système à la française, prennent sens les prénotions embarquées dans la rhétorique politique qui se retrouvent dans une histoire commune dont la trace est l'amalgame entre systèmes de santé et système de protection sociale. La mise en perspective des finalités et des enjeux tels que nommés hier est une étape importante dans le processus d'élucidation des paradoxes de la politique de santé et d'interprétation des discours de la réforme actuelle.

Nous analyserons ensuite les arguments de la réforme présents dans les discours des acteurs institutionnels concernant cet objet finalement imaginaire qu'est le système de santé, justifiant « les solutions » et configurant la répartition des rôles et du pouvoir.

La deuxième partie a pour méthode une analyse de contenu systématique des discours concernant la loi de santé publique adoptée en 2004 et la loi de modernisation du système de santé dont le chantier a été lancé en 2014. Il s'agit de confirmer ou invalider, tester, la solidité du paradigme de la santé/non maladie, ainsi que d'explorer ce que traduit l'appel à un renouveau de la santé publique et ce paradoxe des réformes de 2004 et de 2014 : territorialiser sans décentraliser dans la perspective de la refondation du système de santé.

A travers les discours de ces réformes nous étudierons les éléments de légitimation de la réforme et des acteurs qui la promeuvent ainsi que les éléments significatifs d'une transition vers un nouveau paradigme. Nous

analyserons ces discours politiques, national, local, élus et haute administration, sphère médicale à partir d'un recueil systématique que nous détaillerons en introduction de cette deuxième partie.

Les différents items définis à partir des thèmes de la réforme de la politique de santé dans ce contexte de double crise financière et sanitaire constitueront les catégories de codage : inégalités de santé, performance du système de soins, déficit financier de l'assurance maladie, accès aux soins et solidarité nationale, sécurité sanitaire, organisation territoriale de la santé, gouvernance, démocratie. Nous pourrions ainsi étudier plus finement l'étiquetage des problèmes et des solutions à l'œuvre dans la fabrique de ces deux réformes dont notamment l'idée de ce service public territorial de santé, intention doublement percutante (public et territorial).

La troisième partie de notre travail consiste en une analyse de texte des discours, ainsi qu'une discussion critique nourrie d'une revue de la littérature scientifique ainsi que d'un éclairage théorique concernant les trois problématiques émergentes des années 2000 : gouvernance, démocratie sanitaire et organisation territoriale de la santé. Cette partie vise à analyser les équilibres en évolution des trois acteurs classiques du système mis en jeu dans les deux réformes étudiées, État, médecins et malades, potentiellement légitimes en termes de pouvoir au prisme de quelle transition paradigmatique et dans le cadre de quelles alliances.

Enfin, à partir de là, nous tenterons d'identifier les conditions théoriques et les éléments normatifs permettant de concevoir une refondation du système de santé français. Nous reviendrons dans une dernière étape sur les motifs invoqués dans le discours de la réforme à travers une analyse conceptuelle et théorique de la crise. En effet la crise comme motif de la réforme est interprétée dans le cadre de la fabrique de cette dernière en termes de problèmes et de solutions, celles-ci visent principalement le système de santé. Cependant, la crise peut aussi s'analyser en tant qu'expression de paradoxes structurels sous tension, de crise de modèle non seulement de système de santé mais aussi, *in fine*, du rôle de l'Etat dans une société moderne en transition telle que décrite par Beck à travers la notion de « société du risque ».

CHAPITRE METHODOLOGIQUE

1/ Un mode d'inférence adapté à l'enquête, l'abduction

L'abduction, ni induction, ni déduction, ni cumul de ces deux dernières, est un mode de raisonnement logique ancien, connu depuis Aristote, propre à certaines démarches exploratoires mobilisées en médecine mais aussi dans l'investigation policière, dans le domaine des sciences mais aussi celui de la littérature. Ce mode d'inférence connaît actuellement un regain d'intérêt pour sa pertinence en termes d'innovation dans la résolution de problèmes surprenants. Mieux que l'induction utilisée actuellement, l'abduction constituerait l'évolution garante de l'innovation que prétend constituer la « *Grounded Theory* » ou « théorie ancrée »¹⁹⁰.

Rappelons que contrairement à l'induction, l'abduction ne vise pas l'établissement d'une loi générale à travers la mise en évidence de régularités au sein de faits observés. L'abduction favorise l'émergence d'hypothèses explicatives, grâce à la détection, la sélection, le classement et la mise en relation d'« indices », éléments significatifs permettant la révélation et la formulation d'une explication probable d'un fait surprenant :

« L'abduction se laisse donc reconstruire *a posteriori* comme un raisonnement déductif faillible. Mais à la différence de la déduction, l'abduction est par nature incertaine (...). Mais seule l'abduction est créative et apporte de nouvelles connaissances... »¹⁹¹

L'abduction ne consiste pas seulement en un raisonnement logique, elle comporte aussi une dimension « esthétique » au sens scientifique et non littéraire, où « débarrassé du beau, le jugement esthétique n'est plus un

¹⁹⁰ Timmermans S., Tavory I. « Theory construction in qualitative research: From grounded theory to abductive analysis » *Sociological Theory*, 30(3), 2012, pp.167–186.

¹⁹¹ Catellin S. « L'abduction: une pratique de la découverte scientifique et littéraire » *Hermès, La Revue*, (2), 2004, pp.179–185.

jugement contemplatif». L'abduction est en capacité de « faire coopérer des processus tels que l'imagination, la perception, la mémoire, avec la structure du raisonnement »¹⁹².

Aussi, nous l'emploierons de manière privilégiée et non exclusive puisque ce raisonnement peut se combiner utilement avec les deux autres modes, déduction et induction :

« L'abduction fournit à la déduction sa prémisse ou son hypothèse, la déduction en tire les conséquences certaines, l'induction vérifie empiriquement la validité d'une règle possible. »¹⁹³

Cette option qui nous est familière en tant que de formation initiale médicale, pourra être fructueuse du point de vue de notre ambition de renouveau de l'analyse de la politique de santé, étant adaptée au but qui est le nôtre, explorer les paradoxes et contradictions caractérisant les questions que nous avons énoncées.

Ce choix se justifie aussi *in fine* du fait de la complexité du domaine étudié, tant multidimensionnel et qu'incertain, ce qui limite de fait la portée des seuls raisonnements inductifs et déductifs. :

« La logique formelle réduit l'interprétation des propositions aux seules relations établies entre elles, indépendamment de tout autre connaissance sur le monde et la situation, mais il est nécessaire de tenir compte du contexte empirique dans lequel les faits se produisent et sont interprétés ». ¹⁹⁴

En disant cela nous nous référons à une conception de la santé qui ne se réduit pas à l'absence de maladie et suivant donc à la consommation de biens et de produits de soin, conception de notre point de vue réduite dont l'avantage est de fournir un terrain d'étude exempte de complexité et d'incertitude.

2/ Pertinence d'une approche interprétative et discursive de la réforme

La lecture historique, l'analyse épistémologique, normative et philosophique que nous avons menée dans notre introduction permet un autre regard sur le

¹⁹² Ibid.

¹⁹³ Ibid.

¹⁹⁴ Ibid.

système de santé français en tant que catégorie d'action publique. Elle permet d'identifier et d'appréhender les savoirs, les concepts, les normes et les conflits d'acteurs à l'œuvre d'une construction empirique historiquement et économiquement située, dans le droit fil de ce qu'énonce Patrick Savidan à propos de la notion d' « égalité des chances » :

« Parce que le combat sémantique est à la fois l'expression et l'instrument de luttes politiques et sociales, gardons à l'esprit que l'histoire des mots, des concepts, des représentations, des discours fait bien partie intégrante de l'histoire sociale (...) La photographie d'une société inégale ne nous renseigne pas sur les éléments d'analyse et de discours qui ont contribué à constituer les inégalités en « problème » ». ¹⁹⁵

La politique de santé porte, à travers son objet principal le dit système de santé, des éléments fondateurs paradigmatiques dont le caractère performatif se dégrade tandis que les tensions s'accroissent dans un contexte de la crise de l'État républicain et social.

L'approche de l'action publique telle qu'elle est proposée et argumentée par Philippe Zittoun dans son ouvrage, *La fabrique politique des politiques publiques*, est donc adaptée à l'objet de notre analyse ¹⁹⁶. Ce dernier souligne notamment que l'apparente déraisonnable ténacité du politique à persévérer dans l'erreur en rééditant des politiques publiques tout autant inefficaces les unes que les autres, repose sur des motifs qui lui sont propres dans l'exercice du pouvoir et de sa légitimité de gouvernant. Or la politique de santé n'est-elle pas, si l'on s'en réfère à Foucault, un instrument de pouvoir sur les « corps » ?

En termes de méthodes, l'approche discursive promue et explicitée par Anna Durnova et Philippe Zittoun notamment se présente comme le moyen de renouveler l'étude de la politique de santé : « se démarquant de la théorie du choix rationnel et critique quant à la normativité cachée des analyses « technico – scientifiques » et s'attachant aux multiples interprétations de sens » ¹⁹⁷. Précisons ici que cette approche discursive n'entre pas dans le cadre d'une recherche linguistique au sens « saussurien », abordant le discours du point de

¹⁹⁵ Savidan Patrick, *Repenser l'égalité des chances*, op.cit., p.31.

¹⁹⁶ Zittoun Philippe, *La fabrique politique des politiques publiques : une approche pragmatique de l'action publique*, op.cit.

¹⁹⁷ Durnova A., Zittoun P. « Les approches discursives des politiques publiques » *Revue Française de Science Politique*, 63(3), 2013, pp.569–577.

vue de son efficacité sociale et de sa fonction politique. Cette approche emprunte tant à Dewey qu'à Foucault, auteurs de référence dont nous avons mis en évidence la pertinence au regard de cet objet particulier, la santé. L'approche interprétative dans laquelle s'inscrit l'approche discursive présente de surcroît un intérêt certain pour l'étude de la fabrique des politiques.

Pour Mark Bevir, celle-ci, dans les études de gouvernance, « révèle les limites des rationalités et des expertises, voire même des écrits pris comme des vérités qui influencent les politiques publiques ... ». ¹⁹⁸ Elle est parfois caractérisée par ses objets « la construction de sens » ou bien par ses méthodes « ethnographie ou l'analyse de texte », et que Mark Bevir qualifie de « décalée », emprunte à des philosophies « post-positiviste et herméneutique ». Nous avons précédemment souligné la position anti-positiviste de Dewey.

Les philosophes interprétativistes défendent l'idée que les sciences sociales ne peuvent s'étudier comme les sciences de la nature, considérant le sens comme inhérent à l'action humaine. Les faits sociaux sont donc contextuels mais aussi historiquement situés, ce qui exclut toute analyse anhistorique. Nous faisons nôtre ce point fondamental de cette doctrine, lequel justifie dans le plan de notre recherche une première partie dédiée à la généalogie des réformes puis au contexte discursif dans lequel se sont déroulées celles que nous étudierons dans notre deuxième partie :

« Les sciences sociales ont besoin de récits explicatifs qui font émerger les conditions contingentes et particulières d'action et d'évènements plutôt que de chercher des modèles, typologies ou corrélations transhistoriques ». ¹⁹⁹

Enfin, la formule reprise par Madeleine Grawitz dans son manuel, empruntée à Wilhelm Dilthey, précurseur de l'herméneutique contemporaine, en résume le projet : « *nous connaissons le monde physique, mais nous comprenons le monde social* » ²⁰⁰. L'herméneutique a en effet évolué depuis la position originale de Dilthey, et ce débat interne à l'herméneutique, « l'alternative ruineuse » entre « expliquer » et « comprendre ». ²⁰¹

¹⁹⁸ Bevir M. « Une approche interprétative de la gouvernance », op.cit. .

¹⁹⁹ Ibid.

²⁰⁰ Grawitz M., *Méthodes des sciences sociales*, op.cit., p.98.

²⁰¹ Voir sur ce point l'article de Betty Rojzman « Paul Ricœur et les signes », *Cités*, (1), 2008, pp.63–82.

Plus globalement, remarquons ici que, si il n'est pas contestable qu' «expliquer » et « comprendre » sont distincts, se pose la question de leur articulation. L'abduction offre l'avantage de combiner des processus considérés comme opposés tout en générant ainsi des hypothèses explicatives. Nous retiendrons donc que « « comprendre » reste la pierre de touche de la *vérité* herméneutique comme participation » « l'importance prise en herméneutique moderne par la dimension explicative », distanciation qui serait propre aux sciences sociales.

3/ Controverse autour des approches discursives

Nos hypothèses fondent notre intérêt pour l'approche discursive selon la thèse défendue par Philippe Zittoun ainsi formulée :

« Le caractère politique de l'action publique réside moins dans les effets produits directement par la mise en œuvre [...] que dans ceux produits par l'activité même de fabrique, activité essentiellement discursive qui consiste à la fois à définir, formuler, propager et imposer une solution »²⁰².

Est en jeu pour nous à travers cette activité de « fabrique », la pérennité d'un paradigme tout autant menacé que vital, en termes de légitimité politique des acteurs étatiques. L'intérêt pour le langage dans l'étude des politiques publiques renvoie certes à une évolution reconnue au sein des sciences sociales comme de la philosophie et qualifiée de *linguistic turn*, souligne Philippe Zittoun, cependant :

« sa mise en pratique dans les recherches en sciences sociales en général, et en science politique en particulier, continue d'être délicate et problématique (Dosse, 1995). Il faut dire que ce tournant est souvent assimilé, à tort, à l'analyse de discours »²⁰³.

Rappelons tout d'abord que des deux époques qu'ont connues les techniques documentaires, l'analyse de discours, apparentée à la classique et qualitative analyse de texte, serait schématiquement à classer au rayon de méthodes anciennes plus littéraires que scientifiques. Et ce bien que celles-ci fondent la méthode des historiens dont l'approche critique en forge la validité, méthode que nous avons d'ailleurs empruntée dans notre chapitre précédent.

²⁰² Zittoun P., *La fabrique des politiques publiques Une approche pragmatique de l'action publique*, op.cit.

²⁰³ Ibid.

Contrairement à l'analyse de discours émergeant au domaine de la sociolinguistique, le propos de l'analyse de contenu, ne serait plus d'étudier comment mais ce qui est dit. Cette distinction fait l'objet d'un point de méthode formulé par Madeleine Grawitz dans son ouvrage de référence en méthodologie des sciences sociales :

« La nouveauté de l'analyse de contenu a consisté à substituer à l'impressionnisme, dépendant des qualités personnelles de l'observateur des procédés plus standardisés, tendant parfois à quantifier, en tout cas à convertir les matériaux bruts pouvant être traités scientifiquement »²⁰⁴.

Cette supériorité apparente de la méthode serait cependant à relativiser puisque selon Madeleine Grawitz²⁰⁵, le maniement de l'analyse de contenu est délicat et exigeant en temps de travail sans pour autant que les résultats ne récompensent nécessairement les efforts. L'analyse de contenu n'est cependant pas sans présenter d'intérêt, elle s'est forgée une légitimité aux États Unis à travers les travaux aujourd'hui reconnus menés par Harold Lasswell dans le domaine de la propagande. Madeleine Grawitz reconnaît un intérêt à cette méthode en tant qu'approche quantitative, elle permet « la mesure exacte de ce l'on percevait globalement et intuitivement (...) les comparaisons, les évolutions font le domaine de prédilection de l'analyse de contenu »²⁰⁶.

En tout état de cause, pour lever toute ambiguïté, rappelons la définition désormais classique de l'analyse de contenu telle que formulée par Bernard Berenson, comme « une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications, ayant pour but de les interpréter »²⁰⁷.

C'est donc une analyse de contenu dans la perspective d'une approche discursive ainsi définie et précisée que nous voulons mobiliser dans ce présent chapitre au service de nos hypothèses. Il s'agit d'une part d'objectiver et d'évaluer l'évolution (ou non) du paradigme de la santé/non-maladie comme cadre de référence et, d'autre part, d'identifier et de vérifier les motifs de la réforme, d'en saisir le sens et sa production.

²⁰⁴ Grawitz M., *Méthodes des sciences sociales*, op.cit.

²⁰⁵ Ibid.

²⁰⁶ Ibid.

²⁰⁷ Ibid.

4/ Deux époques et deux méthodes pour une analyse discursive

Notre recherche exploite des matériaux documentaires. Deux méthodes s'offrent à nous dans le cadre de ce travail d'analyse cognitive de la politique de santé en termes d'approche discursive dans une perspective interprétativiste. En cohérence avec notre posture empirico-rationnelle et pragmatiste, nous les utiliserons alternativement en jouant leur complémentarité.

L'une, consiste en une analyse de texte critique éclairée par les données de l'histoire et les concepts issus de la théorie. Cette analyse « déblaira » la voie dans un premier temps puis nous la réutiliserons pour explorer des éléments issus de l'analyse suivante.

L'autre méthode consiste en une analyse de contenu au moyen du logiciel NVIVO qui permettra, à la fois de conforter nos premières conclusions comme de confirmer ou d'invalider les hypothèses dégagées de la première analyse. Cette technique croisée nous permet d'assurer la fiabilité de nos conclusions mais aussi de nouvelles découvertes.

Rappelons ici un aspect particulier justifiant notre intérêt pour ces deux réformes, la similarité du contexte législatif en 2004 que dans la période des années 2014, riche d'une législation visant les collectivités territoriales²⁰⁸. Le premier train de réforme étudié celui de l'été 2004, est marqué par l'arrivée de la grammaire territoriale avec les SROS de 3^{ème} génération, confirmée en 2009 avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire. Le point remarquable de l'été 2004 est l'adoption d'une deuxième loi de santé publique en France, la première ayant été adoptée en 1902. La légitimation politique de ce grand retour de la santé publique en France est en rapport avec la crise du système de santé. Le raisonnement développé dans le « Rapport sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la Sécurité sociale », annexe, *Loi n° 2003-*

²⁰⁸Lois NOTRe (Loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République) et MATPAM (LOI n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles).

1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, est en effet le suivant. L'essor du système de soin ayant occulté un temps la nécessité de la prévention, il convient de réinstaurer celle-ci afin de remédier aux déséquilibres liés à cette carence.

Enfin, l'été 2004 est aussi remarquable car, outre la loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie, est adoptée la loi du 13 Août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales qui opère la recentralisation des compétences de santé publique transférées aux Conseils Généraux par les grandes lois de décentralisation des années 1980.

La stratégie nationale de santé dont le chantier a été initié en 2013 et annonçant un projet de loi santé pour 2014 est le deuxième train de réformes étudié, marquée par un renforcement de la grammaire territoriale très fort avec la création du dispositif de « praticien territorial » et le pacte « territoire santé » puis l'annonce de la création d'un « service territorial de santé au public ».

Notre première partie, tout d'abord descriptive, rappelle les réformes conduites dans les périodes 1970-1980 puis 1980-2000, afin de tracer la généalogie des réformes 2004 et 2014 que nous étudierons plus spécifiquement par notre analyse de contenu. Cette histoire est aussi celle qui rapporte comment s'est constitué le paradigme de la santé/maladie avec ce double ancrage biomédical et économiste.

Nous analyserons ensuite la notion de « système de santé », celui-ci étant la cible principale des réformes décrites, la politique de santé se résumant principalement en une politique du système de santé. Nous mobiliserons dans ce travail critique une analyse de texte et un corpus théorique sociologique et philosophique. Les extraits de texte étudiés dans ce chapitre concernent une bibliographie la plus exhaustive possible de manuels et ouvrages, édités par les grandes écoles (ENSP, ENA) ou écrits par des auteurs politiques, administratifs et/ou académiques (Schweyer et F.-X., Crozier, M, Lévy E. et Bungener M. Fantino, B., Ropert, G., Coulomb, A., Evin, C., Pujol, H. Grimaldi, A., Tabuteau, D., Bourdillon,¹ Palier, B. ¹ Palier, B. Sandier, S., Paris, V., Polton, D.), de rapports institutionnels (SFSP, HCSP, CNS, Commissariat général du plan) et politique (Claude Evin, Michèle Barzach) et d'article de presse spécialisée ou non (Le

Monde dossier et Document et ADSP, revue du HCSP)) publiés dans les années 1990-2000, constituée en 2004 avec pour critère d'avoir nommément et pour objet spécifique le dit « système de santé », ce qui n'est pas si fréquent malgré l'abondance de littérature en santé.

Puis nous avons utilisé pour mener notre analyse de contenu le logiciel NVIVO qui est couramment utilisé en sociologie politique notamment pour l'analyse de questionnaires d'enquêtes. NVIVO est un logiciel d'analyse de contenu qui fait partie de la famille des CAQDAS, c'est donc un outil d'analyse qualitative. Son principe, dans une logique inductive à travers des opérations de codage, vise la mise en évidence d'univers de signification. L'analyse de contenu ainsi conduite est de nature compréhensive et interactionniste. Cette application permet cependant aussi certaines opérations de base de statistique lexicale de nature quantitative permettant de mixer les types d'approche.

Les auteurs des textes constituant les corpus des périodes 2004 et 2014 que nous avons ainsi étudiées²⁰⁹, représentent les protagonistes « politiques » et centraux de la réforme, que nous nommons les « cas » de notre étude. Il s'agit d'une part des acteurs professionnels et institutionnels de la réforme : acteurs « professionnels et experts » de la santé publique : Société Française de Santé Publique ; acteurs « médicaux » : représentants de médecins (syndicat MG France, Conseil National de l'Ordre des médecins) ou de notoriété (patrons hospitaliers) ; administration centrale sanitaire et sociale : ministère de la santé et IGAS ; citoyens malades : CISS et la Conférence Nationale de Santé ; cour des comptes et Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. D'autre part les acteurs politiques : élus locaux : Associations de Maires (AMF), Association des Maires des grandes villes de France (AMGVF) et l'association Elu Santé Publique et Territoire (ESPT) ; Premiers Ministres et Ministres de la santé français Parlementaires et Conseil Constitutionnel.

Les textes étudiés qui constituent nos deux « corpus » sont des textes produits, publiés dans l'environnement temporel immédiat des réformes de 2004, d'une

²⁰⁹ Par « période 2014 », nous entendons la période de fabrication de la réforme qui a débuté avec l'annonce officielle de l'ouverture du chantier visant la stratégie nationale de santé jusqu'à l'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé en janvier 2016.

part et de 2014 d'autre part en deux corpus distincts. **La Bibliographie de ces textes est présentée en annexe 1. Seuls les textes produits dans ces périodes étant en rapport avec l'objet des réformes et ou les problématiques considérées par ces réformes ont été intégrés dans nos corpus.** Il s'agit de rapports officiels, de communiqués de presse, de discours, recueillis de façon systématique. Nous pourrions dans le cadre de notre étude de contenu dégager des éléments de nature comparative diachroniques, tout en restant géographiquement situé en France, entre les deux trains temporels de réformes : 2004 et 2014.

Enfin, concernant les thèmes de la gouvernance ainsi que de la démocratie sanitaire, analysés dans le cadre de notre deuxième partie, nous avons constitué une revue de la littérature ciblée sur ces thèmes dans la période des réformes des années 2000 et 2010. Ces corpus et bibliographie sont enrichis d'une veille documentaire active réalisée entre 2004 et 2017 concernant ces réformes mais aussi plus globalement les évolutions du système de santé et des questions et politiques de santé publique durant cette période.

Nous aurons donc recours à la théorie et à l'histoire comme moyen d'explication, considérant la théorie non pas en tant que précepte ou comme idéal normatif, mais dans la tradition pragmatique, comme outil d'analyse.

Notre raisonnement exploite les données de l'histoire mais aussi les principales données récentes d'épidémiologie sociale ainsi que la littérature scientifique émanant de politistes, de philosophes et de sociologues pluralistes à l'image de l'objet protéiforme et complexe qu'est la santé.

Les théories mobilisées en sociologie politique empruntent, pour analyser la réalité discursive politico-administrative, au cadre proposé par le CSO concernant les notions de système et de jeux d'acteurs, mais aussi d'autre part, sur un autre plan, celui de la réalité politico-sociale, à la notion de champ pour analyser les luttes de pouvoirs. Enfin, nos emprunts théoriques font appel à la philosophie politique concernant les questions de démocratie et de gouvernement ainsi que d'analyse de la complexité.

Nous pouvions naturellement vouloir réaliser une cartographie des acteurs participant au *policy making* ou bien aux forums de politiques publiques en santé. L'étude des discours de ce qu'il est convenu d'appeler le système de santé montre que, plus que dans tout autre politique publique, une telle entreprise relève de l'utopie. Compte tenu de l'importance des processus légitimant la montée en pouvoir de l'État sur la santé dans les discours étatiques et le formidable enjeu démocratique de la santé, il nous semble licite de consacrer l'analyse des discours des lois de 2004 et 2014 aux seuls acteurs politiques, nationaux et locaux, étatiques de l'administration centrale, élus et citoyens sans oublier les piliers et cibles emblématiques du système de santé et de ses réformes, médecins.

Partie I. La « crise », opportunité pour la réforme

« Un matin au réveil je me suis aperçu que j'avais perdu la définition de la maladie. Je l'ai cherchée partout, paniqué à l'idée d'ouvrir la porte de ma salle d'attente sans l'avoir retrouvée. Qui pourra me croire ? Je suis resté des années sans savoir ce qu'était un malade, faisant appel aux plus éminents experts, tous aussi incompetents que moi pour le définir, jusqu'au jour où, enfin, l'évidence m'est apparue. Que n'y avais-je pensé plus tôt ! La maladie n'accepte qu'une seule et unique définition, elle-même issue de la définition du malade. La vérité était là, toute crue dans ma salle d'attente et je ne l'avais pas vue : - « Un malade est la personne qui consulte un médecin ». - « Une maladie est l'objet de leurs discussions ». ²¹⁰

²¹⁰ Périno L., *La sagesse du Médecin*, op.cit., pp. 70-71.

Introduction :

Cette première partie a pour objectif de dégager les éléments de connaissance nécessaires à l'étude des réformes des périodes 2004 et 2014 que nous mènerons dans notre deuxième partie. Nous mobiliserons tout d'abord une approche historique descriptive de la réforme du système de santé puis une approche descriptive et analytique de la rhétorique de la réforme.

La généalogie de la réforme réalisée dans le premier chapitre de cette première partie est motivée par un double constat :

- d'une part l'importance des références historiques dans le discours politique de la réforme autour d'une histoire commune,
- d'autre part l'importance du récit historique et la coexistence de plusieurs versions de l'histoire dans certains travaux concernant la politique de santé.

Cependant, celle-ci répond à un triple impératif de recherche :

- d'une part la prise en compte de l'historicité des faits sociaux, les réformes étant considérés comme des faits sociaux,
- d'autre part une approche holistique de ces réformes intégrant santé publique et missions confiées aux collectivités dans cette histoire des réformes de système de santé,
- enfin, dégager les éléments spécifiques des deux périodes particulières de réforme que nous allons ensuite étudier, 2004 et 2014.

Dans un deuxième chapitre, descriptif et analytique, nous appréhenderons la rhétorique de la réforme grâce à une étude des textes de la littérature grise, politique et institutionnelle ainsi qu'académique²¹¹, cet objet, le dit « système de santé », cible de la réforme, mais qui n'a été ni créé ni institué formellement.

²¹¹ Pour mémoire, les extraits de texte étudiés dans ce chapitre concernent une bibliographie la plus exhaustive possible de manuels et ouvrages, édités par les grandes écoles (ENSP, ENA) ou écrits par des auteurs académiques (Schweyer et F.-X., Crozier, M, Lévy E. et Bungener M. Fantino, B., Ropert, G., Coulomb, A., Evin, C., Pujol, H. Grimaldi, A., Tabuteau, D., Bourdillon,²¹¹ Palier, B.²¹¹ Palier, B. Sandier, S., Paris, V., Polton, D.), de rapports institutionnels (SFSP, HCSP, CNS, Commissariat général du plan) et politique (Claude Evin, Michèle Barzach) et d'article de presse spécialisée ou non (Le Monde dossier et

Nos matériaux pour ce deuxième chapitre sont la littérature grise mais aussi académique, lesquelles, à l'instar du sens commun, considèrent le terme de « système de santé » comme relevant de l'évidence. Ceci est notamment le cas des rapports et manuels produits par les hautes instances de l'État, ces auteurs mobilisant ce terme sans le définir. Cette acception consensuelle marque les réformes en santé depuis l'avènement de la période « rationnelle » dans le début aux années 1975, ayant succédé aux trente glorieuses de la santé²¹².

Nous nous appuyerons sur les principes d'analyse des politiques publiques proposés par Philippe Zittoun²¹³, centrés sur leur « fabrique » et plus adéquats pour notre étude que l'utilisation classique de la grille de Jones. L'auteur considère la fabrique des politiques publiques comme une activité essentiellement discursive où réside véritablement le caractère politique de l'action publique, et en tant qu'« enjeu de légitimation du pouvoir en place ». La grille proposée par celui-ci permet d'étudier la fabrique de la politique de santé en tant que « luttes définitionnelles autour de problèmes inacceptables ».

Nous emprunterons une méthode d'analyse critique de texte certes classique mais indispensable pour identifier les éléments de fabrication de la réforme que sont, empruntant aux catégories formalisées par Philippe Zittoun, l'étiquetage, la justification des solutions et la légitimation des acteurs en puissance.²¹⁴

Enfin, nous approfondirons cette analyse en mobilisant les outils théoriques issus de la sociologie politique mais aussi de la philosophie.

Document et ADSP, revue du HCSP)) publiés dans les années 1990-2000, constituée en 2004 avec pour critère d'avoir nommé et pour objet spécifique le dit « système de santé », ce qui n'est pas si fréquent malgré l'abondance de littérature en santé.

²¹² Ce terme désigne la période de très forte expansion qu'a connu le « système de santé », c'est-à-dire ici, les professions, produits et services de soin, depuis l'avènement de la sécurité sociale en France, au lendemain de la guerre, jusqu'aux premiers chocs pétroliers.

²¹³Zittoun P., *La fabrique politique des politiques publiques: une approche pragmatique de l'action publique*, op.cit.

²¹⁴ Nous faisons référence ici aux catégories conceptualisées par Philippe Zittoun, *La fabrique politique des politiques publiques : une approche pragmatique de l'action publique*, op.cit..

Chapitre 1. La généalogie des réformes en santé, histoire d'un paradigme

Le premier chapitre de la présente partie est ainsi consacré à une « généalogie » des réformes qui nous intéressent (2004 et 2014) resituant celles-ci dans le contexte global et historique de la réforme du système de santé, préalable indispensable ainsi que nous l'avons expliqué en introduction ainsi que dans notre chapitre méthodologique.

Cette étape de notre travail s'apparente à celle conduite par Pierre Bourdieu dans son cours d'anthropologie économique²¹⁵. L'auteur démontre à travers une démarche historique comment se sont construites les catégories modernes de l'économie capitaliste, considérées aujourd'hui du point de vue de la théorie du choix rationnel comme des évidences :

« Les grands théoriciens de l'économie, jusqu'à John Stuart Mill () participent à la construction de cet univers nouveau. De même que l'Etat est un univers nouveau, sans précédent, une invention, de même l'économie telle que nous la connaissons est une invention historique () les économistes sont les descendants de John Stuart Mill et, quand ils décrivent *l'homo oeconomicus*, ils produisent une anthropologie imaginaire : *l'homo oeconomicus* n'existe pas, mais il devrait exister pour que l'économie fonctionne complètement comme elle devrait fonctionner » « comprendre la disposition économique telle que nous la connaissons, c'est comprendre la genèse de l'univers dans lequel cette disposition s'est constituée. »²¹⁶

L'objectif de ce premier chapitre n'est donc pas d'analyser en détail les crises et les réformes du système de santé dans cette période des années 1980, 1990 et 2000. Ce travail a déjà été conduit notamment dans le cadre de la thèse de Frédéric Pierru soutenue en 2005 et ayant pour sujet : *Genèse d'un problème public, la « crise » du « système de santé français », 1980-2004*.

Notre approche est différente dans la mesure où nous ne nous intéressons pas à une étude de la réforme à travers une analyse critique des motifs la légitimant en tant que tels ainsi que l'a conduite F. Pierru. Notre objectif est d'interroger la construction de ces motifs d'un point de vue normatif et cognitif et en tant que processus politique et social.

²¹⁵ Bourdieu P., *Anthropologie économique Cours au collège de France 1992-1993*, coll. Raisons d'agir cours et travaux, éditions du Seuil, nov. 2017.

²¹⁶ Ibid., p93-94.

Ce faisant, nous entendons mener notre travail dans le sillon tracé par Frédéric Pierru : « explorer collectivement d'autres voies de formulation et de résolution des problèmes ». Nous nous reconnaissons aussi dans la posture qu'il adopte et énonce ainsi dans son ouvrage, *Hippocrate malade de ses réformes* :

« Les chercheurs en sciences sociales ont, bien entendu, un rôle crucial à jouer dans ce réarmement (de la critique sociale) ». ²¹⁷

Ce qui nous intéresse ici concerne donc certes la généalogie des réformes de la santé non réduite au système de santé, mais aussi et surtout celle du paradigme de la santé/non maladie et de l'ancrage de la politique de santé dans le référentiel biomédical. Ce dernier aspect n'a pas été étudié jusqu'ici dans le cadre d'une analyse de politique publique de cette politique, le rôle du large usage d'un vocabulaire commun dans le jeu d'acteurs étant habituellement négligé.

Nous voulons ici retracer les jalons significatifs permettant d'aborder une approche globale de la réforme et de la politique de santé. Il s'agit d'intégrer les éléments relatifs à la santé publique, d'une part, et, d'autre part, les mouvements contradictoires de décentralisation-recentralisation de cette politique de santé publique, ainsi qu'à travers l'étatisation de la politique de santé, l'émergence d'un élément devenu central, sa « territorialisation ».

Rappelons enfin que notre objectif n'est pas de mettre en exergue ni d'analyser le jeu d'acteurs autour des réformes, travail déjà conduit, mais la fabrique discursive de la réforme. Or, celle-ci est à l'œuvre dans le recours au récit historique. Les faits n'échappent pas à « ces dispositifs, producteurs de normes et de jugements qui déforment toujours la réalité qu'ils donnent à voir ». Ainsi, par exemple, la quatrième étape de la fabrique des réformes conceptualisée par Philippe Zittoun : « rendre le futur apocalyptique » ²¹⁸ est singulièrement l'entreprise poursuivie à travers l'essai futuriste par Didier Tabuteau, auteur de référence ²¹⁹ que nous étudierons dans notre quatrième partie.

²¹⁷ Pierru F. *Hippocrate malade de ses réformes*, op.cit., p. 298.

²¹⁸ Ibid. p. 48.

²¹⁹ Tabuteau, D. *Dis, c'était quoi la Sécu ? lettre à la génération 2025*, op.cit.

1/ Les années 1970/1990 : « crise financière » et mise à l'épreuve du « système de santé » français gouvernée par les « comptes »

La fabrication du déficit de l'assurance maladie à l'origine de la crise financière

Il est certainement pertinent de dater le début de cette période à l'année 1967 pour deux raisons au moins.

La première en est que cette année fut celle d'une réforme décisive en matière de sécurité sociale, première remise en cause des principes universels décrétés au lendemain de la deuxième guerre. Cette réforme sépare les différentes branches de la sécurité sociale, rompant avec le principe d'unicité de celle-ci, pour créer une caisse autonome pour chacun des risques. Ainsi apparaît l'objectivation des déficits de l'assurance maladie, la plus « malade » des quatre branches de la sécurité sociale que sont : maladie (maternité, invalidité, décès), accidents (et maladies) professionnelles, vieillesse (retraites) et famille.

En deuxième lieu et nous y reviendrons plus longuement, en janvier de l'année suivante, en 1968, le ministère des Finances lance la RCB²²⁰ sur le principe du PPBS²²¹ américain, laquelle connaîtra des développements « exemplaires » dans le champ de la santé.

Ainsi, les chiffres s'imposent et manifestent l'importance d'enjeux économiques devenus incontournables, sous forme dramatique. Avec la fabrication du déficit de la sécu, apparaît le « trou de la sécu » lequel constitue le signal de la « crise » financière du système de santé avec pour corollaire l'apparition de cette dénomination-ci.

Le montant des prestations d'Assurance maladie versées a considérablement augmenté de 1947 à 1994 pour le seul régime général et cette croissance a été la plus forte avant 1975 (12% par an). L'expansion de l'offre de soin s'est alors accompagnée d'une croissance numérique mais aussi qualitative des acteurs du

²²⁰ La RCB (Rationalisation des Choix Budgétaires) a consisté à remplacer le principe des « moyens » par celui des « programmes » dans l'élaboration des budgets en structurant ces derniers en fonction d'objectifs mesurables et quantifiés. La limite de cette méthode est que la valorisation économique des résultats, c'est-à-dire leur conversion sous forme monétaire, permettant *in fine* de juger de la rentabilité des programmes en termes de ratio « coûts-avantages », n'est pas toujours possible.

²²¹ *Planning Programming Budgeting System*

soin, avec la création aux côtés des médecins dont le nombre de spécialités passe de quatre à plus de cinquante, de nombreux métiers médicaux, paramédicaux et médico-sociaux.

La France connaîtra la plus forte croissance des dépenses de santé des pays de l'OCDE dès 1975 atteignant 10% du PIB en 2003 ²²². Les comptes des dépenses de santé montrent jusqu'au début des années 1980, que la part du secteur des soins hospitaliers est celle qui a le plus augmenté. Aujourd'hui c'est la part des médicaments qui progresse le plus fortement tandis que la part des services médicaux demeure stable. L'hôpital sera de fait la cible privilégiée des réformes à visée financière dès le début de cette période.

Les années 1970 marquent ainsi un autre tournant. Selon l'analyse économique dominante, partagée par la majorité des auteurs institutionnels et acteurs politiques, du fait des chocs pétroliers et d'un chômage désormais structurel, la vocation universelle de l'assurance maladie n'est dès lors plus soutenue par un financement universel, comme elle le serait par la fiscalisation²²³ tandis que l'écart se creuse entre des dépenses qui augmentent tendanciellement et des recettes structurellement fragilisées.

La « crise financière » du système de santé français s'inscrirait dans un ensemble plus large. Les auteurs étudiant les systèmes de Protection Sociale européens (p.e. Bruno Palier, Dominique Polton) considèrent que tous ont été alors confrontés aux mêmes problèmes : chômage, vieillissement, augmentation des dépenses de santé, et ont recherché des solutions économiques pour faire face à cette pression. Cette explication de la « crise du système de santé » à travers son inscription dans une problématique ainsi formulée est cependant elle aussi contestable tant du

²²² In: Sandier, S., Paris, V., Polton, D., Thomson, S., Mossialos, E., *Systèmes de santé en transition*, op.cit. :

> chiffres 2000 : la France occupe le quatrième rang en dépenses de santé en %PIB d'Europe tandis que seulement le 11ème rang en dépenses de santé par habitant ce qui situe la France au dessus de la courbe relation richesse pays/ dépense santé /habitant. Donc compte tenu de sa richesse la France dépense donc relativement plus pour la santé que les autres pays de l'OCDE

²²³ In Ibid. :

> ce que l'on dénomme « la dépense nationale de santé » est l'évaluation de la valeur totale des dépenses de santé quelque soit le payeur : « la consommation de biens et de soins médicaux constitue la part majeure de cet agrégat qui comprend en outre la prévention (2,4%) la recherche (4%), l'enseignement (0,5%) et l'administration sanitaire (1,7%) ».

>la dépense nationale de santé a été financée en 2000, pour 72,8% par la SS, 9,7% par les ménages 4,3% par l'État et les CT 13,1% par différents organismes de protection collective complémentaire (dont 7,5%des mutuelles)

point de vue économique, que de celui de la santé publique. Nous reviendrons ultérieurement sur l'argument économique, dans un édito François Baudier, médecin spécialiste de santé publique, ayant occupé de nombreux postes à responsabilités,²²⁴ conteste la réalité de pressions sur le système de santé liée à des facteurs de vieillissement et de nouvelles technologies, constat unanime repris par les organismes internationaux comme l'OCDE :

« Or pourtant certains chercheurs allemands ont montré que les coûts des soins de santé n'augmentent pas nécessairement avec l'âge, quant aux technologies s'agit-il des coûts induits par les nouvelles technologies ou de leur mauvaise utilisation ? ». ²²⁵

La politique de santé sera impactée par ces orientations majoritairement dans le domaine du soin tandis que le champ de la santé publique, éclipsé de la scène politique par l'essor considérable du curatif, oublié des réformes, ne réapparaîtra que secondairement comme élément de la politique de santé. C'est tout d'abord le secteur du « soin », sous la dénomination « santé », qui sera concerné par l'essor de la planification. Le secteur hospitalier en sera le domaine de prédilection.

La trace paradoxale du motif économique dans la matrice cognitive de la politique de santé et l'inscription dans le paradigme de la santé/ non maladie

De prime abord, l'équation économique semble simple : diminuer le rapport entre Prélèvements Obligatoires et PIB et ou diminuer les Prélèvements Obligatoires par la baisse des dépenses publiques. Cette solution n'est cependant acceptable qu'en maintenant la qualité et en couvrant tous les besoins, autrement dit en améliorant les performances publiques, ce raisonnement ouvre la voie du new management public.

Les contraintes ainsi imposées au secteur public posent alors la question de l'évaluation de l'action publique qui « s'est traduite depuis les années 1970 par une succession d'initiatives institutionnelles aux fortunes diverses, cette histoire a

²²⁴ Parmi ces responsabilités, la présidence de la FNES (Fédération nationale de promotion et d'éducation pour la santé) qui regroupe l'ensemble du réseau des associations œuvrant dans ce champ.

²²⁵ Baudier F. : « Editorial : une invitation à réfléchir », in *les dossiers de la santé de l'homme*, et « contre les discours simplistes et les raccourcis d'analyse » in *Les réformes des systèmes de santé spécificités et convergences*, ADSP, 18 mars 1997.

été marquée par deux tentatives pour inscrire l'évaluation au cœur du fonctionnement de l'État : la rationalisation des choix budgétaires (RCB)²²⁶ en 1970 et la création d'un dispositif gouvernemental d'évaluation des politiques interministérielles en 1990 ». ²²⁷

La RCB a suscité au sein de l'administration un développement important d'études et recherches dans tous les domaines de l'action publique, l'une des plus belles réussites, dit-on, est l'étude sur la périnatalité dont les conclusions suivies d'effets ont sans doute contribué à la diminution de la mortalité infantile dans les années 1970. L'exemple de la périnatalité restera cependant un cas isolé dans l'histoire de la RCB dans le champ de la santé pour lequel celle-ci s'avèrera finalement trop complexe à utiliser.

Le déplacement institutionnel de la RCB visant à généraliser celle-ci aux ministères sociaux, a été opéré du ministère des Finances vers celui de la Santé à travers une première étude en définitive peu concluante visant la santé mentale. Le ministère de la Santé fait figure de pilote. L'« âge d'or de la RCB-santé » coïncide avec l'avènement d'un grand et puissant ministère unifié de la « Santé publique et de la sécurité Sociale » en 1969.

L'intérêt, d'un point de vue politique, à développer une approche économique de la santé, est lié à un contexte où le financement du risque maladie, isolé par la réforme de 1967, « de plus en plus problématique, peut faire l'objet d'une régulation spécifique ». Pour l'État cela consiste : « à ouvrir la « boîte » noire des pratiques médicales, pour établir un lien entre le financement des moyens et le niveau des résultats sanitaires ». ²²⁸

Cette extension du calcul économique au domaine de la santé n'est cependant pas sans soulever de problème et les outils de l'analyse économique ne seront pas à la hauteur de cette visée régulatrice. Contrairement à d'autres secteurs ayant pu être

²²⁶ La RCB marquera cette première époque d'approche coût /efficacité des politiques publiques visait à développer la planification budgétaire et l'évaluation ex-ante, plus que l'évaluation ex post. Il s'agissait de restructurer le budget sous forme d'un ensemble de programmes d'action (en complément de l'approche traditionnelle par nature de dépenses) et de fonder les décisions de dépense sur une prévision de leurs impacts socio-économiques.

²²⁷ Perret B. *l'évaluation des politiques publiques*, La découverte, Paris, 2001.

²²⁸ Benamouzig, D. *La santé au miroir de l'économie: Une histoire de l'économie de la santé en France.*, Presses universitaires de France, 2005, p.91.

régulés grâce au calcul économique, en effet, « la santé échappe au marché. Il est impossible de recourir au prix du marché pour estimer la valeur des services sanitaires. »²²⁹ A l'issue de la controverse sur le « prix » de la vie humaine, les méthodes coûts-avantages sortiront pour le moment, en France, disqualifiées.

Si le lien ne peut pas véritablement être objectivé ni mesuré économiquement entre ces deux termes, le divorce entre moyens et résultats sera cependant incorporé comme motif dans la rhétorique de la réforme et ce deuxième terme reformulé en termes de finalité dévolue au système et inscrite dans le puissant référentiel biomédical. Ainsi, ce moment particulier de la généalogie des réformes du système de santé que fut l'introduction du raisonnement économique dans le champ de la politique de santé, a fortement impacté non seulement l'univers cognitif de la réforme mais aussi (et surtout) celui du Ministère de la Santé²³⁰ à travers la confusion entre santé et non maladie.

La RCB s'inscrit dans le fil du développement du calcul économique introduit dans la planification au cours des années 1960, « sur fond de rivalité institutionnelle entre le Plan et le ministère des Finances ».²³¹ Cette technique semble procéder de la convergence entre les aspirations rationalisatrices du ministère des Finances et la technicisation croissante de l'administration centrale. Ce courant techniciste né dans les années 1930 aura un prolongement institutionnel dans le Commissariat général au Plan. Daniel Benamouzig dans son ouvrage, *La santé au miroir de l'économie*, montre, en s'appuyant sur les travaux historiques et sociologiques, que :

« Souvent teinté d'antiparlementarisme, ce courant affirme la supériorité des critères techniques sur l'irrationalité présumée des décisions politiques (...) les aspects économiques tiennent une place importante dans les réflexions de ce mouvement, notamment sous la forme d'un utilitarisme appliqué. »²³²

Cette tendance « jugée trop instrumentale de la rationalité », n'est cependant pas consensuelle. Elle fera l'objet de critiques notamment de sociologues ayant

²²⁹ Ibid., p.92.

²³⁰ Ibid.

²³¹ Ibid., p.67.

²³² Ibid., p.75.

contribué au déploiement de la RCB tels que Michel Crozier.²³³ Mais la PPBS atteindra ses limites notamment aux États-Unis où la généralisation problématique au secteur civil de méthodes initiées dans le champ militaire conduira à son abandon en 1968. Conscients de ces difficultés, les fonctionnaires du ministère des finances s'attachent à développer une RCB adaptée au contexte français. Cependant, souligne Benamouzig, celle-ci :

« Se heurte à de sérieuses difficultés dans le domaine civil en général, et en matière de *Welfare* en particulier. Dans le domaine de la santé, les obstacles sont nombreux. Nombre d'actions des pouvoirs publics sont difficiles à valoriser économiquement. »²³⁴

L'organisation « balistique »²³⁵ et verticale, cohérente dans le cadre du champ militaire, semble totalement inadéquate en termes d'action publique, dans le domaine civil. La RCB connaîtra ainsi en France grandeur puis décadence. Introduite au ministère de la Santé à partir de 1970, Benamouzig date le décrochage de la RCB « tant au niveau politique qu'au niveau administratif, dans les deux ministères des Finances et de la Santé » à l'année 1972.²³⁶ Le constat est alors le suivant :

« L'insertion du calcul économique dans l'administration sanitaire donne lieu à des distorsions problématiques allant du mauvais usage des méthodes, à une utilisation dévoyée, mêlant parfois intérêts industriels et objectifs de santé publique ».²³⁷

Si la méthode elle-même n'a pas subsisté, le processus intellectuel d'élaboration des motifs cognitifs, a laissé des traces durables au sein de ces administrations participant d'un renforcement et d'une adaptation des propriétés du raisonnement économique en santé. Ce sont entre autres ces traces que nous pourrions observer dans l'approche discursive des réformes que nous mènerons. A cet égard la plus importante des traces cognitives ayant marqué l'administration d'État dans cette période de colonisation de la santé par l'économie est pour nous, la confusion entre santé et maladie et l'inscription dans le sens commun, la

²³³ Ibid., p.81.

²³⁴ Ibid., p.86.

²³⁵ terme employé par Daniel Benamouzig emprunté au vocabulaire militaire pour indiquer l'impératif visé, celui de l'atteinte d'un objectif ciblé, calculable et mesurable

²³⁶ Ibid., p.119.

²³⁷ Ibid., p.123.

fabrication et la désignation d'un objet économique, le « système de santé », producteur de soins.

Cette trace remonte cependant avant l'instauration de la RCB au développement de la planification dans le domaine sanitaire et aux travaux d'économie médicale menée par le CREDOC²³⁸ auprès du Commissariat au Plan²³⁹. La confusion santé/non maladie est manifeste tant en matière de planification, ayant pour cible principale l'hôpital, en termes d'investissement, et en tant qu'équipement public, qu'en matière de consommation, laquelle, qualifiée de médicale, ne vise que les soins.

L'État ne disposait que de peu d'instruments d'analyse économique pour aborder la production du soin qui s'est développée sans contrainte dans les années 1950. Si la première étude de la consommation médicale remonte à 1954, c'est au début des années 1960 que naît une nouvelle discipline : « l'économie médicale », promue par des médecins l'ayant initiée au sein du CREDOC, avec un certain « parti pris médical teinté d'une méfiance vis-à-vis de l'économie classique ».²⁴⁰ Cette posture est parfaitement résumée par Henri Péquignot, dans cette longue mais utile citation reprise par Benamouzig :

« Il n'est pas fréquent que les non-médecins prennent conscience de l'imprudence avec laquelle ils manient généralement les problèmes médicaux en voulant ne les voir que du dehors. Ils me semblent recommencer ainsi l'erreur des ethnographes des siècles lointains qui ne pouvaient étudier les tribus primitives qu'en projetant sur elles les valeurs, les catégories et les jugements de leurs références inconscientes d'adultes européens, blancs et « civilisés » ». Il serait sage que les sciences sociales qui veulent s'occuper de médecine accordent à l'ensemble des sciences médicales, leurs aînées, plus solidement constitués en tant que sciences et techniques efficaces que leurs disciplines, plus jeunes et plus subjectives, et à ceux qui pratiquent ces sciences- les médecins le même traitement que les ethnographes d'aujourd'hui mieux avertis, accordent aux tribus amazoniennes les plus primitives : tenir compte de leur point de vue et de leur régulation interne »²⁴¹

²³⁸ Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie.

²³⁹ Berthod-Wurmser M. Beaubeau D. « Plans et planification Définition et histoire », *actualité et dossier en santé publique*, Juin 1995, n° 11, p. II à XXXIII.

²⁴⁰ Benamouzig, D. *La santé au miroir de l'économie: Une histoire de l'économie de la santé en France.*, op.cit., p. 38.

²⁴¹ Ibid., p. 41.

Cette nouvelle discipline inscrit la démarche économique comme un prolongement, nouveau et nécessaire, de la médecine sociale. L'élaboration des Comptes de la santé qu'Henri Péquignot appelle la « grande œuvre » du CREDOC²⁴² procède de la même démarche, adaptée et reproduite, que celle des comptes nationaux. Ici se manifeste l'amalgame entre santé, laquelle « apparaît comme un domaine de consommation parmi d'autres », et maladie.²⁴³ Ces Comptes ont pour destinataires, d'une part, l'administration dans son exercice de planification et d'autre part, les « professionnels de santé eux-mêmes », (c'est-à-dire constituant l'offre de soins), en tant qu'« objets » de ces comptes, « concernés » par les décisions prises. Cependant :

« En privilégiant un certain degré de généralité, liée à la dimension macro-économique des Comptes de la santé, l'établissement des données préserve l'intérêt de la profession », laquelle est en effet « peu encline à justifier ses pratiques, à discuter ses rémunérations ou à déléguer une partie de son expertise technique ». ²⁴⁴

A côté de la comptabilité publique, l'autre composante cognitive du « motif » des Comptes de la santé, est celui du « calcul économique », utilisé dans le domaine de la planification, il est appliqué aux programmes d'équipements urbains et par extension à l'équipement hospitalier. Les experts du CREDOC sont prudents pour ne pas dire critiques à son égard, avec deux objections : « l'une est technique, voire cognitive. Elle souligne le caractère inabouti des méthodes. L'autre est plus politique, voire philosophique. Le calcul économique semble entrer en contradiction avec un certain respect des libertés ». ²⁴⁵ Celui-ci bute sur le problème de la mesure des résultats. Georges Rösch, directeur de l'équipe médicale du CREDOC, en marge d'un congrès tenu en 1965, s'exprime sur les limites de la valorisation monétaire dans le domaine de la santé dès lors que l'on passe du macroéconomique au micro-économique :

²⁴² « Le Dr Henri Péquignot joue un rôle décisif dans la création de la première équipe française d'économie médicale. En raison de son parcours personnel, ce médecin bénéficie d'une position institutionnelle originale, qui le situe à la jonction du monde médical et du monde administratif (...) elle s'apparente à la position du « marginal sécant » dont Haroun Jamous avait souligné l'importance à propos d'un autre médecin proche de l'administration, Robert Debré ».

²⁴³ Ibid., p. 42.

²⁴⁴ Ibid., pp 49-50.

²⁴⁵ Ibid., p.60.

« Plus on s'approche de l'acte médical, moins la « pure » rationalité économique semble avoir une légitimité à traduire la densité des informations médicales (...) Etant multidimensionnelle, la santé ne peut être réduite à un indicateur monétaire. (...) Ainsi, le calcul économique ne permet pas véritablement de choisir. Tout juste facilite-t-il l'optimisation d'une fin *déjà* choisie ». ²⁴⁶

L'usage du calcul économique préconisé par le plan sera donc peu développé par le CREDOC mais si l'instrument n'a pas séduit, pour Benamouzig, le travail intellectuel de rationalisation participa de la consolidation et de la « capacité à convaincre » de ces motifs cognitifs qui évolueront en même temps que la planification elle-même.

La santé ne fait cependant pas partie des secteurs de base visés par la politique de redressement du premier plan, la question des équipements sanitaires se pose dès le deuxième plan (1953-1958), mais le contexte n'étant pas favorable à un renforcement du rôle de l'État, cette politique se veut « décentralisée et plurisectorielle ».

Le deuxième plan marque cependant une transition. D'une part, s'opère un glissement thématique de la production vers la consommation, d'autre part, la place du ministère des Finances se renforcera par la suite tandis que l'influence du Plan marque un recul. La santé apparaît de façon significative dans l'histoire des plans à partir du IV^{ème} plan (1961-1965). Celui-ci accorde une place importante au développement des équipements collectifs et de fait inaugure une réflexion sur les équipements hospitaliers et pose la question de l'insertion du raisonnement économique dans le champ sanitaire. Cependant, la Commission de l'équipement sanitaire du IV^{ème} plan s'ouvre à des non-fonctionnaires, en grande partie des médecins hospitaliers et directeurs d'hôpitaux, dans une démarche du Plan qui « se borne à expliciter des « besoins » et à en promouvoir leur financement. »

La politique publique de maîtrise des dépenses s'affirme comme la priorité du VII^{ème} plan (1976-1980). Une nouvelle période est ainsi ouverte, celle de l'obsession des réformes ayant pour but la réduction des dépenses de santé : « un ajustement d'abord recherché à travers l'accroissement de la contribution financière demandée aux patients, puis à partir des années 1990, le report de

²⁴⁶ Ibid., pp 62-63.

l'effort de maîtrise de dépenses sur l'offre²⁴⁷». Dans le domaine du système de santé, en réalité en tant que système de soin, les recettes appliquées procédant du schéma économique de la santé conduisent à agir sur les leviers financiers de l'offre et de la demande de soin. Ce train de réformes est largement connu du grand public à travers son impact direct sur les usagers, ce qui concourt ici encore, à l'amalgame entre santé et maladie.

Les mesures concernant l'offre touchent tout d'abord l'offre démographique médicale avec la baisse du *numerus clausus* institué en 1971, très forte jusqu'en 1983 (moins de 4000 médecins formés en 1998 contre plus de 9000 en 1977) avec en 1988 la mise en place d'un dispositif incitatif de départ en retraite (MICA) renforcé en 1997. Ces mesures sont à l'origine de la « crise » démographique que connaît la profession, laquelle sera à son tour un objet de politique publique dans une visée correctrice, telles que notamment la création de délégations aux autres professions médicales et paramédicales, infirmière et sage-femme.

Les prix sont le deuxième poste d'économie : ce sont les tarifs des médecins et le contrôle des tarifs des professionnels de santé et des prix des médicaments remboursables et ce avec des effets contingents problématiques. Ainsi Dominique Polton et les auteurs du même rapport du bureau régional de l'Europe, soulignent que :

« Il n'est pas impossible que le niveau élevé du volume des consommations qu'on prête à la France notamment pour le médicament soit lié au niveau relativement faible des prix (...) comme solution possible au dilemme prix/volume des enveloppes limitatives de dépenses ont été mises en place : ainsi la tarification journalière des hôpitaux publics a été remplacée par la Dotation Globale (...) puis dans le début des années 1990 des objectifs limitatifs globaux par secteur ont été négociés avec les laboratoires de biologie, les cliniques privées et les infirmiers libéraux (...) ce principe de reversement a été étendu par Juppé aux médecins mais sans être appliqué ».²⁴⁸

L'hôpital public représente l'autre versant de l'offre, celui qui sera le plus rationalisable tant que secteur public, les velléités de rationaliser le secteur libéral ayant en grande partie échoué. L'offre hospitalière fera l'objet d'une planification ayant pour référentiel d'action la logique de la RCB, avec l'instauration d'un nouvel

²⁴⁷ Le budget global hospitalier remplaçant le prix de journée, l'ONDAM, RMO.

²⁴⁸ Sandier, S., Paris, V., Polton, D., Thomson, S., Mossialos, E., *Systèmes de santé en transition*, op.cit.

outil, la carte sanitaire mise en place par une première loi du 31 déc. 1970 portant réforme hospitalière. Cette loi institue le « service public hospitalier » constitué jusqu'en 2009 pour l'ensemble des missions de soins par les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif « participant au service public hospitalier ».

La contrainte sera extrêmement forte sur l'hôpital et les dispositions mises en place seront âprement critiquées, pour leurs effets collatéraux sur la qualité et l'équité dans les soins délivrés.²⁴⁹ L'ensemble de ces mesures sera continûment renforcé malgré les conflits sociaux ainsi que la dégradation des conditions de travail à l'hôpital. Ainsi, fut finalement fabriquée, indirectement à travers les effets de la réforme, une crise supplémentaire, sociale, la crise de l'hôpital public, sur laquelle nous serons amenés à revenir ultérieurement.

Deux évolutions divergentes pour la politique de santé : la régionalisation de la politique du soin, la décentralisation de la politique de santé publique

En 1977, les Directions régionales des Affaires sanitaires et sociales sont créées, implantant ainsi l'échelon régional de la régulation du système hospitalier. Sans que la loi de santé publique votée en 1902 n'aie fait l'objet d'un quelconque examen, les dispositifs de santé publique qui en sont issus seront alors décentralisés.

Les Départements se voient ainsi confier les dispensaires en charge des dits « fléaux sociaux » : tuberculose, maladies vénériennes, lèpre, cancers, vaccinations ainsi qu'un service né de l'après-guerre, la protection maternelle et infantile. Dans le cadre de leur libre administration, les Départements feront évoluer ces dispositifs, engageant de nouvelles organisations et développant des programmes innovants, tels que la création du dépistage systématique organisé du cancer du sein, lequel sera repris ultérieurement par l'État au plan national. Nous reviendrons dans le cadre de notre deuxième partie sur ces évolutions qui n'ont pas été évaluées et n'ont pas laissé de trace.

Les communes voient les bureaux d'hygiène que la loi adoptée en 1902 avait rendus obligatoires pour les villes de plus de 20000 habitants, transformés en

²⁴⁹ Grimaldi, A. *L'hôpital, malade de la rentabilité*, Fayard, 2009.

services communaux d'hygiène et de santé facultatifs sous la tutelle de l'État. Cette recentralisation ne sera que théorique, puisque les villes souhaitant conserver leurs services pouvaient en faire la déclaration. Les quelques deux cent Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS) existants resteront en charge de leur commune, mais plus aucune autorisation de création de nouveau service ne sera attribuée depuis lors. La réforme juridique entamée en 1986 visant les règlements sanitaires départementaux n'a jamais abouti. Un rapport IGAS vint souligner en 2004 : « Dispositif juridiquement très complexe qui combine pouvoir général de police du Maire (code des communes) et celui du Préfet et celui que la loi accorde au Maire de manière dérogatoire ».

Ne disposant d'aucune compétence légale en matière de soin, hors la présidence par le Maire des établissements hospitaliers, les collectivités développeront dans cette période des actions facultatives pour compenser notamment les déficits liés à l'offre de soins sur leurs territoires avec une formule publique, celle des centres de santé qui se développent dès les années 1970. Longtemps ignorés de la réforme, ceux-ci feront l'objet d'une loi le 5 juillet 1991 précisant leurs missions notamment préventives ainsi que leurs conditions d'exercice. Un accord national en novembre 2002 suite à la loi du 4 mars leur reconnaît la compétence en matière de coordination des soins et de prise en charge multidisciplinaire.

Enfin, en 1987 est créé le réseau français des villes santé OMS à Rennes engagé dans les valeurs et principes de la promotion de la santé sur lesquels nous reviendrons. Ainsi, durant cette période, tandis qu'elles se voient chargées de dispositifs complexes et inadaptés, les collectivités s'engagent dans des politiques de santé nouvelles, inclusives et globales, en dehors de toute « comptabilité nationale », en marge de la réforme du système de santé.

Malgré les grandes lois de décentralisation de 1983 qui redistribue les cartes du sanitaire et du social entre l'État et les Départements, l'hôpital demeure une affaire d'État. Le décret du 11 Août 1983 fixe le principe du financement par la dotation globale qui remplace le système du prix de journée. La loi du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière crée le concept d'établissement de santé (au lieu de l'hôpital) et relance la planification sanitaire. Elle donne une nouvelle portée à la carte sanitaire instaurée par loi de 1970 en créant les SROS (Schémas

régionaux d'organisation des soins), redéfinit l'organisation des établissements de santé et renforce le rôle de chef d'entreprise donné aux directeurs.

Parallèlement, du côté de la demande et du secteur ambulatoire, Dominique Polton et ses co-auteurs soulignent que :

« L'action sur la demande avait été prévue dès l'origine par le fait du ticket modérateur ainsi intitulé pour cette raison, celui-ci a régulièrement augmenté d'une réforme à l'autre ; la part de l'assurance maladie a ainsi baissé jusqu'au milieu des années 80 ; elle est stable depuis mais l'effet modérateur est remis en cause par l'extension formidable de la couverture complémentaire (...) le débat s'est déplacé depuis quelques années sur le terrain de l'orientation de la demande et l'organisation de filières de soins limitant le libre choix. La convention actuelle (2004) avec les Médecins Généralistes propose ainsi une option d'abonnement chez un médecin référent qui serait le passage obligé pour le patient. »²⁵⁰

Dans ce contexte confus, au début des années 1990, à deux anciens ministres de la santé la question fut posée : « quelle politique de santé pour les années à venir »? Ceci est l'objet d'un article de la revue projet dans un numéro consacré à la santé : « la santé valeur en hausse ». Pour Michèle Barzach, alors Ministre de la Santé et de la Famille (1986-1988) :

« Parler de politique de santé suppose qu'il en existe une. Et pour qu'une telle politique existe, il faut un projet, des objectifs et une stratégie. Or, ce que- par commodité- on continue à baptiser du nom de politique de santé se réduit de plus en plus à la recherche frénétique d'économies à tout prix (...) l'urgence de ces économies n'est pas contestable, même si l'on oublie trop souvent ce que les crédits affectés à la santé apportent en retour à l'économie nationale ». ²⁵¹

Alors qu'elle avait abandonné dans la suite de son propos son réflexe initial précisant la notion de santé, elle y revient indirectement ainsi par cette phrase: « il faut avoir le courage de distinguer l'essentiel de l'existentiel ». Ainsi, à travers la recherche d'économie, une question de fond non résolue, celle du périmètre des soins, celle de la définition de la santé. Ce périmètre n'a jamais été construit ni délimité par la volonté politique, il est le résultat pratique de l'évolution de la pharmacopée, explique la Ministre. La réponse de Claude Evin, ancien Ministre de

²⁵⁰ Sandier S., Paris V., Polton D., Thomson, S. Mossialos, E., *Systèmes de santé en transition*, op.cit.

²⁵¹ Barzach M. Evin C. : « Quelle politique de santé ? » in : Bertrand D., « Santé valeur en hausse », revue *Projet*, 1992, n° 230, p. 89 à 95.

la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale (1988-1990) à cette même question sera opposée quant à sa conception de la santé :

« A l'argument proposant d'exclure du risque maladie ce que Michèle Barzach a appelé les « dépenses existentielles ». Certains jugent comme telles les sommes dépensées pour l'homéopathie ou les soins au sportif blessé. D'autres affirment nécessaire leur prise en charge par la collectivité. Je ne crois pas possible de nier que le domaine de la santé s'étend, qu'il s'agisse de la contraception par voie orale ou de thérapeutiques concourant au bien-être. »²⁵²

Au-delà de leurs divergences à ce sujet, la santé comme absence de maladie ou bien-être, se manifeste de nouveau le flou conceptuel autour de l'objet même de la politique de santé. Finalement, entre les lignes, leur propos sous-entend qu'une politique de santé est une politique de l'assurance maladie et de gestion de son système de santé, en tant qu'offre et demande de soins. Pourtant, tous les deux en conviennent, le système de santé n'assure pas la santé de tous et l'assurance maladie ne peut financer toutes les dépenses de santé. Ces constats sont le prélude à la période qui suit.

²⁵² Ibid.

2/ Les années 1990/2010, « crise sanitaire », retour de la santé publique, et vague « territoriale »

L'étatisation de la santé

L'insuffisance des résultats obtenus par les mesures prises, jugée du point de vue financier, conduira à des réformes structurelles, la réforme « Juppé », avec les Ordonnances de 1996, portant mesures relatives à l'organisation de la Sécurité Sociale ; relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ; portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Le volet hospitalier de cette réforme aura alors pour caractéristique, au-delà des nouveaux instruments de politique publique, la mise en place de la procédure d'accréditation ainsi que la révolution institutionnelle que sera la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Poursuivant le mouvement de régionalisation du pilotage des hôpitaux, ancêtres des Agences Régionales de Santé (ARS), celles-ci regroupent les services auparavant séparés de l'État et des caisses d'Assurance Maladie, administrant les hôpitaux via un système de contrats d'objectifs avec un renforcement de l'évaluation (assujettissement à des normes de qualité). Le climat social de l'hôpital public se dégradera particulièrement suite à cette réforme, ce dont rend compte le document élaboré par le ministère de la Santé : « données sociales hospitalières » publié en 2002 fait état d'une forte croissance des arrêts maladies ainsi qu'une augmentation des départs pour démission, le nombre total de jours de conflits a lui aussi augmenté.

Les établissements hospitaliers n'ont, dans cette configuration, ni la maîtrise de leur budget ni celui du développement de leurs activités qui doivent être approuvés et autorisés par la tutelle. Or, constate Jean de Kervasdoué,²⁵³ les cliniques privées avaient, elles augmenté depuis trente ans leur part de marché et réalisent, souligne-t-il, plus de la moitié de la chirurgie et de la cancérologie française. Depuis les ordonnances Juppé²⁵⁴, avec l'accréditation et la nouvelle planification, la situation des cliniques a changé : une sur cinq est en situation

²⁵³ De Kervasdoué, J. *Santé: pour une révolution sans réforme*, op.cit.

²⁵⁴ Ordonnances de 1996, portant mesures relatives à l'organisation de la Sécurité Sociale ; relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ; portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

délicate et le tiers est déficitaire ; la concurrence s'est accrue : les petites unités sont les plus menacées, tandis que la proportion de cliniques ayant un chiffre d'affaires supérieur à 100 millions passe de 4% en 1993 à 12% en 2003. Ce groupe représente en 1993, 17% du Compte Administratif total, et 35% en 2000. Au cours des dix dernières années de grands groupes financiers se sont introduits sur ce marché à côté des grands groupes mutualistes (croix rouge et mutualité française), fragilisant « l'autonomie » du pays en termes d'offre de soins.

Le deuxième volet de la réforme Juppé concerne la sécurité sociale, la loi constitutionnelle du 22 février 1996 institue les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS). Le parlement devient habilité constitutionnellement à fixer une limite annuelle de dépenses. Ce nouveau mode de régulation par le Parlement sera longtemps inefficace comme le montre l'écart entre l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) voté et les dépenses réelles, lequel perdurera les années suivantes.

Les éléments marquants de cette réforme, du point de vue des principes ayant présidé à la création de la « sécu », nous l'avons déjà évoqué, sont d'une part l'écrasement du principe paritaire de gestion des caisses d'Assurance Maladie, l'autre point important de ce volet est la Contribution Sociale Généralisée (CSG)²⁵⁵ instituée en 1991, devenue le deuxième impôt français, qui sera affecté au financement de la Protection Sociale. Créée initialement pour financer le risque de la branche famille, celui-ci a aussi alimenté le fonds solidarité vieillesse, puis avec Juppé en 1997, l'Assurance Maladie (majoré par Jospin en 1998). Parallèlement la part des Cotisations Sociales des Salariés a diminué, aujourd'hui celles-ci ne couvrent plus que les Indemnités Journalières. Depuis 1998, la CSG prélève plus que l'impôt sur le revenu, et la France, qui avait un niveau faible en impôt sur le revenu, s'est ainsi rapprochée des autres pays européens.

La réforme Juppé instaure une maîtrise comptable qui provoque la sortie de signature des conventions de la Confédération des Syndicats Médicaux Français

²⁵⁵ La CSG porte sur un ensemble élargi de revenus = les salaires et revenus sociaux (retraites, IJ, allocation chômage puis SMIC) (mais ni les AF, l'allocation logement, ni la vieillesse), plus les revenus d'activité des professionnels non salariés, plus les revenus non professionnels c'est-à-dire du patrimoine (loyer) et des placements financiers.

(CSMF), seul le syndicat « MG France »²⁵⁶ a signé une convention en 1997 et 1998. La maîtrise médicalisée des dépenses est renforcée par la généralisation des Références Médicales Opposables et le retour de la maîtrise comptable (versements autoritaires en cas de dépassements de l'ONDAM) laquelle fera l'objet de plusieurs recours constitutionnels réussis.

Finalement, le plan Juppé ne s'est pas appliqué entièrement du fait des mouvements sociaux, des changements électoraux et de la résistance des médecins. Le résultat le plus flagrant des réformes est cependant l'étatisation du système et la régionalisation des instruments de pilotage public. Ainsi, Barbier et Théret réfutent l'idée d'une libéralisation rampante du système, ces dernières années :

« L'État, dans la perspective d'une réduction des dépenses publiques, est en recherche d'un nouveau compromis avec les acteurs sociaux (...) ce compromis est difficile à établir dans la mesure où dans le domaine de la santé, la corporation privée des médecins exerce un pouvoir central de nature originale car d'origine profondément symbolique (il trouve sa source dans le rapport que tout un chacun entretient avec l'idée de la mort) ». ²⁵⁷

Cependant, au-delà de l'aspect purement comptable des réformes, durant cette période de rationalisation, l'État a étendu progressivement son action au contenu des soins. Alors qu'il se bornait auparavant à porter son action uniquement sur le cadre et le dispositif sanitaires. Il entre ainsi dans un domaine régi exclusivement jusque-là par les médecins sur leurs propres principes. En 1996, l'association ANDEM devient l'établissement ANAES, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) n'existe plus à part entière, elle a été regroupée, avec d'autres commissions, au sein de la puissante Haute Autorité de santé (HAS) le 13 août 2004. Le rôle de l'ANAES était d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie et de formuler des recommandations permettant d'éclairer les pouvoirs publics quant aux décisions de remboursement des produits et services médicaux et de contribuer à améliorer la qualité des pratiques professionnelles. Cette

²⁵⁶ Créé en 1986, MG France est le seul syndicat mono-catégoriel de la médecine générale. Ses objectifs et ses actions visent à défendre les médecins généralistes et à promouvoir leur exercice.

²⁵⁷ Barbier J.C. Théret B.: *Le nouveau système français de protection sociale*, op. cit., p.79.

agence est un exemple parmi d'autres (notamment dans le domaine de la sécurité sanitaire ainsi que nous le verrons par la suite) des multiples modifications d'acronymes, à l'occasion des fusions, créations qui rajoutent encore à la complexité de ce paysage dont la connaissance fine est ainsi seule accessible aux experts du domaine.

La crise de l'hôpital public

Suite à ces changements, l'hôpital public est affaibli par la rationalisation financière tandis que le secteur privé semble tirer mieux avantage des nouveaux dispositifs de financement dans une « égalité de traitement » biaisée, l'hôpital public devant traiter, de part ses missions publiques, les situations médicales et sociales les plus complexes et donc les plus mal rémunérées.

Jusqu'en 2003, les établissements de santé connaissaient des modes de financements différents selon leur nature juridique. Les établissements publics de santé et les établissements privés Participant au Service Public Hospitalier (PSPH) étaient dotés depuis 1983 d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative - appelée dotation globale (DG). Celle-ci était calculée en fonction du nombre de journées et reconduite, chaque année, sur la base de l'exercice précédent, modulée d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières. Les établissements de santé privés à but lucratif, quant à eux, facturaient directement à l'assurance maladie des forfaits de prestations (rémunération de la structure) et des actes (rémunérations des professionnels de santé libéraux), sur la base de tarifs historiques, variables géographiquement et négociés avec les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Les forfaits de prestations étaient encadrés par des objectifs quantifiés nationaux (OQN) visant à assurer une régulation du financement par rapport à l'activité.

La Dotation Globale, dispositif jugé alors rigide et non incitateur, sera remplacé par la « Tarification A l'Activité », dite T2A²⁵⁸, pour Jean-Marie Clément :

²⁵⁸ Extrait de la définition de la T2A (Tarification A l'Activité) indiquée sur le site du Ministère de la santé : « La tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés. Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses ».

« La mise en place de la T2A à compter du 1^{er} janv. 2004 est également un moyen très coercitif de limiter le nombre de lits sanitaires selon les activités regroupées par catégories tarifaires appelées groupes homogènes de séjour (GHS), qui pour être bien rémunérés obéissent à des bornes hautes et basses, en nombre de jours d'hospitalisation, hors desquelles des baisses très sensibles de tarifs sont opposés aux établissements. »²⁵⁹

La T2A a pour inconvénient majeur d'induire la tentation pour les établissements de sélectionner les malades les moins coûteux. Pour éviter que les établissements de soins ne soient enclins à développer des activités plus rentables que les autres, selon les tarifs de Groupes Homogènes de Séjour (GHS)²⁶⁰, l'État a prévu l'encadrement de leur activité annuelle par le biais d'Objectifs Quantifiés d'Offre de Soins (OQOS), prévus par l'ordonnance hospitalière du 4 sept 2003. Si un établissement dépasse son OQOS pour une activité déterminée, il est pénalisé financièrement par la CPAM de laquelle il relève pour ses paiements. Ces OQOS sont contractualisés dans le Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM).

Les orientations économistes ainsi à l'œuvre des réformes adoptées ces dernières années au sujet de l'hôpital conduisent à des dispositifs très contestés, et les plus critiques ne se privent pas pour en dénoncer les effets paradoxaux et délétères dans un argumentaire démontrant la faiblesse de l'analyse « économiste ». Pour exemple, dans un texte militant, virulent mais aussi pédagogique : « Hôpital entreprise contre hôpital public », le Pr A. GRIMALDI, Chef du service de diabétologie du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, dans le contexte, dit : « de la réforme dite « hôpital 2007 (qui) se met en place en douceur, sans réelle opposition ni même débat national, alors même qu'elle est en train de préparer la privatisation du service public hospitalier ». ²⁶¹ L'auteur se livre à une démonstration des mécanismes délétères de la T2A:

« La T2A affecte à chaque patient et à chaque activité un code de financement désormais tel malade et telle activité est plus rentable que telle autre (un malade bénéficiant d'un geste technique ou chirurgical avec

²⁵⁹ Clément, J.-M., *La santé étatisée: triomphe ou échec ?* op.cit..

²⁶⁰ La T2A est un système mixte avec facturation à l'activité en groupes homogènes de malades (GMH) et en groupes homogènes de séjour (GHS) et sur une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) : La enseignement, recherche, innovation soins aux détenus.

²⁶¹ Ce texte militant n'a pas fait l'objet d'une publication formelle, A Grimaldi a cependant produit plusieurs articles développant ce même propos à ce sujet, voir : Grimaldi, A. « Les hôpitaux en quête de rentabilité: à quel prix? » *Revue Du MAUSS*, (1), 25–33, 2013.

courte hospitalisation est plus rentable qu'un malade chronique complexe avec des problèmes sociaux et psychologiques nécessitant une hospitalisation prolongée, (...) il arrive à la médecine ce qu'il arrive à l'économie, la production coûte peu l'essentiel du prix tient dans la machine de commercialisation et de gestion ; (...) on réalise des activités peu utiles mais rentables, les hôpitaux qui manquent cruellement d'infirmières et de médecins (numérisés) sont envahis de « managers » venant du privé ou reclassés des grandes entreprises publiques privatisées (France télécom...) le directeur d'hôpital n'est plus un serviteur de l'État mais un champion du management et de la coopération public privé ». ²⁶²

André Grimaldi n'est pas le seul critique de la T2A, ce dispositif décrié dès sa mise en œuvre en 2004, fut alors l'objet, à la demande du Ministère de la santé, d'un rapport d'IGAS et de l'IGF. Un article du journal professionnel, *Le quotidien du médecin*, paru le 2 janvier 2006, publie des extraits de ce rapport dit « secret » auquel il emprunte les formules suivantes : « (la T2A) comporte des risques inflationnistes incontestables », « sa crédibilité et sa légitimité paraissent aujourd'hui entamés ». Le dispositif sera néanmoins confirmé par le plan « hôpital 2007 », il est aujourd'hui encore toujours en vigueur. Les effets négatifs des réformes financières appliquées à l'hôpital public sont aussi dénoncés dans la presse critique. Ainsi Le Canard enchaîné publiera en janvier 2008 un article au titre provocateur: “ Les cliniques prospèrent aux bons soins de l'État. Le nouveau système de tarification des actes médicaux a fait le bonheur du secteur privé”. Cet article, fidèle à la ligne éditoriale que l'on connaît énonce quelques « vérités » chiffrées :

« 175 cliniques, c'est le tableau de chasse de la Générale de santé depuis que ses dirigeants ont décidé de racheter tout ce qui ressemble à de l'hospitalisation privée. Cette boulimie en fait aujourd'hui le premier groupe européen. Son cours en Bourse a explosé: + 300% depuis 2002 (...) la Générale fait des émules. La société Vitalia a ainsi englouti 50 cliniques en un an. Pour le plus grand bonheur du fonds de pension américain Blackstone, qui détient 35 % de son capital. »²⁶³

Le sort de l'hôpital public, serait par comparaison inquiétant, selon les chiffres alarmistes cités dans la suite de cet article:

²⁶² Ibid.

²⁶³ Le *Canard enchaîné*, 30 janvier 2008 : “ Les cliniques prospèrent aux bons soins de l'État. Le nouveau système de tarification des actes médicaux a fait le bonheur du secteur privé ».

« Le service interne des statistiques du ministère de la Santé vient de publier une étude sur l'évolution de ce business: taux de rentabilité de 15,7% en 2005 soit 5 points de mieux en un an. Face aux deux tiers d'hôpitaux publics en déficit et qui peinent à contenir l'hémorragie de leurs praticiens, chercher l'erreur”.

Concernant l'instauration de la T2A dans le cadre du « plan hôpital 2012 » ayant succédé au « plan Hôpital 2007 » qui introduisait la participation de l'État aux investissements dans le privé, les chiffres cités dans la suite de cet article rendent compte de la situation de l'hôpital public :

« Les effets indésirables n'ont pas tardé. Sur les 45 millions d'admissions enregistrées chaque année, l'hôpital public assure 57% des soins de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. Les cliniques privées, seulement 34%. Mais dès qu'il s'agit de chirurgie légère, les proportions s'inversent: dans deux cas sur trois, c'est la clinique qui coupe, découpe, recoud (...) si le privé ne traite qu'un tiers de maladies, il a perçu 42% de l'argent distribué par l'État pour les investissements en 2006 ».

Cependant, ces réformes mettent en évidence la difficile équivalence entre système de soin et de santé. C'est bien en effet, un système de soin qui fut réformé avec toute la difficulté de mesures et d'effets contingents plus ou moins bien maîtrisés y compris sur le plan économique. Les acteurs de santé publique ne manquent pas de le souligner. Ce discours commencera à être audible à partir des années 1990, à l'instar de François Baudier, dans un texte intitulé: « contre les discours simplistes et les raccourcis d'analyse » :

« Quelque soit le mode de financement du système (Beveridge, mixte ou Bismarck) quelles que soient les convictions politiques des gouvernements au pouvoir, les pays industrialisés ont subi une pression accrue sur les dépenses de santé faisant souffler un vent de réforme (...) On parle beaucoup de réforme du système de santé mais il s'agit en fait du système de soin car (...) le débat sur les dépenses de santé ne se préoccupe que du système de soin, la prévention présente dans les discours est en fait absente de tous les actes significatifs des réformes entreprises... »²⁶⁴

²⁶⁴ Baudier F. « Editorial : une invitation à réfléchir », in *les dossiers de la santé de l'homme*, CFES, op.cit. ; et « contre les discours simplistes et les raccourcis d'analyse » in : *Les réformes des systèmes de santé spécificités et convergences*, ADSP, op.cit..

Des anomalies récurrentes : inégalités de santé, crise sanitaire et l'émergence de la démocratie sanitaire

Les années 1990 ouvrent un nouveau train de réformes introduisant la rupture dans la continuité. Parallèlement aux mesures de rationalisation financière prépondérantes dans le domaine sanitaire dans les années 1970 et 1980 qui se poursuivent avec des effets contingents négatifs se renforçant, de nouvelles thématiques surviennent aux côtés de l'efficacité et de la qualité des soins. Le droit des malades, la maîtrise des risques sanitaires, la réduction des inégalités de santé et démocratie sanitaire mobilisent l'attention du législateur et favorisent le retour sur la scène publique de la santé publique.

Le Commissariat général au plan, en juin 2004, dans son chapitre consacré au système de santé, au sein du rapport : *regards prospectifs sur l'État stratège*, résume bien cette période :

« Le système de santé gagne assurément à s'ouvrir et à être bousculé. Les chocs n'ont pas manqué : crises sanitaires à répétition, émergence de la société civile et du patient, déficits abyssaux aujourd'hui, qui forcent au changement ». ²⁶⁵

Si la création du Haut comité en santé publique (HCSP) en 1991²⁶⁶ fut qualifié par Dubernard « de premiers pas » des pouvoirs publics en faveur de la santé, les rapports du HCSP, les Conférences de santé se sont succédés mais le constat de la haute autorité sur les insuffisances de la France en matière d'état de santé de la population et de promesse d'égalité reste en 2002 le même qu'en 1991. Les anomalies s'accumulent malgré un train de réformes soutenu et s'aggravent, les scandales sanitaires envahissent la scène publique.

²⁶⁵ Commissariat général du plan, « Système de santé ; la réforme et ses valeurs », in : Commissariat général du plan. *Regards prospectifs sur l'État stratège*, Paris, CGP, 2004, p.27.

²⁶⁶ Le HCSP a été créé par un décret n° 91-1216, du 3 décembre 1991. Composé de 26 membres dont 6 membres de droit parmi lesquels le directeur des Hôpitaux, le directeur général de la Santé, le directeur de l'ENSP et 20 membres nommés pour trois ans, par arrêté du ministre chargé de la Santé, en raison de leur compétence et de leur intérêt pour la santé publique. Le HCSP donne des avis et apporte au Ministre des éléments d'orientation et de décision en vue d'améliorer la santé publique. Le HCSP changera de dénomination et de missions à plusieurs reprises par la suite.

Dans ce contexte de « crise sanitaire », durant les années 1990-1995 l'État transforme les structures associatives créées par de grands médecins en instances administratives sous responsabilité publique au coup par coup selon les crises qui surviennent et bénéficient d'une très large couverture médiatique : l'Agence française du sang, Agence du médicament, l'Etablissement français des greffes, Office de protection des radiations ionisantes, la loi Evin en 91 relative à la lutte contre le tabagisme et d'alcoolisme en 1992/93, l'agence du médicament. En 1994 sont adoptées les lois sur la bioéthique.

La loi relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme n° 98-535 est votée le 1^{er} Juillet 1998, elle renforce des dispositifs de sécurité sanitaire mis en place en 1992. Le rapport parlementaire présenté par Claude Huriet et Charles Descours, mandatés par la commission des affaires sociales du Sénat, connaîtra, lui aussi, une exposition publique. L'exposé des motifs de la proposition de loi est clair :

« Prendre en compte les exigences de la Santé Publique et tirer les leçons du passé et des crises majeures de Santé Publique : sang contaminé, hormone de croissance, vache folle, amiante » « les conditions de la sécurité sanitaire des produits alimentaires ne sont pas réunies et l'évaluation des risques et de la veille sanitaire sont insuffisants. La coordination des contrôles et leur indépendance par rapport aux intérêts par ailleurs légitimes des producteurs n'apparaissent pas suffisamment clairement aux yeux de l'opinion publique ».²⁶⁷

Des agences sont créées dans cet objectif, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, (AFSSA²⁶⁸), l'AFSSAPS (PS pour produits de santé), l'Institut de Veille sanitaire (IVS) doivent permettre : « la mobilisation rapide des différents experts compétents pour intervenir sur un sujet pour obtenir chaque fois que nécessaire l'expertise collective mais aussi rendre lisibles les données scientifiques pour conduire à un processus social d'acceptation du risque. » La question des risques sanitaires est cependant loin d'être épuisée et les crises sanitaires ont continué à se succéder malgré des dispositifs continûment renforcés et renouvelés. Dans son rapport annuel 2004, l'IVS fait ce constat :

²⁶⁷ Sénat, Huriet C. Descours C. et autres, *Proposition de loi relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme*, séance ordinaire n°329, avril 1997.

²⁶⁸ Loi modifiée par la loi n°2001-398 du 9 mai 2001 créant l'AFSSE.

« La surveillance de l'état de santé de la population, objet même de la veille sanitaire évolue vers une finalité d'alerte des pouvoirs publics nécessitant le déclenchement d'un plan d'action à visée de contrôle du risque (p.e. plans nationaux grippe aviaire et canicule) (...) restreindre la veille sanitaire à une mission d'alerte serait une grave erreur (...) l'élargissement des missions de la Veille Sanitaire précisées par la loi de Santé Publique 2004 souligne l'importance d'une surveillance renforcée en direction des populations les plus vulnérables et la nécessité d'identifier les facteurs de risques pour leur santé. »²⁶⁹

Dans l'éditorial du BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire) du 28 Juin 2005, Gilles Brucker, alors Directeur Général de l'IVS, s'inquiète et questionne l'objet même de la veille sanitaire :

« Que faut-il surveiller ? les maladies sans doute, (...) la liste est longue mais n'épuise pas le sujet de la surveillance qui s'applique également aux risques professionnels, à la pollution (...) et même aux événements climatiques (...) Après la surveillance des maladies, après celle des expositions à des risques divers, nous sommes récemment passés à la surveillance de la consommation des soins comme indicateurs d'alerte (...) mais aussi dans l'analyse de la mortalité, mesurée en temps réel ». ²⁷⁰

Dans ce contexte, la faiblesse technique historique du ministère de la Santé, sur laquelle nous reviendrons, a pour corollaire une myriade d'agences en plein développement. Certes la santé n'est pas le seul champ de politique publique « agenciarisé », cette tendance touchant de nombreux domaines²⁷¹, mais ce phénomène important en santé ajoute paradoxalement à une complexité pourtant décriée. Il a finalement fallu créer « une superstructure pour piloter les agences », titre d'un article du *Quotidien du médecin* :

« En réponse aux critiques, parlementaires et autres, qui dénoncent la prolifération, des agences sanitaires et autres opérateurs nationaux spécialisés, maintenant au nombre de treize, la direction générale de la santé (DGS) a décidé de se doter du CASA, comité d'animation du système d'agences, (...) au risque de couronner le mille-feuille sanitaire d'une nouvelle superstructure qui pourra à son tour mandater de nouveaux groupes de travail ». ²⁷²

²⁶⁹ IVS, *rapport annuel 2004*.

²⁷⁰ Brucker G., éditorial, *BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire)*, 28 Juin 2005.

²⁷¹ Ce constat est à l'origine de deux rapports publiés en 2012, l'un émanant du Conseil d'État et l'autre de l'Inspection Générale des Finances du Ministère du Budget : *L'État et ses agences*, n° 2011-M-044-01, mars 2012. Le Conseil d'État recense dans son rapport 103 agences. La santé n'en comptait donc qu'un peu plus de 10%.

²⁷² Le quotidien du médecin du 15 janvier 2009.

Les difficultés économiques que connaît la France n'ont pas pour seul impact la mise en tension des comptes publics. La question sociale, les phénomènes de précarisation de l'emploi et de chômage devenus structurels, se pose avec acuité. Le problème des inégalités de santé, pointées par les rapports successifs ayant pour objet l'état de santé en France, préoccupe de plus en plus fortement le législateur tandis qu'elle reste méconnue du grand public. La traduction « confidentielle » de cette préoccupation sera inscrite dans loi du 29 juillet 1998 loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions empruntant une approche globale des personnes (emploi, culture, logement).

L'article 1 de la loi contre les exclusions dispose que : « participer à l'impératif national de lutte contre les exclusions fondé sur l'égalité dignité de tous les êtres humains et sur la notion de droits fondamentaux » ainsi que de « garantir l'accès effectif à la protection de la santé ». L'Article 67 dispose que: « l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé ».

L'Article 71 met en place les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) dont l'objectif en termes de santé publique est de favoriser l'accès de tous au système de santé et ainsi améliorer l'ensemble des indicateurs de santé, accroître le contenu préventif des actions; au plan institutionnel : faire évoluer le système de santé vers plus d'efficacité par une meilleure prise en compte des besoins, par un fonctionnement plus partenarial, qui déterminent les conditions de protection de la santé de l'ensemble de la population, renforce la dynamique régional, en relation avec les autres niveaux d'intervention (national, départemental, local).

Cette loi a conduit à la mise en place des PASS (permanences d'accès aux soins de santé), cellules de prise en charge médicosociale des personnes les démunies à l'hôpital.²⁷³

La mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU) interviendra dans la foulée, le 27 juillet 1999, la loi instaure une couverture à deux étages : une couverture de base pour les 150 000 personnes qui en étaient dépourvues et une

²⁷³ Les PASS spécifient l'accueil, organisent les soins, le suivi et la prise en charge sanitaires et sociales des personnes démunies en coordination avec les partenaires extérieurs. Leur implantation est déterminée par l'ARH, à proximité ou au sein des services d'urgence, elles sont financées sur la base d'un coût unitaire.

couverture complémentaire (CMUC) pour les personnes dont les ressources sont trop faibles pour pouvoir cotiser à une mutuelle, concernant six millions de personnes. L'affiliation à un régime général de la Sécurité Sociale devient la règle pour toute personne ainsi que ses ayants droits résidant de manière stable et durable en France et DOM et n'étant pas couverte par un autre régime. Les personnes dont les revenus ne dépassent pas un plafond fixé par décret bénéficient d'une couverture complémentaire gratuite et d'une dispense d'avance des frais. La CMUC ouvre droit à la prise en charge du forfait hospitalier et des frais exposés au-delà des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale dont la nature et le montant sont précisés par décret.

Présentée comme une avancée sociale déterminante, la CMU comporte des limites rapidement dénoncées avec vigueur par les principales associations œuvrant dans le champ de la précarité. Les seuils fixés notamment en matière de prise en charge des soins dentaires provoqueront un recul du niveau de prise en charge offert par rapport à l'aide médicale gratuite²⁷⁴ compétences auparavant exercées par les Conseils Généraux, dans la plus parfaite confidentialité. Héritage historique transféré aux caisses d'Assurance Maladie, l'Aide Médicale Gratuite des Départements qui est supprimée ainsi que les contingents communaux d'aide sociale, sans aucun débat public.²⁷⁵

L'émergence de nouveaux risques sanitaires s'accompagne d'un train de mesures législatives nouvelles prises dans l'urgence aux allures de crise. La question des ISS, plus confidentielle, ne se présente pas sous cette modalité, la mise en évidence de ces inégalités, implique un problème plus global, contrariant l'idéal républicain d'égalité.

²⁷⁴ Le service de la prestation de cette couverture est organisé au choix du bénéficiaire soit par un organisme d'Assurance Maladie auquel il est affilié soit par une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurance auprès de laquelle il souscrit une adhésion ou un contrat.

²⁷⁵ Le financement de la CMU est assuré, pour le régime de base, par : droit sur les alcools, sur les tabacs et augmentation de la part CNAF sur les revenus du patrimoine ; pour la complémentaire, par : réduction de la DGD, contribution des organismes d'Assurance Maladie, État pour solde.

Dans un contexte d'offre de soins problématique, tant quantitativement que qualitativement, et ce, malgré l'attention portée à travers les dernières réformes à la qualité et à la sécurité des soins, face aux scandales et drames sanitaires survenus dans les années 1990, les patients font connaître leur voix. La loi du 4 mars 2002 n° 2002- 303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé été largement influencée par les états généraux de la santé 1999 dans lesquels les usagers étaient particulièrement impliqués et du rapport du groupe de travail mis en place à leur issue (rapport remis par Etienne Caniart): "la place des usagers dans le système de santé mars 2000". Cette loi qui vise à conforter les droits fondamentaux (accès aux soins qualité et sécurité des soins respect de la personne) et mieux prendre en compte les attentes de la personne malade (information consentement aux soins indemnisation des risques sanitaires) comporte cinq titres et 126 articles.²⁷⁶

Le nouveau système de santé publique, une solution aux « crises »

Dans ce contexte de crise tant financière que sanitaire, le grand retour d'une santé publique d'État sera consacré à l'été 2004 par une loi de santé publique²⁷⁷, la deuxième en France en une centaine d'année, depuis l'adoption de la loi 1902. Cette loi, peu étudiée par les chercheurs, hormis deux articles publiés à distance dans des temporalités différentes par Didier Tabuteau (2010) d'une part, et par Henri Bergeron (2014) d'autre part, instaure le « nouveau système de santé publique »²⁷⁸, « à côté » et indépendamment du système de soin.

Les grands services nationaux de prévention créés au lendemain de la guerre, les services de PMI, le service national de santé scolaire, ainsi que par ailleurs que les services de médecine du travail, qui ne bénéficiaient déjà plus d'aucun éclairage

²⁷⁶ Titre 1: solidarité envers les personnes handicapées, Titre 2: démocratie sanitaire, Titre 3: qualité du système de santé, Titre 4 : réparation des conséquences des risques sanitaires résultant d'un dysfonctionnement du système de santé : accidents médicaux sans faute, infections nosocomiales (en établissement de santé) et complications iatrogènes (résultant d'un médicament), plus un nouveau droit à l'indemnité créé, en cas d'alea thérapeutique.

²⁷⁷ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

²⁷⁸ Dénomination empruntée au numéro spécial édité par la SFSP consacré à la loi de santé publique publiée en 2004.

politique, sont « invisibilisés » par les dispositions de la loi de santé publique 2004 lesquelles établissent instances et organisation de la santé publique sans jamais nommer ou intégrer ces derniers.

Il en est de même pour les services de santé publique confiés aux collectivités par les grandes lois de décentralisation, héritage du lointain passé de la loi de santé publique du 15 février 1902, les dispensaires d'hygiène sociale départementaux en charge entre autres de la lutte contre la tuberculose ainsi que les Services Communaux d'Hygiène et de Santé, ce « nouveau système de santé publique » étant structuré aux niveaux national et régional sans échelon infrarégional.

Succédant, en mars 2004, à Jean-François Mattei « victime » de la canicule de l'été 2003, Philippe Douste-Blazy, alors Ministre de la Santé et de la Protection Sociale. expose, dans son discours d'Audition par la Mission parlementaire d'information sur l'Assurance Maladie, le 4 mai 2004 :

« Ce déficit (du régime général de l'assurance maladie) important est le signe révélateur d'une situation qui est bien plus grave: c'est celle d'une absence de pilotage de notre système de santé et d'assurance maladie (...) il est urgent de réformer en profondeur notre système de soins dans le respect des principes fondamentaux de l'assurance maladie auxquels nos citoyens sont résolument attachés ». ²⁷⁹

De même, dans le rapport « sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale », est indiqué dès la première phrase : « La sécurité sociale est au cœur de notre politique de solidarité et de notre contrat social » « Elle est un élément central de notre pacte républicain. ». ²⁸⁰

Ce rapport est structuré selon les cinq branches de l'assurance maladie nous confirmant que ce qu'il est convenu d'appeler la politique de santé est confondu avec la politique de l'assurance maladie. Dans le premier paragraphe intitulé: « la politique de santé et d'assurance maladie », la loi de santé publique est ainsi annoncée :

²⁷⁹ Douste-Blazy, P. : « Audition par la Mission parlementaire d'information sur l'Assurance Maladie », op.cit.

²⁸⁰ « Rapport sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la Sécurité sociale », annexe, *Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004*.

« La santé publique est un devoir impérieux. Dans notre pays qui a tacitement préféré l'approche curative individuelle à la prévention et à la santé publique, il s'agit de renforcer l'action collective et préventive pour améliorer l'état de santé de la population. C'est dans cet objectif que le Gouvernement a déposé un projet de loi relatif à la politique de santé publique au Parlement.»²⁸¹

Les principales mesures de la loi « Douste-Blazy » du 13 août 2004 sur la sécurité sociale sont assez consensuelles, celle-ci institue entre autres, le Dossier Médical Partagé (DMP), crée le dispositif du « médecin traitant » et la franchise à un euros, toutes mesures encore en cours aujourd'hui. Par contre, dans le domaine de la gouvernance de l'assurance maladie, elle parachève l'œuvre entamée par la réforme Juppé. Le Conseil d'administration de la CNAM devient un simple conseil, son directeur, doté de prérogatives fortes est directement nommé par le Ministre et les membres du conseil désignés et non plus élus. De plus, les assurances complémentaires entrent dans le conseil de la CNAM et participeront à la définition du périmètre de l'assurance maladie, l'Union Nationale des Caisses d'assurance maladie est créée.

La loi de santé publique du 9 août 2004, adoptée dans le but annoncé dans le cadre de la loi du même été sur la sécurité sociale, instaure, aux côtés des 100 objectifs de santé publique, cinq plans nationaux²⁸². La démultiplication de ces plans par l'adoption de nouveaux plans conduira à l'édition d'un livre des plans qui, cinq après l'adoption de la loi, en comptabilise 24. Ce compte n'est d'ailleurs pas exhaustif puisque, explique le Pr Didier Houssin, alors Directeur Général de la santé :

« Le parti a été pris de n'inscrire dans ce recueil que les plans pilotés ou co-pilotés par la DGS (...) Toutefois, d'autres départements ministériels conduisent des politiques publiques visant à répondre à des problèmes de santé, tels que le Plan santé au travail ou les dispositions concernant la santé des élèves, des étudiants ou des personnes détenues ».

La loi du 9 août 2004 redéfinit la Conférence Nationale de Santé (CNS) créée par les ordonnances « Juppé », réunissant alors principalement les professionnels de

²⁸¹ Ibid.

²⁸² Le plan de lutte (Pdl) contre le cancer //Le Pdl pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives// le Pdl pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement //le Pdl pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de Maladies Chroniques//le Pdl pour la prise en charge des maladies rares.

santé, les établissements et des représentants des Conférences régionales de santé²⁸³. La conférence nationale de santé, qui a pour objet de permettre la concertation nationale sur les questions de santé, sera désormais indépendante avec l'élection d'un président. Cependant, les relations de celle-ci avec le Haut Conseil en Santé Publique en charge des recommandations et de l'évaluation de la politique de santé publique restent floues. Le rapport de la CNS qui est transmis aux parlementaires lesquels votent désormais le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (P.L.F.S.S.), des orientations en matière de politique de santé fait quelque peu doublon avec celui du HCSP. En 2004, la C.N.S. comprend désormais tous les représentants des parties prenantes (usagers, élus, professionnels et établissements de santé, financeurs, Conférences régionales de santé, organismes de recherche, industriels des produits de santé, « personnalités qualifiées »). Elle est chargée d'émettre des avis pour l'amélioration du système de santé, évaluer l'application des droits des usagers, et contribuer à l'organisation de débats publics.

Le « nouveau système de santé publique » mis en place par la loi de santé publique votée en août 2004, tel que la SFSP l'intitulera, est structuré autour de Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) comprenant au moins : l'État l'Assurance Maladie et l'ARH, chargés de la mise en œuvre de la politique de santé régionale. Ce dernier doit assurer la déclinaison « territoriale » de la politique de santé publique définie au plan national, dont les 100 objectifs soumis au vote du Parlement en 2004.

Ainsi l'été 2004 connaîtra en l'espace de trois jours du mois d'août, trois lois, outre la loi de santé publique, une nouvelle loi sur la sécurité sociale est adoptée. Il faut replacer celle-ci dans son contexte : en 2002, le déficit de l'assurance maladie est considéré comme colossal et en oct. 2003 est créé le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Son premier rapport publié en janvier 2004 signé de son président, Bertrand Fragonard, est particulièrement alarmant.

²⁸³ Décret n° 97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé. Circulaire DGS/SP1 du 5 juillet 2000 (p1): « Les conférences régionales de santé sont un lieu de propositions essentiel pour la définition et le suivi des politiques régionales de santé (...) La conférence régionale de santé est le lieu de détermination des priorités de santé publique de la région et de formulation de propositions destinées à améliorer l'état de santé de la population. »

L'émergence de la grammaire territoriale dans la réforme

Les principales dispositions de la loi de santé publique votée en 2004 seront successivement rendues caduques par celles qui sont instaurées de la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) en 2009 et disparaîtront totalement avec l'adoption de la loi sur la modernisation de notre système de santé en janvier 2016 et annoncée dès 2014 à travers le chantier d'élaboration de la Stratégie Nationale de Santé (SNS).

Parallèlement, dans le domaine sanitaire, l'année 2004 est marquée par une forte progression de la grammaire territoriale et de l'intégration progressive de la dimension préventive, le sanitaire devient « santé ».

Dans les dispositifs de la réforme ceci est particulièrement manifeste dans la grammaire de la réforme instituant les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de troisième génération par une circulaire du 5 mars 2004 relative à leur élaboration. L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé²⁸⁴ avait déjà supprimé l'ancienne « carte sanitaire » et remplacé les « secteurs sanitaires » par les « territoires de santé » et les « conférences sanitaires de secteur » par les « conférences de santé ». Elle prévoit l'élaboration de « projets médicaux de territoires » et préfigure l'orientation donnée aux SROS de troisième génération définis par la circulaire du 5 mars 2004.

Les SROS de troisième génération sont assujettis à quatre priorités: une meilleure évaluation des besoins de santé, associant dans l'offre de soins les dimensions curative, préventive et palliative tout en s'articulant avec la médecine de ville et le secteur médico-social, une approche territoriale, dont l'animation de la mise en œuvre du SROS au sein de chaque territoire de santé, une association plus étroite des établissements avec les professionnels, les élus et les usagers. Cette velléité d'intégration "territoriale " de logiques curatives et préventives dans une

²⁸⁴ Ordonnance n° 2003-850 du 4 sept 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que les procédures de création des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux. Cette ordonnance vise, outre l'instauration des SROS de 3ème génération et des territoires de santé, l'amélioration de la filière gériatrique, la prise en charge des urgences et les missions de l'hôpital local.

perspective de santé publique, ne dépassera pas cependant le stade de l'incantation compte tenu des fortes contraintes pesant sur l'hôpital d'une part.

Le projet médical de territoire demeure en réalité, avant tout « médical » : « document d'orientation évolutif non opposable juridiquement élaboré par les conférences sanitaires » ... « contribuant tout d'abord à l'élaboration du SROS et le fait vivre » ... « le projet médical de territoire concerne avant tout l'organisation des soins... » Il n'évoluera que rarement pour : « être étendu à des actions plus larges de Santé Publique si les acteurs concernés le souhaitent ». De même que la déclaration d'intention suivante : « la nécessité de travailler avec les établissements de santé et les professionnels de santé et de leur demander d'être force de proposition pour l'élaboration du SROS et sa mise en œuvre opérationnelle. La consigne, « les élus et les usagers doivent être aussi associés », restera un vœu pieux.

La question territoriale, depuis confondue avec la question des inégalités dites « inégalités sociales de santé », puis « inégalités sociales et territoriales de santé », émerge et fera l'objet d'un rapport remis par le sénateur André Flajolet ayant pour thème : « les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire ».

C'est le premier rapport mais aussi le seul de la longue liste des rapports commandités à l'occasion des multiples réformes du système de santé mais ainsi que des crises sanitaires, qui ouvre la question du débat public en santé ainsi que du rôle des Collectivités Territoriales : « il est capital que tous les citoyens sans exception qu'ils soient professionnels ou patients élus ou administrés connaissent la politique du pays vis à vis de la santé et y adhèrent ».

Le sénateur prône : « une définition de » la *santé globale* « qui reprend les principes de la Promotion de la Santé »²⁸⁵, c'est-à-dire de la charte d'Ottawa. L'approche de la *santé globale* est le fil rouge de ces recommandations : « la vraie prévention est une relation harmonieuse à soi et à l'environnement » André Flajolet se positionne pour des objectifs clairs et limités à cinq : « lier déterminants de la santé et Assurance Maladie, affecter à l'Assurance Maladie une taxe environnementale et nutritionnelle ». Le deuxième point consiste à réformer

²⁸⁵ Flajolet A. « Disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », Mission au profit du gouvernement, *La Gazette des communes, des départements et des régions*, coll. documents, cahier détaché n° 2, 20/1934, 19 Mai 2008.

en profondeur la médecine du travail. Le troisième vise à intégrer tous les aspects de la prévention globale aux ARS: travail, scolaire, environnement, cohésion sociale. Enfin, il prévoit de :

« Faire une large place aux Collectivités Territoriales en tant qu'agissant sur les déterminants, en tant que autorité « locale » et non une autorité centrale et déconcentrée, critique loi 2004 dont la grande faille est l'absence des Collectivités Territoriales. »²⁸⁶

Le rapport Flageolet figure parmi les trois rapports de référence pour la préparation préalable à la loi HPST votée le 21 Juillet 2009, il sera éclipsé par les rapports d'auteurs plus influents, notamment le rapport Ritter²⁸⁷.

Prévue initialement sous le titre Patients, Santé, Territoires, cette loi sera finalement adoptée avec l'ajout en son début du « H » pour hôpital. Pour les défenseurs de l'approche patient-santé-territoire, cette loi s'est ainsi transformée en une grande loi hospitalière, une de plus. Si HPST reformera effectivement fortement l'hôpital public, HPST est aussi en réalité dans l'histoire de la politique de santé en France, la loi qui aura créé les ARS, agences rêvées par les protagonistes des ordonnances Juppé lesquels avaient dû alors se contenter des ARH.

Cette réforme marque ainsi l'aboutissement d'un train de réformes continu de rationalisation, d'étatisation et de régionalisation des instruments de régulation et de pilotage du système de santé entamé dans les années 1970 dont l'hôpital occupe une place centrale. Le caractère par essence limité des possibilités de contrôle par l'Etat de la médecine libérale, le caractère manifestement intangible de ces principes libéraux, les limites sociales et politiques des mesures affectant le consommateur de soins, ont conduit à la désignation de l'hôpital public comme cible continue des réformes.

La rupture dans la continuité : la loi hôpital, patients, santé et territoires

L'avènement d'une nouvelle politique de santé publique d'État instaurée par la loi d'août 2004 n'infléchira cependant pas les tendances négatives en termes de

²⁸⁶ Ibid.

²⁸⁷ République française, « Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher », 17 avril 2008.

santé de la population. Ces constats persistant, à la veille d'un nouveau train de loi, la Conférence Nationale de santé rend un avis le 22 mars 2007 intitulé : « les voies d'amélioration du système de santé français ».

La Conférence nationale souligne que dans les enquêtes d'opinion les français placent la santé au deuxième rang de leurs préoccupations après l'emploi et constate que : « la politique de promotion de la santé reste insuffisamment fructueuse malgré les avancées de la loi de 2004, la mortalité évitable prématurée reste une caractéristique lourde de notre pays mortalité évitable prématurée. »

Les problèmes recensés sont le « télescopage » des 100 objectifs doublés par cinq plans nationaux ainsi que des indicateurs non définis avec les acteurs, la non effectivité de la mise en place de l'institut des données de santé, l'absence d'information des usagers sur les tarifs la qualité des soins, le médicament et l'orientation du système de santé.

Sont aussi pointés par la Conférence nationale, la persistante insuffisance des moyens affectés à la prévention ²⁸⁸, le problème de l'indépendance de la médecine de travail, l'insuffisance de moyens accordés au Service de Promotion de la Santé en faveur des Elèves, le problème d'articulation des services de Protection Maternelle et Infantile avec le ministère de la santé: « l'implication très variable des Collectivités Territoriales dans la politique de santé accentue les inégalités dans ce domaine », « une Promotion de la Santé résiduelle à l'hôpital », « une multiplication des consultations de prévention plutôt que processus privilégiant un continuum de la prévention aux soins », « une absence de référentiel pour le Médecin Traitant », il existe un faible niveau de recherche en soins primaires.

De plus, la Conférence mentionne le fait que, dans les pays industrialisés, le système médical ne détermine qu'un cinquième de l'état de santé de la population, tandis que les quatre cinquièmes restant dépendent de facteurs sociaux en relation avec notamment la structure plus ou moins inégalitaire de la société.

Enfin, la Conférence dénonce des difficultés croissantes d'accès financier pour l'acquisition d'une assurance complémentaire et le fait qu'on observe des mouvements de « démutualisation » dans certains groupes (étudiants, retraités), des « discriminations » dans l'accès aux soins de certains patients (refus de CMU

²⁸⁸ D'après les comptes nationaux 2002 : 6,4 % des dépenses de santé, in Sandier, S., Paris, V., Polton, D., Thomson, S., Mossialos, E., *Systèmes de santé en transition*, op.cit.

notamment), le fait que certaines zones sont quasi dépourvues d'offre de soins opposable (dépassements quasi systématiques des spécialistes et des pénuries géographiques).

Dans ce contexte, la loi HPST, initialement sans "H" dans son acronyme ne comporte pas véritablement de dispositions visant les nombreux problèmes relayés notamment par la Conférence. Une nouvelle loi de santé publique devait voir le jour, ainsi que le prévoyait l'évaluation quinquennale inscrite dans la loi de santé publique 2004 mais la loi HPST adoptée en 2009 laquelle ne traite de santé publique que de façon marginale et partielle, éclipsera cet échéancier. La création des ARS écrasera de fait l'organisation de la santé publique mise en place par la loi 2004, rendue caduque.

Cependant, HPST replace dans la lumière les grands services nationaux de prévention à travers l'institution de commissions de coordination des politiques publiques dont l'une est dédiée à la prévention (celle-ci est composée des services des ministères concernés, autres que celui de la santé : éducation nationale, travail, cohésion sociale, PMI). Les résultats des travaux de ces commissions n'ont pas été rendus publics, à notre connaissance, et leurs retombées ont été faibles au regard des objectifs qui leur étaient assignés.

L'action en santé des collectivités locales est elle aussi reconnue et rendue visible à travers la création des contrats locaux de santé. Trois modes de relation des Collectivités Territoriales avec les ARS sont désormais identifiables : la consultation avec la CRSA et les conférences de territoire, l'articulation des politiques publiques avec les commissions de coordination et enfin les contrats locaux de santé. Sur ce point la loi est sibylline stipulant : « La mise en œuvre du projet régional peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ».

Le « H » de loi HPST correspond donc au premier des quatre titres de la loi traitant de la modernisation des établissements de santé. Celle-ci gomme la différence entre établissements privés lucratifs ou non et publics, les missions de service public (parmi les 14 définis par la loi) peuvent être désormais confiées à tous les

établissements qu'ils soient publics, privés lucratifs, ou privés non lucratifs (nommés établissement de santé d'intérêt collectif) par l'ARS et formalisées dans une clause du Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM) (cinq ans). Le Directeur de l'Hôpital, président d'un Directoire qui l'assiste, a tout pouvoir, sous le contrôle du directeur de l'ARS, lui même nommé en conseil des Ministres et dans la même situation de pleins pouvoirs. Il dirige l'établissement, dispose d'un pouvoir de nomination, exerce son autorité sur l'ensemble du personnel, est l'ordonnateur des dépenses et recettes de l'établissement.

Le Titre IV visant « l'organisation territoriale de la santé » est certainement le plus important de la loi, instituant les ARS, agences fusionnant sept organismes existant auparavant: de l'État et de l'Assurance Maladie (CRAM sauf retraites et travail, URCAM, ARH, DRASS, DDASS, MRS, GRSP). La Conférence Régionale Santé Autonomie (CRSA), résultant de la fusion des anciennes Conférences régionales de santé et des anciens CROSMS, Comités Régionaux de l'Organisation Sociale et Médico-sociale) devient l'unique lieu de concertation.

L'impératif de refondation du système de santé

La dualité du système de santé demeure malgré les inflexions de la rhétorique en faveur de la prévention et l'introduction d'une grammaire territoriale, avec un train de réformes toujours conforme à la doctrine économiste. Enfin, la tentative de création d'un deuxième système de santé, en 2004, le nouveau système de santé publique à côté du système « historique » de soins a échoué.

Cependant, entre les réformes de 2004 et de 2014 semble se dessiner une rupture, car si Philippe Douste-Blazy, persiste dans son discours de présentation de la loi l'été 2004 à « tenir bon sur le modèle de système français », Marisol Touraine, dans son intervention de présentation publique de la Stratégie Nationale de Santé le 23 septembre 2013 déclare : « L'enjeu n'est rien de moins que de refonder notre système de santé ». La Ministre ne l'indique pas. Or, comment procéder à cette refondation, tenant compte de deux principes du système constitutifs du pacte en santé semblent demeurer intangibles : la

solidarisation du financement d'une part et l'indépendance de la médecine d'autre part ?

La voie de la refondation choisie, au tout du moins celle qu'emprunte la grammaire de la réforme, sera celle de la territorialisation du système, ainsi toutes les dispositifs mis en place par la Ministre sont ils emprunts du mot « territoire ». La territorialisation de la politique de santé n'est pas la marque de fabrique de la période 2014, celle-ci avait déjà débuté dans la période de 2004 avec notamment la mise en place des SROS de troisième génération et la régionalisation du système à travers la création des ARH confirmée en 2009 avec la création des ARS. Cependant, en 2014 la réforme va plus loin en posant l'idée d'instaurer d'un service public territorial de santé.

Santé publique, en 2004 avec la création d'un nouveau système, de santé publique, territorialisation, en 2014, avec un nouveau service territorial, semblent cependant constituer les voies de la refondation du système de santé.

A l'aune de cette ambition de refondation, la tentative de création d'un « service territorial public de santé », rebaptisé « service territorial de santé au public » a échoué. Préconisé initialement dans le rapport issu du comité des sages²⁸⁹ créé par le premier ministre pour faire des propositions à même de « refonder » notre système de santé, il ne verra finalement pas véritablement le jour.

L'exposé des motifs de la loi de modernisation adoptée en 2015 livre la définition suivante du « service territorial de santé au public » :

« (il) reposera sur un engagement collectif - matérialisé par un contrat - des différentes parties prenantes qui s'organisent en vue d'apporter une réponse commune et coordonnée aux difficultés d'accès aux services de santé ou de continuité de ces services sur un territoire identifié. Ce sont les acteurs concernés, au premier chef les acteurs de soins de premier recours, notamment les médecins généralistes et spécialistes de ville, les professionnels libéraux paramédicaux, de même que les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux, qui proposeront aux agences régionales de santé des organisations pertinentes tenant compte les expérimentations déjà lancées et les réalités de terrain. »²⁹⁰

²⁸⁹ République française, Comité des « sages » (Cordier A., Chêne G., Duhamel G., de Haas P., Hirsch E., Parisot-Lavillonnière F., Perrotin D.), *Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 Recommandations du comité des 7 sages*, 21 juin 2013.

²⁹⁰ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, "Exposé des motifs".

Enfin, tandis que les professionnels de santé publique s'étaient à nouveau mobilisés dans l'attente de ce qui aurait du être la nouvelle loi quinquennale de santé publique²⁹¹, la future nouvelle loi attendue en 2014, cinq ans après HPST, dix ans après la loi de santé publique, sera une loi de « modernisation de notre système de santé » et non de « santé publique ».

Il est difficile de résumer la réforme finalement adoptée avec la loi de « modernisation de notre système de santé » le 26 janvier 2016 tant ces dispositions sont variées. Son élaboration « laborieuse » fut marquée par de nombreux rapports successifs, le processus parlementaire conflictuel, tandis que l'ambition était immense. La présentation officielle du projet de loi par la Ministre fut faite le 19 juin 2014 tandis que le discours du Premier Ministre annonçait l'ouverture du chantier de la « Stratégie nationale de santé » le 8 février 2013.

Cette loi de « modernisation de notre système de santé » réaffirme avec une continuité la responsabilité première de l'État concernant la politique de santé : « La politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le gouvernement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État ». De plus, cette dernière conforte les prérogatives des agences dont notamment les ARS, en particulier dans le chapitre I : « Renforcer l'animation territoriale conduite par les ARS » du Titre IV « renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire ». Elle renforce le rôle des ARS dans le domaine de la prévention, de même que les prérogatives de l'HAS.

Si ce n'est une volonté d'intégration des politiques nationales de l'assurance maladie et de l'État, cette nouvelle loi de santé s'inscrit donc dans une parfaite continuité avec les précédentes : la loi HPST dont elle étoffe le volet prévention ainsi que de certaines dispositions de la loi « Douste-Blazy » et de la loi « Kouchner ». La fusion de l'INPES et de l'INVS dans une nouvelle agence nationale

²⁹¹ Dans la période précédant l'adoption de la loi HPST, voir le rapport rédigé par le HCSP : *Les politiques régionales de santé publique, Eléments de constat et préconisations dans le contexte de la loi hôpital-patients-santé-territoires*, oct. 2008.

Dans la période précédant l'adoption de la SNS, voir l'article paru dans la revue éditée par la SFSP : Cambon L., Alla F., Lombrail P. « Propositions pour une nouvelle loi de santé publique plus égalitaire et efficiente », *Santé publique*, n° 3, mai-juin 2012 et le document édité par la SFSP sur son site : « Contribution de la SFSP à l'élaboration d'une Stratégie Nationale de Santé », mai 2013.

de santé publique n'est pas sans rappeler la fusion qui avait été opérée en 2004 entre le Conseil Supérieur d'hygiène publique de France créé en 1902 et le Haut Comité de la santé publique créé en 1991 pour former le nouveau Haut Conseil de la santé publique. Dans un cas comme dans l'autre, le poids des services consacrés à l'épidémiologie a « écrasé » l'autre versant de la santé, plus préventif représenté par le plus faible des deux organismes fusionnés, conduisant à une forme de retour en arrière en termes de concepts, notions, pratiques et modèles d'action en santé publique, reléguant les efforts faits pour avancer vers la « promotion de la santé ».

Les thèmes traités dans les dispositions du Titre I : « renforcer la prévention et la promotion de la santé » sont classiques : santé des jeunes, lutte contre le tabagisme, lutte contre les addictions, sécurité sanitaire. De plus, celles-ci s'appuient dans la plupart des cas sur des dispositifs déjà existants : Développement Professionnel Continu, dossier médical partagé, centres d'exams de santé, services de PMI, centre de Planification familiale, centres de dépistage gratuits du VIH, dont elle conforte et ou élargit les missions.

De même, elle poursuit le mouvement de délégation déjà entamé des médecins vers les autres professions médicales. Parmi les nombreuses dispositions de cette loi, figure le renforcement des compétences des sages-femmes notamment dans le domaine de l'IVG médicamenteuse, l'extension des missions des pharmaciens à la vaccination de même les prérogatives des infirmières scolaires sont renforcées en matière de pilule du lendemain, ou enfin l'inscription de nouvelles méthodes de dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ainsi que d'aide au sevrage tabagique. La seule innovation est certainement l'autorisation par la loi de l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque très attendue par le milieu associatif et déjà effective dans certains pays européens limitrophes.

Cette nouvelle loi instaure par contre une nouvelle grammaire avec la réécriture d'un chapitre du Code de Santé Publique dont l'ancien titre, « planification régionale de la santé », est remplacé par « territorialisation de la politique de santé ». Les nouveaux dispositifs instaurés par cette loi consacrent les mesures prises préalablement par la Ministre dans le cadre du pacte territoire santé, lequel est inscrit dans la loi, qu'elle prolonge. Celle-ci instaure ainsi les « équipes de soins

primaires », les « communautés professionnelles territoriales de santé ». Elle élargit le spectre des contrats territoriaux de santé instaurés par la loi HPST. De même, les dispositions concernant l'hôpital prolongent le travail engagé préalablement par la Ministre avec le « pacte de confiance pour l'hôpital » avec une nouveauté, la création des « Groupements hospitaliers de territoire », en remplacement des communautés hospitalières, loin de faire l'unanimité, décriée par les élus locaux.

Seule mesure « à contre-courant » de cette loi, la généralisation du tiers payant sera en définitive annulée par le Conseil Constitutionnel. Celui-ci a en effet jugé dans sa décision du 21 janvier 2016 que : « le législateur n'a pas suffisamment encadré de dispositif et a ainsi méconnu l'étendue de sa propre compétence ».

L'ambition de refondation initiale de cette loi d'actualisation plus que de modernisation semble donc finalement limitée.

Un auteur comme Jean De Kervasdoué, économiste de la santé et auteur de nombreux ouvrages concernant l'hôpital et les réformes du système de santé, dans une interview donnée à *Nile Consulting*, le 18 novembre 2015 à Paris, Jean De Kervasdoué dresse ce bilan négatif de la réforme entreprise :

« Une politique du rabot ; qui augmente mécaniquement avec l'ONDAM sans remettre en cause la structure des dépenses, des réformes peu prioritaires et coûteuses, telles que la généralisation des complémentaires santé et ou du tiers payant généralisé ; une étatisation croissante, un financement de l'assurance maladie assis sur les salaires, malgré les changements démographiques, (...), la multiplicité des régimes d'assurance maladie demeure ». ²⁹²

²⁹² Interview donnée à Nile le 18 nov. 2015 à Paris par Jean De Kervasdoué publié sur le site de Nile consulting.

En synthèse

Cette généalogie des réformes ayant jalonné la politique de santé en France met en évidence une trame de fond émergeant dès les années 1970, que nous dénommons le paradigme de la santé/non-maladie, laquelle est liée à la colonisation économiste de cette dernière.

L'argumentation économique de la santé renforce la légitimation de l'État, lequel à son tour, dans le discours de la réforme, participe du renforcement de cette épistémologie embarquée. Parallèlement, la réforme entérine la formulation d'une finalité construite selon les nécessités induites par le schéma économiste lequel sert à son tour l'idéal républicain d'égalité légitimant l'intervention de l'État. Celui-ci repose sur le rapport « coût et efficacité » liant un résultat par des moyens, pourtant difficilement mesurable par le calcul économique.

Tandis que les outils économiques, finalement jugés non fiables, ont été abandonnés, le raisonnement économique, quant à lui, a intégré efficacement l'argumentaire de la réforme. Ce faisant, il justifie une entreprise de régulation dont l'État peut légitimement s'attribuer la maîtrise d'ouvrage ce qui permet à ce dernier de s'immiscer dans l'enceinte médicale qui lui était interdite auparavant. La réforme affronte alors une contradiction tandis que les effets collatéraux et directs délétères qu'elle engendre sont de plus en plus problématiques, celle-ci n'est pas soutenue par une argumentation économique solide. Pourtant l'effort de rationalisation du système de santé selon la logique économique persiste et s'est notamment concrétisé dès ses débuts par la remise en question des principes fondamentaux de la « sécu », d'abord l'unicité de cette dernière puis sa gestion paritaire.

Cependant, la réforme demeure ancrée dans le puissant référentiel biomédical. Les impératifs de qualité des soins et de réponse aux besoins sont ainsi le point faible de ce montage vis-à-vis d'une opinion publique itérativement interpellée par les médias à l'occasion des différents scandales sanitaires. Ces derniers sont cependant peu sensibles aux multiples paradoxes de la politique de santé, cautionnant finalement la confusion santé/non-maladie, avec un intérêt certain vis-à-vis des effets spectaculaires d'une médecine de soins ultra-technicisée.

La deuxième période de ces réformes est marquée par des anomalies importantes et tenaces, justifiant la mise sur l'agenda politique des questions de sécurité sanitaire, d'inégalités sociales de santé et l'émergence de la démocratie sanitaire. Dans un tel contexte, le retour d'une politique de santé publique d'État, esquissé en 2004, est rapidement enseveli par le train continu de rationalisation économique du système de santé qui n'a pas dévié.

Tandis que dans la période 2004, la réforme se fonde sur le modèle forgé en 1945, l'ambition de refondation au programme de la loi Touraine en 2014 annonce un changement d'époque prenant la forme d'une « territorialisation » du système de santé. Si l'objectif politique affiché semble différencier la territorialisation du mouvement de régionalisation visant le pilotage hospitalier avec la création des ARH, dont les ARS sont les héritières, la confirmation de ces dernières, et le renforcement de leurs prérogatives, semblent *a contrario* indiquer une relative continuité. De plus, tandis que l'hôpital public ainsi que les « médecins libéraux » sont des acteurs permanents concernés de la réforme, le statut et le rôle des collectivités locales semblent particulièrement indéterminés.

Finalement, si logique économiste et pouvoir étatique se renforcent mutuellement et perdurent, la réforme semble tout autant ne pas dévier de sa trace qu'affronter des contradictions de plus en plus fortes, ce qui n'est *a priori* pas soutenable. La « crise » apparaît comme le moteur de la réforme depuis ses origines dans les années 1970 jusque dans les années 2000, financière puis sanitaire, elle motive l'identification de solutions lesquelles visent à corriger et perfectionner le dit « système de santé », celui-ci étant désigné comme étant le problème.

L'importance des éléments cognitifs et normatifs constitutifs de la politique de santé, que nous venons de mettre en évidence dans cette généalogie de la réforme, incite à un examen critique et à une analyse de ceux-ci ainsi que des motifs de la réforme mobilisés dans la fabrique discursive de cette dernière.

Chapitre 2. Le discours institutionnel, fabrique de la réforme

Evitant de nous perdre dans la densité et la complexité de l'analyse technique des dispositifs promulgués, nous allons focaliser à présent notre attention sur l'objet central que visent toutes les réformes ainsi que la rhétorique de la réforme : le dit « système de santé français ».

Nous étudierons celui-ci dans ce chapitre à travers la description et l'analyse du discours institutionnel et politique dont le dit système de santé est l'objet. Nous aurons ainsi défini le cadre normatif et cognitif dans lequel s'inscrivent les réformes des moments 2004 et 2014 ainsi que leur fabrique, que nous étudierons spécifiquement dans notre deuxième partie.

1/ Le système de santé : entre image et finalité

Le système de santé, un objet discursif non défini

Malgré l'abondance de littérature et de travaux mobilisant le terme de « système de santé français », il n'y a que peu d'écrits précisant ce que celui-ci recouvre en tant que tel. La préface des « séminaires de l'ENA, promotion « Michel de Montaigne » II, le système de santé en France, fait état de ce constat de désintérêt pour le système lui-même : « il est significatif de constater que ni l'ENA, ni Sciences Po, ni les grandes écoles n'ont d'enseignement permanent sur ce thème et que même l'ENSP²⁹³ de Rennes s'y intéresse encore peu ». ²⁹⁴

Pour les auteurs de l'ouvrage, *La santé otage de son système, sept études de cas*, le sens commun véhiculerait une image fautive du système de santé. Notons cependant que ces auteurs ne sont pas des auteurs classiques de la littérature grise visant le système de santé, c'est-à-dire de formation économique,

²⁹³ ENSP : Ecole Nationale de Santé publique, devenue EHESP (Ecole des Hautes Etudes en santé publique) depuis la loi de santé publique d'Août 2004.

²⁹⁴ École nationale d'administration (Ed.). Promotion Michel Montaigne : *Séminaires II*: « Le système de santé en France », op. cit. .

administrative, juridique et ou sanitaire et sociale, acteurs politiques, élus, et ou appartenant à l'administration de l'État. Les auteurs sont ici sociologues et bi-appartenant à des universités anglo-saxonnes, ²⁹⁵ préface de Michel Crozier, quatrième page de couverture :

« Nous avons le meilleur système de santé au monde » est une idée encore très répandue ; elle est fausse (...) Notre système de santé n'est pas plus performant que beaucoup d'autres et coûte de plus en plus cher. Or, il n'est pas nécessaire de dépenser plus pour soigner mieux ». ²⁹⁶

L'idée selon laquelle le système de santé français serait le meilleur au monde est largement consensuelle en France, pourtant dans son « dossiers et documents » publié en septembre 2006, le *Monde* titrait : « le meilleur système de santé est suédois – Tel est le résultat du classement OMS. Ce système se caractérise par une large couverture sociale et des coûts maîtrisés ». ²⁹⁷

Or, examinant les caractéristiques de ce système suédois, celui-ci diffère fondamentalement du modèle français. Un article de la revue *ADSP, Actualités et Dossiers en Santé Publique*, revue éditée par le HCSP, dans la rubrique internationale, du numéro de mars 2004, lui est consacré, troisième et dernier volet d'une série d'articles consacrés aux systèmes de santé des pays nordiques de l'Union européenne. Le titre annonce d'emblée en synthèse la particularité la plus marquante pour la France du système suédois : « Suède, un système géré librement par les comtés » :

« Les autorités locales jouent un rôle majeur, aussi bien dans l'organisation et la gestion du système de santé que dans son financement. Les trois quarts des dépenses de santé en Suède sont financés par la fiscalité locale. Le comté est l'échelon essentiel en matière de santé. La population des comtés varie entre 130000 et 1,8 millions de personnes ». ²⁹⁸

²⁹⁵ Marianne Binst, ancienne élève de l'École de Santé Publique de l'Université de Harvard et docteur en sociologie, directeur du département santé de Bossard Consultants, François Xavier Schweyer, docteur en sociologie, professeur à l'ENSP et professeur associé à l'université de Montréal,

²⁹⁶ Binst, M., Schweyer, F.-X., Crozier, M. *La santé otage de son système: sept études de cas*, Paris, InterEditions, 1995, quatrième p. de couverture.

²⁹⁷ Le Monde « dossiers et documents » : « le meilleur système de santé est suédois – Tel est le résultat du classement OMS. Ce système se caractérise par une large couverture sociale et des coûts maîtrisés », n° 356, sept 2006 p.2.

²⁹⁸ Chambaretaud S., Lequet-Slama D. « Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne. Suède, un système géré librement par les comtés », *adsp* n°46, mars 2004, pp. 9-12.

La Suède n'est pas une exception en Europe, on peut aussi citer parmi les pays ayant des systèmes de santé décentralisés, l'Espagne et la Suisse.

Il existe donc des images contrastées de l'objet désigné par ce terme, « système de santé », mais la littérature grise, les rapports et les discours politiques, en France, utilisent largement celui-ci dans une acception commune dont les auteurs semblent avoir une « idée » certaine. Pour ceux-ci, ce terme participant d'un sens commun reposant sur des concepts qui en constituent la trame cognitive implicite, désigne un objet familier évident. Un auteur comme Lévy explicite ce point :

« La notion de « système » de santé est employée de façon courante sans que le contenu d'une telle expression soit parfaitement clair. Ce sacrifice que nous faisons à l'usage courant, au niveau du titre de cet ouvrage, mérite donc quelques explications (...) La spécificité de ce domaine (la santé) réside dans le fait que non seulement l'ensemble des théories dont on peut mobiliser la valeur explicative est totalement hétérogène, mais que de plus, aucune d'entre elles ne paraît a priori posséder une valeur explicative dominante (...) la santé elle-même se conçoit différemment selon les points de vue ». ²⁹⁹

Une revue de quelques exemples extraits de discours politiques et de toute la diversité de la littérature grise au décours des années 2000, nous permet de donner un aperçu du sens commun définissant le système de santé français. Notre objectif n'est pas ici de nous lancer dans une étude exhaustive des discours de la réforme mais de nous restreindre aux documents ayant trait nommément au système de santé. Il s'agit de cerner cet objet particulier de la réforme dans le cadre de notre étude visant le cadre cognitif de celle-ci.

Claude Evin ancien ministre de la santé dans sa préface à l'ouvrage, *guérir le système de santé de ses maux : 40 propositions pour une réforme* :

« Ce n'est donc pas seulement d'une crise financière dont souffre notre système de santé mais d'un mal beaucoup plus profond touchant aussi bien l'organisation de l'offre de soins que les modalités d'interventions des professionnels et des établissements de santé ou la gestion même du système. La première préoccupation est celle de l'état de santé de la population. Paradoxe pour un système chargé de le garantir que de s'interroger sur la pertinence de ses résultats. Et pourtant il est davantage organisé autour de la consommation de soins que pour éviter à des personnes, alors qu'elles sont encore bien portantes d'y avoir recours grâce à une meilleure prévention ou à une bonne éducation sanitaire ». ³⁰⁰

²⁹⁹ Lévy E. Bungener M., *Economie du système de santé*, op.cit., p.6.

³⁰⁰ Fantino, B., Ropert, G., Coulomb, A., Evin, C., Pujol, H. *Guérir le système de santé de ses maux: avec 40 propositions pour une réforme*, op.cit., p.15.

Edouard Balladur, alors premier ministre, écrit dans la lettre de mission du futur rapport intitulé, « livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie » :

« Notre système de santé traverse une crise profonde. Celle-ci n'est pas seulement imputable à la conjoncture économique déprimée qui pèse actuellement sur les recettes de cotisations sociales ; Elle résulte aussi de l'insuffisante maîtrise des dépenses (...) Les indicateurs de santé ne sont pas meilleurs en France que dans les grands pays industrialisés. La situation est aujourd'hui suffisamment grave pour menacer la pérennité même de l'assurance maladie si aucune réforme profonde n'est entreprise rapidement (...) Vous vous attacherez, tout d'abord à présenter les perspectives à long terme de l'assurance maladie et à définir les priorités qui devront être les siennes à l'avenir. Vous préciserez ensuite les caractéristiques institutionnelles, sociales, financières et sanitaires des différentes options envisageables pour assurer la maîtrise des dépenses ainsi que l'amélioration de la qualité des soins (...) les expériences récentes des principaux pays comparables à la France, notamment en Europe, pourront constituer une référence utile pour votre réflexion... »³⁰¹

Finalement, la lettre de mission adressée au rapporteur du livre blanc, Raymond Soubie, indique :

« Si l'on avait la certitude que chaque franc supplémentaire dépensé améliorerait l'état sanitaire de la population il n'y aurait guère de légitimité à s'efforcer de maîtriser les dépenses de santé (...) C'est l'emballement d'un système sans régulation qui induit, lentement mais sûrement, un rationnement insidieux et d'autant plus redoutable qu'il ne se fonde sur aucun choix explicite de la société ». ³⁰²

Cet important rapport dont nous venons de citer un extrait de la lettre de mission signée par Edouard Balladur, a été rédigé par R. Soubie, J.L. Portos, C. Prieur, et publié par le Commissariat général du Plan en 1994³⁰³. Rendant compte d'un travail technique interministériel coordonné par le Commissariat général au Plan, auquel ont participé, le ministère des affaires sociales de la santé et de la ville, le ministère du budget, le ministère de l'économie, l'école nationale de santé publique. Rappelons que Raymond Soubie est expert en gestion des ressources humaines et des politiques sociales, occupe plusieurs postes importants au sein de la fonction publique de 1969 à 1981. Directeur général du groupe de presse

³⁰¹ Commissariat général du plan. *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie : rapport au Premier ministre*. (R. Soubie, J.-L. Portos, C. Prieur, Eds.), Paris, la Documentation française, 1994, p.5-7.

³⁰² Ibid.

³⁰³ Ibid.

professionnelle Liaisons (dont Liaisons Sociales) de 1982 à 1991, Raymond Soubie fonde en 1992 le groupe Altedia SA, groupe de communication et de conseil en management dont il est président-directeur général jusqu'en mai 2007. Il préside en 1992 et 1993 la Commission du Plan qui établit le rapport Santé 2010 et dirige par ailleurs en 1994, la mission chargée de la rédaction du Livre Blanc sur la Santé.³⁰⁴ C'est donc un acteur majeur de la diffusion du sens commun attribué au « système de santé ».

Dans son édition spécifique « Dossiers et documents », *Le Monde*, en septembre 2006, titrait : « quel avenir pour le système de santé en France ? » au sommaire : « *inégalités, formations et déserts médicaux ; la réforme de 2004, les professionnels de santé ; la psychiatrie, cas particulier, l'Hôpital en crise, Financer la sécu.* ». ³⁰⁵ Ce sont autant d'exemples indicatifs de ce qui constitue ordinairement le périmètre du système de santé en tant que système de soin dominé par des problématiques de gestion budgétaire.

La quatrième page de couverture de l'ouvrage, *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, rédigé par des auteurs reconnus : André Grimaldi, professeur de diabétologie, Didier Tabuteau, responsable de la chaire santé à Sciences Po Paris, François Bourdillon, professeur de santé publique, alors président de la SFSP, Frédéric Pierru, sociologue chercheur au CNRS, le Professeur Lyon-Caen, professeur de neurologie, indique :

« Notre système de santé solidaire est à la croisée des chemins car il doit affronter plusieurs crises : économique, sanitaires, professionnelles (...) Les périls les plus lourds viennent des choix « libéraux » qui ont été opérés depuis le début des années 2000 ». ³⁰⁶

Dans le scénario futuriste de son ouvrage, *Dis, c'était quoi la sécu ? Lettre à la génération 2025*, Didier Tabuteau utilise implicitement une acception du terme « système de santé » comme assimilée à l'assurance maladie :

« En 2018, de nouveaux déséquilibres majeurs ont imposé une nouvelle transformation du système. Une révision constitutionnelle a même été réalisée pour adapter le dispositif vieilli de la réforme Juppé de 1995 (...) La

³⁰⁴ D'après la biographie extraite de *la Documentation de Radio France*. Janvier 2013.

³⁰⁵ *Le Monde, Dossiers et documents*, n°356 sept. 2006 :1.

³⁰⁶ Grimaldi, A., Tabuteau, D., Bourdillon, F. *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, op.cit., quatrième p. de couverture.

nouvelle législation, la Code des assurances privées et publiques de santé a remplacé l' « antique » code de la sécurité sociale...»³⁰⁷

C'est dans les Cahiers français, édités par la documentation française en 2005, dans la troisième partie de cet imposant cahier spécial ayant pour titre, « le système de santé », que l'on trouve une synthèse du sens commun partagé par les auteurs traditionnels sur ce sujet. Celui-ci est composé des chapitres suivants : « l'organisation du système de santé », « la réforme de l'assurance maladie », « les systèmes de santé des pays occidentaux, la recomposition de l'offre hospitalière, la médecine de ville ; vers de nouvelles règles, l'économie du médicament. »³⁰⁸ Dans l'Editorial signé par Philippe Tronquoy, chargé d'étude à la documentation française et rédacteur en chef de la revue, lequel a dirigé ses cahiers, évoque ainsi la spécificité du « système de santé » :

« La claire intelligence des problèmes posés implique un examen de la spécificité du système français instauré après 1945, qui tient à la fois des modèles beveridgien et bismarckien, et implique une approche comparatiste avec les autres États occidentaux dont les réformes depuis les années 1990 ont été caractérisées par l'introduction de la concurrence et de la décentralisation. »³⁰⁹

Bruno Palier, directeur de recherche du CNRS à Sciences Po, docteur en sciences politiques et agrégé en sciences sociales, dans la cinquième édition de son ouvrage, en 2010, *La réforme des systèmes de santé*, publié en 2004, dans le chapitre 1 dédié au « développement des systèmes de santé », est clair. Le système de santé se confond avec l'offre de soins et est donc dépendant d'un haut niveau technologique ainsi que d'une protection sociale étendue :

« Si le droit à la santé a été proclamé dès 1948 par les Nations Unies, rares encore sont les pays où ce droit a été réalisé pour tous. C'est qu'il faut mettre en place de très importants moyens financiers, techniques et humains pour permettre à l'ensemble des citoyens d'assurer sa santé : aménagement et entretien de lieux où se faire soigner ; formation et rémunération de professionnels de soins de santé ; invention, production et commercialisation de médicaments et de technologies médicales : mise en place de systèmes collectifs de financement de l'ensemble. Jusqu'à présent, seuls les pays développés et surtout ceux d'Europe ont mis en place des systèmes de santé collectifs permettant effectivement à chacun d'assurer sa santé. Un système de santé organise la rencontre entre la demande et l'offre

³⁰⁷ Tabuteau D. *Dis, c'était quoi la sécu ? Lettre à la génération 2025*, op.cit., p.7.

³⁰⁸ Tronquoy, P. (Ed.). *Les Cahiers français. La santé*, Paris, la Documentation française, 2005.

³⁰⁹ Ibid.

de soins (...) L'histoire des systèmes de santé passe donc par l'histoire des politiques sociales visant à couvrir le risque maladie, et par celle des professions médicales ». ³¹⁰

Ainsi, Bruno Palier, en phase avec le consensus tacite, mobilise une conception de la santé comprise comme étant garantie par les soins délivrés aux malades constitutive de ce que nous avons dénommé le paradigme de la santé/non-maladie. Le sens commun, mais aussi le sens donné par les chercheurs, de la santé entre en contradiction avec la définition de la santé donnée par l'organisation internationale dédiée à la santé, l'OMS, mise sur pied par les mêmes Nations Unies, auquel Bruno Palier se réfère pourtant. ³¹¹ Celle-ci est pourtant aujourd'hui largement connue : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » ³¹²

La conception du système de santé mobilisée par Bruno Palier est aussi semblable à celle que nous pouvons trouver dans l'un des rares ouvrages consacrés au système de santé lui-même. Son auteur, Nathalie Destais, ne donne pas à proprement parler une définition du système de santé français mais présente plutôt une conception précise dans son introduction :

« De multiples acteurs et de multiples logiques animent le système de santé (...) Lieu d'échanges entre personnes privées, entre un patient et un médecin, le système de santé comporte aussi une dimension collective...»

³¹³

A travers ces multiples cas types, le système de santé apparaît comme un construit caractérisé par une trame cognitive, le référentiel de la santé/non-maladie (la santé est ici conçue comme étant l'absence de maladie, et donc comme étant garantie par le soin). Ce « système », confondu avec le système de protection sociales, est un ensemble indéfini recouvrant la délivrance de soins médicalisés difficile à financer, il est le lieu d'acteurs multiples traversé par des problématiques et enjeux décrits à travers les thèmes de la crise financière et

³¹⁰ Palier, B. *La réforme des systèmes de santé*, Paris, op.cit., p.7.

³¹¹ L'Organisation Mondiale de la santé est une institution spécialisée de l'Organisation des Nations unies (ONU) qui dépend directement du Conseil économique et social des Nations unies.

³¹² Cette définition est inscrite au préambule de 1946 à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé.

³¹³ Destais, N. *Le système de santé: organisation et régulation*, op.cit., p.19.

sanitaire, de déficit de l'assurance maladie, de coût et de la maîtrise des dépenses de soin, système solidaire de financement, (objet de comparaisons européennes), d'état de santé et d'inégalités de santé, de questions relatives aux professionnels du soin : principalement les médecins, et l'hôpital ; et enfin, le malade, dont nous verrons qu'il peut être tour à tour usager/malade/consommateur.

La finalité assignée au « système de santé »

La dimension publique du système de santé est ainsi énoncée par Nathalie Destais :

« Le système de santé comporte aussi une dimension collective, qui s'exprime dans les objectifs de santé publique et dans les solidarités mises en place pour assumer ces dépenses ». ³¹⁴

Nous retrouvons à nouveau, dans l'énonciation de cette vocation collective du système de santé, les deux motifs justifiant les solutions promues pour la réforme du système de santé : les objectifs de santé ne sont pas remplis puisque l'on déplore une surmortalité prématurée et des inégalités de santé et les mécanismes de solidarité ne permettent plus d'assumer les dépenses, ce système générant des déficits « abyssaux ».

Pour les auteurs « spécialistes du système », comme pour Nathalie Destais, mais aussi les responsables politiques, toutes tendances confondues, le système de santé a pour mission de poursuivre l'objectif de la santé pour tous. Claude Evin déclare dans la préface de l'ouvrage, *Guérir le système de santé de ses maux: avec 40 propositions pour une réforme* :

« La première préoccupation est celle de l'état de santé de la population. Paradoxe pour un système chargé de le garantir que de s'interroger sur la pertinence de ses résultats. » ³¹⁵

Ainsi, dans son discours du 8 février 2013 à Grenoble, concernant la Stratégie nationale de santé, Jean-Marc Ayrault, alors premier Ministre s'indigne : « que voyons-nous ? Des inégalités, de plus en plus criantes (...) En outre le déficit chronique de notre assurance maladie met en péril à plus ou moins long terme notre protection sociale et notre offre de soins. »

³¹⁴ Ibid.

³¹⁵ Fantino, B., Ropert, G., Coulomb, A., Evin, C., Pujol, H. *Guérir le système de santé de ses maux: avec 40 propositions pour une réforme*, op.cit., p.15.

Le dit système de santé est jugé à l'aune des résultats en termes de santé de la population et d'égalité en santé. L'OMS est cependant la première organisation à avoir clairement formulé en tant que tel pour la première fois l'objectif de la santé pour tous, en tant que finalité et principe à la fois. Or, ses stratégies et moyens pour atteindre ce but, reposent non pas seulement sur un système de santé performant mais sur une politique de « promotion de la santé ». La loi de santé publique votée à l'été 2004 sera la réponse politique française.

En France, la Société Française de Santé Publique elle-même, dans ses recommandations, critique le système de santé, mettant en exergue l'inadaptation du modèle de système français aux évolutions épidémiologiques. Les auteurs de ce rapport insistent sur la nécessité de réorganiser le système et de refonder la politique non plus sur des séquences d'actes, mais sur la notion de processus :

« Avec les développements socio-économiques, et depuis les grands textes fondateurs (1945, 1958), la France, comme tous les pays développés, est entrée dans un nouvel âge épidémiologique qui implique un nouveau modèle de santé ». Alors que les infections aiguës, brèves et d'origine infectieuse, dominaient, ce sont les états et affections chroniques qui dominent depuis les années 1970. Il s'agit des incapacités permanentes d'origine traumatique, les états de dépendance dus au vieillissement, des répercussions sur la santé des changements sociaux (chômage, précarité) mais aussi de l'intégration des différentes formes de prévention et de réhabilitation faisant partie aujourd'hui des prises en charge médicales. »

316

Regardons à présent plus attentivement la finalité de santé de tous présentée comme relevant de l'évidence, et ce à l'aune de l'histoire du système de santé. Nous reviendrons ultérieurement sur cette discussion mais il convient ici de souligner l'existence de différentes versions de l'histoire de la « sécu ». Citons, à contre-courant de la version consacrée, cet article du *Monde diplomatique* de décembre 2015 au titre explicite : « Une autre histoire de la Sécurité Sociale ». Son préambule saisit en synthèse la nature et l'objectif du pacte en santé scellé en 1945, c'est-à-dire, des moyens d'existence en dehors du travail :

« Depuis sa création en 1945, le régime général de la Sécurité sociale subit le feu des « réformateurs » de tout poil. Comment expliquer cet acharnement contre un système que l'on réduit souvent à une simple couverture des risques de la vie ? C'est qu'au-delà de l'assurance sociale, les

³¹⁶ SFSP : *Questionnement et propositions sur la politique de santé en France*, op.cit.

pionniers de la « Sécu » forgeaient un outil d'émancipation du salariat géré par les travailleurs. »

Cette version de l'histoire, entre en contradiction avec l'affirmation de la finalité aujourd'hui attribuée au système de santé, celle d'une santé égale. L'objectif de la santé pour tous se présente ainsi comme un but réinventé par des acteurs désireux de justifier des réformes présentées comme nécessaires, dans une logique conforme au principe économique d'efficacité. Les auteurs experts du système de santé se présentent ainsi comme « sous-système », pour Papadopoulos, un « champ », en référence à la notion développée par Pierre Bourdieu.

L'articulation entre objectif d'égalité en santé et justice distributive sur laquelle repose le système de protection sociale est cependant problématique. Partant des constats de l'évolution récente des connaissances sur les déterminants de santé et de la remise en question de plus en plus fréquente des systèmes de soins traditionnels en tant que déterminants de la santé, Daniel Weinstock, dans sa conférence : « La santé en philosophie politique : de quel type de bien s'agit-il ? », l'expose en ces termes :

« Il existe aussi, une incertitude quant à ce que devrait être l'objectif de la justice distributive en matière de santé (...) il y a une forte tendance dans la littérature qui consiste à dire que ce qui devrait être l'objectif d'une théorie de la justice distributive en matière de santé, ce n'est pas tant les états de santé des individus comme tels, mais plutôt les déterminants de la santé, les chances pour la santé (...) c'est de ces choses – là que nous devrions tenter de faire une distribution juste ou équitable ». ³¹⁷

Le modèle de justice distributive, modèle de référence supposé garantir une distribution juste des états de santé, dans le paradigme de la santé/ non maladie par une distribution juste des services et produits de soin réputés maintenir ou rétablir la santé, n'est plus aujourd'hui dominant. Aussi, la question est-elle posée : Qu'est-ce que la santé et comment la produit-on ? Celle-ci n'appelle pas une réponse univoque intemporelle et chaque acteur porte une version implicitement promue dans son discours à travers ses positions et revendications.

³¹⁷ Weinstock, D. « La santé en philosophie politique : de quel type de bien s'agit-il ? », Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Québec, Janvier 2010.

Notons ici que la finalité attribuée au système de santé ne relève pas de l'évidence, ni sur le plan historique, ni sur le plan philosophique. Même si, dans les discours des « créateurs » de la sécurité sociale française, on retrouve une référence à la santé, c'est bien une assurance maladie universelle qui fut mise en place et non pas une assurance santé. Dans cette acception, l'objectif étant de prémunir chacun et notamment les travailleurs contre l'ensemble des risques de l'existence humaine pouvant affecter la subsistance de ceux-ci, la maladie entendue comme « calamité » pouvant survenir aux côtés des autres aléas de la vie humaine et ce, dans le cadre d'une économie capitaliste vulnérabilisant le travailleur. La colère était forte au lendemain de la deuxième guerre mondiale et le mouvement ouvrier particulièrement mobilisé contre un capitalisme considéré et vécu comme brutal ainsi que l'illustrent ces principes tels que formulés par Ricardo :

« Le prix naturel (du travail) est celui qui fournit aux ouvriers, en général, les moyens de subsister et de perpétuer leur espèce sans accroissement ni diminution » ; « le prix courant du travail est le prix que reçoit réellement l'ouvrier, d'après les rapports de l'offre et de la demande, le travail étant cher quand les biens sont rares, et à bon marché lorsqu'ils abondent » ; « les salaires doivent être livrés à la concurrence franche et libre du marché et n'être jamais entravés par l'intervention du gouvernement ». ³¹⁸

La finalité d'égalité en santé, met à jour la polysémie du mot santé, entre conception économiste (la santé-non maladie comme bien de consommation) et vision sociale et historique (la maladie comme fléau de l'existence). Sur ce point, Didier Fassin, dans le cadre de son ouvrage, *L'espace politique de la santé*, apporte un éclairage utile pour l'étude de la santé en tant que politique publique. Reprenant en le prolongeant le projet : « qu'avait Georges Balandier (1978, 2) de constituer une anthropologie politique autour de l'idée « que les sociétés humaines produisent toutes du politique et qu'elles sont toutes ouvertes aux vicissitudes de l'histoire », Didier Fassin souligne que : « bien des auteurs, depuis E. Evans-Pritchard, ont montré que la maladie ne constituait pas une catégorie spécifique pertinente de la pensée et surtout de la pratique des sociétés traditionnelles. » Elle s'inscrit dans un ensemble plus vaste « que l'on désigne parfois sous le nom d'infortune et qui intègre aussi bien les pathologies que

³¹⁸ In Cedelle J. : *Introduction à l'histoire de la pensée économique*, 1983, Paris, CFPP, DPA, Ministère de l'économie et des finances.

l'infertilité, les mauvaises récoltes, la perte du bétail, voir les difficultés scolaires et les échecs électoraux ». L'auteur souligne ensuite que la « santé » ne fait pas plus sens, moins même, que ne le fait la « maladie » :

« Si la maladie fait sens -pour la société, et donc pour l'anthropologue- en tant qu'évènement, on pourrait dire, en forçant un peu le trait, que la santé ne parle pas- et du coup, pas plus à la société qu'à l'anthropologue. Reprenant le fameux mot de René Leriche, Georges Canguilhem (1992, 14) le complète d'ailleurs en ajoutant : « La santé n'est pas seulement la vie dans le silence des organes, c'est aussi la vie dans la discrétion des rapports sociaux ». ³¹⁹

Didier Fassin s'appuie ensuite sur l'ouvrage de ce dernier, *L'homme et la santé*, dont le sommaire contient « au moins trois ordres de signifiés : ce que Georges Canguilhem (1992, 9) appelle « la vérité du corps », qui est l'assurance de la réalisation de soi au plan physique ; ce qui correspond à l'état de bien-être d'une collectivité (...); enfin, ce qui relève d'un secteur d'activité, ou d'un ensemble de processus de production, de consommation et d'échange que Jean-Paul Moatti (1992, 262) nomme « économie de la santé ». ³²⁰ L'auteur déduit de ce tour d'horizon que :

« Plutôt qu'une réalité dérivée de définitions biologiques, médicales, ou philosophiques, la santé apparaît donc simultanément comme une notion et comme un espace défini par les rapports entre le corps physique et le corps social (...) A la forme élémentaire de l'évènement que constitue la maladie, il faut donc opposer la réalité complexe de la santé comme notion culturellement déterminée et comme espace politiquement structuré. Notion dans laquelle sédimentent des signifiants élaborés tant par le sens commun que par la connaissance savante. Espace qui met en relation un ensemble d'agents qui s'y rencontrent, comme les malades, professionnels ou administrateurs. (...) Dans la perspective ainsi adoptée, la santé est (...) un espace dans lequel se jouent des luttes pour définir le contenu même de la notion à laquelle les uns et les autres se réfèrent de manière qui n'est consensuelle qu'en apparence (...) l'espace de la santé, en tant que réalité politiquement construite, a été peu exploré par les sciences sociales. »³²¹

Aussi, les éléments d'analyse mis en exergue par Didier Fassin considérant la santé en tant qu'espace politique renforcent ce que nous avons mis en évidence au sujet du dit « système de santé » à considérer comme un champ au sens de Bourdieu.

³¹⁹ Fassin D. *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*, Paris, Presses universitaires de France, 1996, p.31.

³²⁰ Ibid., p.35.

³²¹ Ibid., p.36.

Les conclusions des multiples rapports et de nombreux auteurs convergent : le système de santé français est un système présentant de nombreux défauts à corriger puisqu'il ne remplit pas la mission assignée. Or, cette mission elle-même repose sur un objet flou, la santé.

Le Rapport du Haut Conseil en Santé Publique (HCSP) sur les orientations stratégiques du rapport sur la santé des français, la santé en France en 2002 intitulé, « le paradoxe français »³²², analyse la situation de la santé et du système de santé en France. Les productions de ce dernier ont mis à jour les questions de santé sur une scène institutionnelle politique mais sans relais vers l'opinion publique. Dans cet avis le HCSP souligne la contradiction française entre : de bons résultats globaux (l'espérance de vie à la naissance et mortalité infantile), une évolution satisfaisante dans certains domaines (alcoolisme, maladies cardiovasculaires, chutes chez les personnes âgées) et l'existence d'une forte mortalité prématurée masculine ainsi que des inégalités croissantes de santé (l'écart d'espérance de vie masculine à 35 ans entre les cadres et professions libérales et les ouvriers non qualifiés est de sept ans).

Les auteurs de la littérature grise visant le système de santé ne manquent pas dans leurs écrits de rappeler ces données de santé désormais bien connues. Didier Tabuteau souligne ainsi que : « la baisse de la mortalité par maladie cardiovasculaire a été entre 1982 et 1990 de 47% chez les cadres et de 14% chez les ouvriers et employés (...) des résultats très insuffisants sur la mortalité évitable (c'est-à-dire des moins de 65 ans) qui est le plus sensible aux inégalités sociales »³²³. Dominique Polton note qu'en 2000 la mortalité prématurée est principalement due au tabac et aux accidents tandis que les écarts d'espérances de vie sont à la fois géographiques ET sociaux. L'auteure relève cependant une réalité française contrastée : « Les femmes françaises vivent plus longtemps et les personnes âgées sont en meilleure santé en France que dans d'autres pays européens ». ³²⁴

³²² HCSP : « Avis sur les orientations stratégiques du rapport sur la santé des Français, le paradoxe français », in *la santé en France en 2002*, op.cit.

³²³ Tabuteau, D. *Dis, c'était quoi la Sécu ? lettre à la génération 2025*, op.cit.

³²⁴ Sandier, S., Paris, V., Polton, D., Thomson, S., Mossialos, E., *Systèmes de santé en transition*, op.cit.

Qualifiés d'inacceptables pour un pays dont les performances sanitaires globales sont bonnes, les « contre-performances » de la France en termes de santé de sa population par rapport aux autres pays européens réinterrogent la « performance » du système de santé dans la mesure où les dépenses de santé, dont il est le principal bénéficiaire, sont importantes en France comparée à celles de ses voisins.

Il existe cependant d'autres versions expliquant les phénomènes déplorés. Le HCSP³²⁵ explique le paradoxe français par les stratégies suivies par la France qui ont consisté à développer l'accès au soin comme politique de santé et non à promouvoir la santé. Sur la question des inégalités, le HCSP souligne que :

« La stratégie la plus efficace (...) ne consiste pas seulement à agir sur l'accès aux soins, mais à intervenir plus en amont sur les déterminants à l'origine des problèmes de santé considérés (...) d'une manière générale, les facteurs d'environnement, des conditions de travail, le cadre de vie constituent des déterminants collectifs de la santé encore insuffisamment pris en compte dans une perspective de promotion de la santé ». ³²⁶

Le paradoxe français analysé par le Haut Conseil interroge aussi sa démographie médicale. Alors que la France compte une densité médicale plus importante que dans certains pays économiquement comparables, des postes hospitaliers sont non pourvus, notamment aux urgences, une pénurie impressionnante est annoncée dans certaines spécialités et une absence de médecins généralistes dans certaines zones géographiques. Enfin, ce problème démographique ne touche pas que les médecins mais aussi les autres professionnels de santé.

Le HCSP identifie de nombreux points qui seraient à corriger comme notamment le principe de l'annualité budgétaire considérée comme inadapté à la situation actuelle du fait de la transition épidémiologique ainsi que « l'extraordinaire complexité et segmentation de notre dispositif ». Ce rapport préconise un continuum et une globalité de prise en charge avec réduction de la segmentation sanitaire et sociale.

Par ailleurs, le HCSP regrette qu'à l'échelon régional, chacune des différentes institutions : « réagit et émet des propositions selon sa logique propre ». Il constate que « la région n'est pas le seul espace géographique où s'exprime

³²⁵ HCSP : « Avis sur les orientations stratégiques du rapport sur la santé des Français, le paradoxe français », in *la santé en France en 2002*, op.cit.

³²⁶ Ibid.

actuellement des dynamiques territoriales ». Il préconise donc d'inscrire les politiques et programmes de santé au sein de la politique de la ville ainsi que de redéfinir la place des Départements et des communes. Ces préconisations n'ont eu cependant aucun écho au sein de la réforme tandis que les critiques visant le système de santé, sa complexité et ses insuffisances constituent le motif principal de la réforme.

2/ Des arguments institutionnels pour la réforme

Un « système de santé » à transformer en véritable « système »

Finalement, se référant à l'analyse de Friedberg, l'utilisation que font les auteurs du terme, « système de santé », pourrait être qualifiée de « fonctionnaliste » : « a priori qui assigne à un ensemble humain des « prérequis », des conditions de fonctionnement et des fonctions qu'ils essaient ensuite de simplement retrouver derrière le foisonnement de la réalité ».³²⁷

Cette acception du terme de système s'oppose à la notion de système tel qu'elle est pensée dans le cadre de l'analyse organisationnelle, qui refusant de « vouloir opposer une sociologie des acteurs à une sociologie des systèmes, une perspective actionniste ou culturelle à une perspective systémique », considère que le système : « est ce que les acteurs en ont fait et en font ». Dès lors :

« L'utilisation de cette notion n'implique donc aucune hypothèse substantive sur la nature, les propriétés et les limites de ce système. Elle n'implique pas non plus au départ l'existence d'une vision commune, d'un accord fondateur, d'une communauté d'intérêts entre les acteurs, pas plus qu'elle ne contient une liste ou une description « a priori » des acteurs. »³²⁸

Dans la suite de cet exposé, Friedberg aborde la question du désordre inhérent, pour lui à la vie d'un système, en contradiction avec l'idéal type rationnel :

« Nous avons affaire à une pluralité de systèmes, dont aucun ne détermine les autres même pas en dernière instance, qui ne se recoupent que très partiellement et dont les principes de régulation n'obéissent à aucune logique transversale et dominante. Ce foisonnement de systèmes locaux et leur entrecroisement empirique ne doivent pas décourager l'analyse. Ils ont beau suggérer à certains observateurs qu'il n'y a plus que désordre et chaos là où auparavant semblait exister un système unifié, ils ne sont, en fait pas nouveaux. On peut en effet légitimement se demander si, par exemple, la conception d'un système unifié et homogène de relations industrielles n'a jamais été davantage qu'une simple vision de l'esprit. (...) La réalité sociale est fractionnée, et l'étude de l'action sociale doit respecter ce fractionnement, l'intégrer dans sa démarche et tenir compte de ses implications notamment dans ses prolongements prescriptifs ».³²⁹

³²⁷ Friedberg, E. *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*, Paris, op.cit..

³²⁸ Ibid., p.225.

³²⁹ Ibid., p.246.

Aussi pourrions nous dire, du point de vue de la théorie des organisations, que les discours visant le « système de santé », nomme cet ensemble « système », tout en réfutant des caractéristiques que l'on peut considérer comme constitutives de la notion elle-même au plan théorique. Tel qu'il se manifeste à travers les discours institutionnels, le « système de santé », aurait pour défaut de ne pas « fonctionner » comme un véritable système, il n'en serait donc pas véritablement un. Cependant, et paradoxalement, il faudrait le réformer malgré la grande complexité qui le caractérise et dont on veut réduire au plus possible les incertitudes. La structure de l'ouvrage de Nathalie Destais reflète cette suite logique. La deuxième partie de son ouvrage présente des constats habituels visant les insuffisances du système lui-même puis le raisonnement de l'auteure glisse dans la troisième partie et la quatrième partie vers les options majoritaires d'«un système peu régulé » amenant très inévitablement à la recherche « de nouvelles perspectives de régulation ». ³³⁰

La volonté de « régulation » aurait la force de contraindre à se transformer en un véritable système solidaire cet ensemble d'acteurs et d'institutions concurrentes dans le but de le voir assurer la vocation qu'il lui est assigné, poursuivre cette finalité assignée, la santé de tous, jamais atteinte. Ces contradictions illustrent la thèse de Friedberg :

« Une telle banalisation des organisations force au dépassement d'un clivage qui a durablement et profondément marqué les sciences de l'action. Je veux parler de la séparation qui est habituellement établie entre, d'un côté, l'étude des organisations et, de l'autre, l'analyse de l'action collective (...). D'un côté de cette partition, on trouverait le champ des organisations, c'est-à-dire un ordre voulu et imposé qui repose sur un ensemble de structures clairement délimitées, stables, fixes et formalisées et qui présente la permanence et la reproduction à l'identique. L'action y relève du calcul, c'est-à-dire d'une rationalité instrumentale, et est disciplinée par des relations fins/moyens claires et explicites. En étudier le fonctionnement revient à se placer dans une perspective synchronique et à s'enfermer dans une logique technico-économique : on s'intéresse à un existant et au meilleur moyen de le gérer sans s'interroger sur sa légitimité ou sur les voies de changement. » ³³¹

Or, cette velléité constante, tant dans les discours politiques que ceux de la haute administration, à vouloir réguler une structure qui, *a contrario*, précisément en

³³⁰ Destais, N. *Le système de santé: organisation et régulation*, op.cit.

³³¹ Friedberg, E. *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*, op.cit., p.12.

tant que « système », peut être considérée comme douée d'autorégulation, émane d'acteurs dont on peut aussi dire qu'il sont partie prenante du dit « système ». Ainsi analysé, le système de santé tel qu'appréhendé par ses acteurs institutionnels, concorde avec le modèle décrit par Friedberg :

« Etudier la dimension organisationnelle de l'action sociale conduit à considérer la structuration de tout contexte d'action comme une solution chaque fois spécifique que des acteurs, relativement autonomes et agissant dans les contraintes générales d'une rationalité limitée, ont trouvée pour régler leur coopération conflictuelle et pour gérer leur interdépendance stratégique. Cette solution est contingente »³³² ... « Les différents acteurs individuels et collectifs d'un système d'action ne sont jamais seulement « l'agent périphérique d'un système de régulation » (Segrestin, 1985, p.90). En tant qu'acteurs dans le système, ils participent de cette régulation ; ils s'identifient à elle et par elle. Mais en même temps, ils disposent d'un minimum d'autonomie à l'égard de cette régulation comme par rapport à l'ensemble des acteurs qu'elle relie en structurant leurs rapports»³³³ « On se rend compte que, vu sous cet angle, le système est une coquille vide qu'il reste à remplir et à spécifier (...) Il est ce que les acteurs en ont fait et en font, il est ce que l'analyse permettra de déceler, ni plus, ni moins. »³³⁴

L'autre élément constant des discours, est leur inscription dans un paradigme de l'intervention de l'État, que certains considèrent comme dépassé. Ainsi, Papadopoulos souligne que :

« On s'éloigne dans nul doute aujourd'hui d'une pensée qui trouvait dans la planification et la programmation l'expression la plus achevée d'une intervention publique rationnelle, pour une approche centrée sur l'ajustement des processus d'action, qui réhabilite de ce fait la part d'aléas, mais aussi la liberté propre à toute histoire humaine » (Duran et Monnier, 1992 :239) »³³⁵

Situons à présent le propos de Nathalie Destais comme un discours en le rapportant à son auteur bien que son ouvrage auquel nous nous référons soit un manuel.³³⁶ Membre de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), et plus particulièrement au moment de la rédaction de son ouvrage, détachée à la direction de la Prévision du ministre de l'Economie, des finances et de l'industrie, notre auteur de référence est un membre de l'administration centrale de l'État. Se situant en dehors du « système de santé », elle n'en est donc pas moins partie

³³² Ibid., p.19.

³³³ Ibid., p.223.

³³⁴ Ibid., p.225.

³³⁵ Papadopoulos, Y. *Complexité sociale et politiques publiques*, op.cit., p.104.

³³⁶ Destais, N. *Le système de santé: organisation et régulation*, op.cit.

prenante, en tant qu'appartenant à ce que nous pouvons considérer comme un « sous-système » de ce dernier. Aussi pouvons-nous contextualiser ce point de vue, consistant à prescrire la régulation d'un système de l'extérieur, comme étant celui d'un acteur situé dans un jeu interne au système entre acteurs dont l'État est partie prenante.

Une interprétation du discours institutionnel de la haute administration d'État sur le système de santé est celle de l'imposition d'un ordre autour d'une finalité justifiant la mise en place d'instruments, légitimant l'imposition des places respectives des uns et des autres. D'un point de vue systémique, cette intervention peut être considérée comme faisant partie du jeu de transformation interne de celui-ci.

Nous concluons de cette discussion que si l'expression consacrée « système de santé » comporte le mot « système », l'ambiguïté de celle-ci tient à au fait que la notion de « système » est elle-même discutable. La théorie des organisations propose une conception du « système » au prisme de laquelle le « système de santé » correspondant, ainsi formulée par Friedberg :

« Banaliser les organisations et les considérer comme des contextes d'action parmi d'autres permet de dépasser cette opposition trop simpliste et réificatrice et de ne pas s'encombrer l'esprit avec de fausses distinctions (...) Cela oblige à garder présente à l'esprit la nature construite et donc précaire de l'ordre dans les organisations et à chercher derrière le caractère apparemment ordonné de l'action en leur sein les mêmes problèmes de mobilisation sociale, de conflits de rationalités et d'intérêts, de concurrence et d'alliance, et les même processus de pouvoir, de négociation et de structuration progressive qui forment la trame habituelle de l'action collective.»³³⁷

Dans la vision rationnelle des auteurs de la réforme, le dit « système de santé » présente des défauts qui le disqualifient pour mériter la dénomination de « système ». Ceci étant établi, la réforme dispose d'une large batterie d'arguments apparemment fondés. Cette image du système de santé révèle finalement en creux les attendus normatifs de l'administration étatique ainsi résumés par Jean-Marie Clément:

« Bref, nous voici, selon la loi du 21 juillet 2009, avec une réorganisation des relais étatiques en région pour leur permettre de répondre à cette attente fondamentale des dirigeants étatiques : mettre en place un véritable

³³⁷ Friedberg, E. *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*, op.cit., p.14.

système où chacun aurait sa place bien définie ses missions bien précisées et ses financements biens adéquats. Un vrai système comme on le rencontre dans l'industrie et pour lequel militent les hauts fonctionnaires parisiens ». ³³⁸

Les défauts du « système » qu'il faudrait corriger

C'est donc le point de consensus majeur, constitue le motif majeur *in fine* justifie des réformes profondes, le système de santé, serait porteur de défauts tels pour les auteurs, que ceux-ci le disqualifient en tant que « système ». Le problème de la crise ainsi reformulé et interprété appelle des mesures de corrections en tant que solutions. Nous voudrions regarder ici plus en détail l'exposé de ce motif.

Nathalie Destais expliquant dans son introduction le plan de son ouvrage, livre un aperçu révélateur de la conception commune de ce que l'on nomme le système de santé : « Une première partie (de cet ouvrage) rappelle les conditions d'émergence de l'offre et de la consommation de soins telles que nous les connaissons aujourd'hui. » L'auteure souligne : « l'inachèvement de la construction d'un véritable système de santé et montre une image nuancée de l'état de santé de la population française ». ³³⁹

L'auteure écrit dans le chapitre trois de son manuel ainsi intitulé: « de l'offre de soins au système de santé une construction inachevée » :

« Si la France dispose d'une offre de soins d'une ampleur, d'une diversité et d'une qualité réputées ; il est cependant difficile de parler de « système de santé ». Cette offre est composée de segments juxtaposés peu coordonnés. L'essor d'une approche collective et préventive en termes de santé publique est récent et inachevé. L'idée que la santé est une affaire privée gérée par les individus à l'aide d'une offre de soins mise à leur disposition reste dominante ». ³⁴⁰

Le système de santé serait entravé dans sa cohérence, dans son tout, pour plusieurs raisons. Premièrement, celui-ci est contrarié par les dualités qui le constituent : « le système de santé souffre dans sa conception et de son évolution historique qui en font un système dual ». ³⁴¹ Le système français est présenté comme un hybride de deux modèles, l'un universel, lié à la citoyenneté et au lieu

³³⁸ Clément, J.-M., *La santé étatisée: triomphe ou échec ?* op.cit., p.91.

³³⁹ Destais, N. *Le système de santé: organisation et régulation*, op.cit., p.20.

³⁴⁰ Ibid., p.55.

³⁴¹ Tronquoy, P. (Ed.). *Les Cahiers français. La santé*, op.cit.

de résidence, issu de l'après 1945 ; l'autre corporatiste, lié à l'exercice d'une profession, issu du droit social établi en 1930, expliquant la multitude des régimes spéciaux (régime des fonctionnaires 1930, des agriculteurs 1961 et des TNSNA 1966) ³⁴² . Nous reviendrons sur ces catégories dans le cadre de l'approfondissement théorique et conceptuel que nous mènerons dans notre dernière partie. Nous nous en tiendrons ici à la description que font les auteurs de ce qu'ils dénomment le « système de santé ».

Il existe d'autres types de dualité du système, tels que décrits dans le rapport annuel IGAS 2003 dédié à la prévention, ici clairement interne aux relations entre acteurs. Les auteurs rappellent en effet la légitimité conférée par les ordonnances de 1945 créant la « sécu », aux partenaires sociaux « de gérer l'utilisation des fonds issus des cotisations sociales et de payer ensuite les dépenses ». ³⁴³ Ainsi, soulignent-ils aussi que « Le système de santé français est traversé par un conflit entre deux légitimités », celle de l'État pilote, de la politique de santé et celle « historique de l'assurance maladie ». ³⁴⁴

Au-delà de cette confrontation entre deux acteurs historiques du système, une pluralité d'acteurs est en jeu. Ainsi, dans ce conflit de légitimité au sujet du rôle de l'État, trois acteurs sont décrits par les auteurs de la promotion ENA Michel Montaigne, à travers l'image d'un « ménage à trois : médecins, sécurité sociale, administration ». ³⁴⁵

Enfin, d'autres dualités encore, configurent au sein du système différents sous-groupes entre publics et privés parmi les acteurs de soin, poursuivent les auteurs de l'ENA :

« L'originalité du système de santé français réside dans la coexistence d'un secteur public centré sur l'hôpital et d'un secteur privé regroupant une partie de l'hospitalisation et la médecine ambulatoire (...) un secteur

³⁴² En référence aux deux modèles classiques de système de protection sociale : corporatiste ou « bismarckien » financé par des cotisations sociales partagées entre employeurs et salariés – universel ou « beveridgien » financé essentiellement par l'impôt et placé sous l'autorité de l'État.

³⁴³ IGAS: *Rapport annuel 2003 : pour une prévention durable*, op.cit.

³⁴⁴ Rappelons ici que l'« ancêtre » du ministère de la santé fut la Direction de l'assistance et de l'hygiène, créée en 1889 au sein du ministère de l'intérieur ; en 1920 la santé publique est consacrée une affaire d'Etat : est créé pour la première fois le ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale qui sera dissout en 1924 pour réapparaître définitivement à partir de 1930 avec la création des assurances sociales.

³⁴⁵ École nationale d'administration (Ed.). Promotion Michel Montaigne : *Séminaires II: « Le système de santé en France »*, op.cit.

hospitalier public important et complexe et privé hétérogène étant concurrents entre eux et non complémentaires ». ³⁴⁶

Les critiques rappelés ici par Nathalie Destais et sur lesquelles tous les auteurs s'accordent, participent d'une acception classique telle qu'elle figure dans le dictionnaire Larousse :

« « gr. Sustêma, ensemble » (...) Combinaison de parties qui se coordonnent pour concourir à un résultat ou de manière à former un ensemble : système nerveux (...) Mode d'organisation : le système de Taylor, (...) Ensemble de divers organes analogues : système articulé. » ³⁴⁷

Ainsi, les opinions des auteurs concordent, un système doit être coordonné d'une part, d'autre part, celui-ci est au service d'un but commun. Cet attendu normatif permet de justifier le discours de la réforme, le système de santé, en tant que « bon système » devrait idéalement être un système organisé et coordonné, au service d'une finalité. Le moteur de la réforme réside dans cette logique : transformer le système de santé qui n'est pas un « bon » système, corriger ses défauts déplorés par tous, à l'aune d'un idéal rationnel et fonctionnaliste.

Ce point de vue, quoique nuancé, est résumé par les auteurs de l'ouvrage, *Guérir le système de santé de ses maux : 40 propositions pour une réforme*, dans leur introduction, ceux-ci énoncent :

« Un niveau de vie élevé, une assurance maladie obligatoire, une politique de santé publique dynamique et une bonne organisation des soins sont généralement les quatre facteurs qui valorisent l'organisation de la santé. Parler de « système » voudrait signifier que ces facteurs agissent entre eux de façon cohérente, à partir d'objectifs partagés de santé, ce qui signifieraient qu'acteurs et structures concernées se décroissent et coopèrent dans le but de tendre vers un système de santé efficient. Pour utopique que ce soit, de nombreux acteurs-, nous les avons rencontrés- y contribuent, même s'ils s'opposent parfois dans des conflits d'intérêts ou des débats d'idées sans lesquels le système ne pourrait, d'ailleurs, pas évoluer. » ³⁴⁸

Finalement, le système de santé dont parlent les auteurs institutionnels et acteurs politiques, et que nous avons précédemment identifié comme un objet

³⁴⁶ École nationale d'administration (Ed.). Promotion Michel Montaigne : *Séminaires II*: « Le système de santé en France », op.cit.

³⁴⁷ Dictionnaire Larousse

³⁴⁸ Fantino, B., Ropert, G., Coulomb, A., Evin, C., Pujol, H. *Guérir le système de santé de ses maux: avec 40 propositions pour une réforme*, op.cit., p.19.

« intangible », est une image chargée d'attendus normatifs et idéalisée en termes d'égalité d'accès aux soins.

La complexité du système, sur lequel s'accorde l'ensemble des auteurs, est la caractéristique sur laquelle butent les analyses conduites sur un mode rationnel, limitant sérieusement les velléités de mise en œuvre de solutions pourtant considérées comme pertinentes. Dans la description du « système de santé », le flou qui entoure ce terme, et donc l'objet qu'il désigne, est fréquemment recouvert par cette notion de complexité. Pour exemple, dans la deuxième partie de son ouvrage, Nathalie Destais présente les constats habituels visant les insuffisances du système le caractérisant comme : « un système complexe, aux ressorts incertains aux objectifs contradictoires ». ³⁴⁹ Il en est de même du diagnostic du système de santé et de son environnement faits par la SFSP qui déplore :

« Sa complexité, son opacité et son verrouillage permanent », lesquels conduisent nous dit-il à : « une dispersion et une compétition mutuelle des centres d'élaboration de la politique de santé et luttes incessantes de pouvoir, une vision à court terme, une absence de hiérarchie des problèmes sanitaires, une efficacité très médiocre ». ³⁵⁰

Ce même constat est rapporté dans l'ouvrage, *guérir le système de santé de ses maux : 40 propositions pour une réforme*, Directeur Général de la Caisse l'assurance maladie de Lyon, dont les auteurs, Bruno Fantino, médecin directeur d'un centre d'examen de santé, expert en santé publique et en économie, l'autre G. Ropert, expert en conduite de changement principalement dans le public. Dans l'introduction, les auteurs de ces 40 propositions insistent sur la complexité et l'opacité de ce système :

« La sensibilité du problème santé facilite son appropriation mais pas nécessairement sa compréhension, tant le système est complexe, opaque et fermé dans de nombreux corporatismes. De surcroît, les experts capables appréhender l'ensemble des paramètres administratifs, médicaux économiques, juridiques et socio-politiques, sont peu nombreux. Parmi ceux-ci, ceux qui peuvent le faire avec la distanciation qui favorise l'objectivité le sont encore moins (...) D'où un débat public souvent confisqué et des expressions partisans ». ³⁵¹

³⁴⁹ Destais, N. *Le système de santé: organisation et régulation*, op.cit.

³⁵⁰ SFSP : *Questionnement et propositions sur la politique de santé en France*, op.cit.

³⁵¹ Fantino, B., Ropert, G., Coulomb, A., Evin, C., Pujol, H. *Guérir le système de santé de ses maux: avec 40 propositions pour une réforme*, op.cit., p.21-22.

Si le discours consensuel institutionnel au sujet de la complexité du système présente implicitement celle-ci comme étant le fait du système lui-même, Jean-Marie Clément, auteur critique quant à l'étatisation de la santé, développe une thèse totalement différente :

« Le corollaire de cette évolution caractérisée par une étatisation croissante aboutit à la complexité soulignée en début de ce chapitre qui semble une caractéristique du système français mais contrairement à l'idée reçue que celle-ci ne serait pas congénitale au système ». ³⁵²

L'étatisation peut aussi être considérée comme génératrice d'une complexité elle-même redoutable, c'est la thèse de Jean-Marie Clément. La solution serait d'inverser radicalement la tendance, restituant ainsi aux protagonistes du système : citoyen-malade, médecins et offreurs de soin, financeurs solidaires, le pouvoir en santé. Autour de l'interprétation du problème et de la solution, se joue ainsi une dispute sur les motifs de la réforme.

Or, le fait que les auteurs institutionnels considèrent la complexité du système comme une anomalie à corriger, alors même que la complexité est une propriété caractéristique de tout système, en référence à la théorie des organisations comme du point de vue d'Edgar Morin, paraît contradictoire. Cette apparente contradiction ne s'explique que si l'on admet dès lors que ces auteurs en constituent une sous-partie. En effet, Edgar Morin pense la notion de complexité en référence à la notion de système, rappelant tout d'abord l'origine de la théorie des systèmes, partant de la réflexion de Von Bertalanffy au sujet de la biologie, il expose ainsi les trois principes clefs qui en fondent la « vertu » :

« ... a/d'avoir mis au centre de la théorie, (...) non une unité élémentaire discrète, mais une unité complexe, un « tout » qui ne se réduit pas à la « somme » de ses parties constitutives b/ d'avoir conçu la notion de système, ni comme une notion « réelle », ni comme une notion purement formelle, mais comme une notion ambiguë ou fantôme c/ de se situer à un niveau transdisciplinaire, qui permet à la fois de concevoir l'unité de la science et la différenciation des sciences, non seulement selon la nature matérielle de leur objet, mais aussi, selon les types et les complexités des phénomènes d'association/organisation. » ³⁵³

Pour Edgar Morin, la complexité est au cœur des systèmes vivants se présentant comme « système ouvert », modèle semblant pertinent pour analyser le système

³⁵² Clément, J.-M., *La santé étatisée: triomphe ou échec ?* op. cit., p.32.

³⁵³ Morin, E. « la théorie systémique », in : *Introduction à la pensée complexe*, op.cit., p.28.

de santé tel que décrit par les auteurs. Le philosophe de la complexité conçoit ce dernier ainsi :

« Le système ouvert est à l'origine une notion thermodynamique (...) Dans un premier sens, le déséquilibre nourricier permet au système de se maintenir en apparent équilibre, c'est-à-dire en état de stabilité et de continuité, et cet apparent équilibre ne peut que se dégrader s'il est livré à lui-même, c'est-à-dire s'il y a clôture du système. Cet état assuré, constant et pourtant fragile-steady state, terme que nous conserverons, vu la difficulté de trouver son équivalent français - a quelque chose de paradoxal (...) Dans un sens, le système doit se fermer au monde extérieur afin de maintenir ses structures et son milieu intérieur qui, sinon, se désintégreraient. (...) Deux conséquences capitales découlent donc de l'idée de système ouvert : la première est que les lois d'organisation du vivant ne sont pas d'équilibre, mais de déséquilibre, rattrapé ou compensé, de dynamisme stabilisé (...) La seconde conséquence (...) est que l'intelligibilité du système doit être trouvée, non seulement dans le système lui-même, mais aussi dans sa relation avec l'environnement, et que cette relation n'est pas qu'une simple dépendance, elle est constitutive du système. »³⁵⁴

Sur la base de cette référence, le système de santé en tant que milieu vivant, nécessairement ouvert, serait dépendant de son environnement et à la fois autonome sans que ces deux termes ne se contredisent et ce, en perpétuel déséquilibre dynamique, lequel lui assure sa stabilité. En considérant sa relation « nourricière » avec son environnement comme constitutive, à nouveau, les velléités de correction comme imposée par un acteur extérieur dans une sorte de neutralité due à une instance supérieure, semble absurde.

Nous voudrions confronter cette conception du système, d'après les principes posés par Edgar Morin, caractéristiques du vivant, au cadre conceptuel proposé par le structuralisme tel que le présente Jean Piaget. Sa pensée, à travers sa définition de la structure, diverge sur la question de l'ouverture d'avec la vision du système qu'apporte Edgar Morin :

« En première approximation, une structure est un système de transformations, qui comporte des lois en tant que système (par opposition aux propriétés des éléments) et qui se conserve ou s'enrichit par le jeu même de ses transformations, sans que celles-ci aboutissent en dehors de ses frontières ou fasse appel à des éléments extérieurs. En un mot, une structure comprend ainsi les trois caractéristiques de totalité, de

³⁵⁴ Ibid., p.29.

transformations et d'autorégulation ». ³⁵⁵ (...) « Le troisième caractère fondamental des structures est de se régler elles-mêmes, cet autorégulation entraînant leur conservation et une certaine fermeture ».

La suite de l'exposé de Jean Piaget visant les transformations des systèmes précise encore un peu plus cette notion dans la perspective de notre objet d'étude :

« Si le propre des totalités structurées tient à leurs lois de compositions, elles sont structurantes par nature et c'est cette constante dualité ou plus précisément bipolarité de propriétés d'être toujours et structurantes et structurées qui explique en premier lieu le succès de cette notion qui (...) assure son intelligibilité par son exercice même. Or, une activité structurante ne peut consister qu'en un système de transformations ».³⁵⁶

Deux approches sont donc possibles, l'une considère le système de santé comme une structure fermée obéissant à sa propre loi, l'autre comme un organisme vivant, ouvert se nourrissant dans sa relation à l'extérieur tout en étant autonome dans son fonctionnement intérieur. Cette lecture théorique nous permet de comprendre plusieurs visions, s'affrontant autour de ces deux modèles. Dans un cas comme dans l'autre cependant, l'idée d'une régulation imposée de l'extérieur paraît tout aussi absurde.

Réformer le système de santé serait aussi une gageure du point de vue, pour Papadopoulos, de la complexité sociale à laquelle s'affrontent les politiques publiques :

« La complexité est invoquée dans les sciences exactes en tant que principe fondamental de fonctionnement de systèmes et la notion est appliquée par analogie aux systèmes sociaux. (...) Dans cet ouvrage, la complexité sociale sera perçue avant tout comme une redoutable limite qui pèse sur l'action étatique, et qu'il convient donc de prendre très au sérieux ».³⁵⁷

Un système à libérer d'une contrainte interne et externe pénalisante

Ces contraintes sont ainsi présentées et listées dans l'ouvrage de la promotion ENA consacrée au système de santé :

« Ce système évolue à l'intérieur d'un ensemble de principes politiques et sociaux et de contraintes macro-économiques (...). Cet ensemble constitue une force d'inertie qui joue contre le changement radical du système qui

³⁵⁵ Piaget, J. *Le structuralisme*, Paris, Presses universitaires de France, impr. 2007, cop.1968, p.8.

³⁵⁶ Ibid.

³⁵⁷ Papadopoulos, Y. *Complexité sociale et politiques publiques*, op.cit., p.17.

irait dans le sens de la disparition d'une des deux composantes, publique ou privée ». ³⁵⁸

Pour les auteurs de cette promotion ENA, le système de santé est soumis à des tensions sociologiques structurelles qui proviennent de l'attachement des Français à leurs principes et de la défense par le corps médical de son art : « tour à tour perçus comme des « bienfaiteurs de l'humanité » ou caste défendant ses privilèges (...) mélange de fascination et de rejet ».

Les contraintes politiques que ces auteurs identifient sont le droit à la santé, norme de valeur constitutionnelle qui figure dans le préambule de la constitution de 1946, repris dans la constitution de 1958, auquel s'adosse le principe d'assurance obligatoire où les cotisations obligatoires permettent de redistribuer les revenus. ³⁵⁹

Les contraintes sociales seraient, elles, pour eux, le fait d'intérêts de groupes professionnels convergeant avec certaines attentes de l'opinion : une grande partie des consommateurs approuverait selon eux les principes libéraux défendus par les médecins pour le pluralisme qui en découle : liberté d'installation, de prescription et paiement à l'acte et le refus total d'intégration de l'activité médicale privée dans un « service national de santé ». ³⁶⁰

De plus, ces énarques soulignent le rôle de l'évolution de la demande, les consommateurs sont mieux informés et plus exigeants; la santé étant devenue en 1980 le troisième poste de dépense des français après l'alimentation et le logement. Sur ce point, la SFSP considère que le malade estime aujourd'hui de plus en plus avoir droit à la guérison tandis que dans le même temps le droit tend à conforter ceux-ci dans cette exigence ainsi que dans la recherche du risque zéro. ³⁶¹ Enfin, les médias ne contribuent pas à une hiérarchisation rationnelle des problèmes. Cette attitude que J.P. Girard assimile à « un dérapage du principe de

³⁵⁸ École nationale d'administration (Ed.). *Séminaires*, op.cit.

³⁵⁹ Ibid.

³⁶⁰ Au sujet de cette affirmation, rappelons d'une part que les protagonistes de la création de la sécurité sociale et de l'assurance maladie en 1945, les syndicats voyaient dans les principes libéraux de la médecine une liberté égale pour chacun d'accès à une médecine réservée auparavant à la classe sociale aisée et d'autre part que *a contrario* que ces derniers avaient une grande méfiance dans la médecine d'Etat craignant rationnement et moindre qualité, ce en référence par exemple aux anciens officiers de santé, nous reviendrons sur ce point dans le cadre de l'approfondissement mené dans notre deuxième partie.

³⁶¹ SFSP : *Questionnement et propositions sur la politique de santé en France*, sous la direction du Professeur GREMY F., op.cit.

précaution » « une attitude maximisant le danger », est jugée comme totalement incompatible avec la maîtrise des dépenses³⁶².

Ce jugement négatif envers les citoyens malades n'est cependant pas de l'avis des intéressés, lesquels font entendre un autre discours. Ainsi, la Conférence nationale de santé, dans son avis du 22 mars 2007 « les voies d'amélioration du système français » souligne que :

« La santé est une préoccupation majeure pour nos concitoyens. Les enquêtes d'opinion la situent comme leur deuxième inquiétude après l'emploi. Malheureusement, il faut constater que cette préoccupation n'est pas traitée à cette hauteur dans le débat public ni dans le débat politique ».³⁶³

Pour la promotion ENA ayant étudié le système de santé, l'opinion publique est mal représentée, mais très sollicitée, et marquée par une : « aspiration au bien être voire « au corps parfait », aspiration à la justice sociale (...) le refus de la souffrance et de la mort ».³⁶⁴ Il ne fait pas de doute pour ces auteurs que l'essor technologique et le vieillissement de la population concourent à augmenter les dépenses tandis que, pour les professionnels :

« Les stratégies des groupes professionnels : la capacité d'influence de ces groupes est fonction de leur légitimité les médecins en ont une très forte (...), ils sont largement représentés au parlement ; le SNIP (syndicat national de l'industrie pharmaceutique dispose d'un attaché parlementaire qui développe des contacts personnalisés avec les députés et sénateurs (...) plus le relais dans la presse ».³⁶⁵

Pour la SFSP, le poids de cette « responsabilité collective et politique majeure qu'est la santé de la population » représentant 10% de la richesse nationale doit s'exercer sans tomber dans la gestion médiatisée des grandes peurs et nécessite une formation et une information des élus à la santé ainsi qu'une approche systématique des implications santé de toute décision politique.³⁶⁶

Mais du point de vue de la SFSP, ni les élites ni les politiques ne connaissent la santé pas plus qu'ils ne s'y intéressent, constat à l'origine « d'un triple contre sens ». Le premier est économique, la santé ne devrait pas, pour la SFSP, être

³⁶² Girard J.F. : *Quand la santé devient publique*, Paris, Hachette littératures, 1998.

³⁶³ CNS, Avis du 22 mars 2007 « les voies d'amélioration du système français », p.1.

³⁶⁴ École nationale d'administration (Ed.). Promotion Michel Montaigne : *Séminaires II* : « Le système de santé en France », op.cit.

³⁶⁵ Ibid.

³⁶⁶ Ibid.

considérée comme une dépense exponentielle non maîtrisée et grevant l'économie mais comme une ressource pour la nation. Le deuxième est organisationnel, ce serait celui de la faiblesse comparée du ministère de la santé au regard de la part qu'occupent les dépenses de santé, « noyée dans la nébuleuse des affaires sociales et soumis encore plus que d'autre à la toute puissance des Finances ». Le troisième est la réponse aux crises par la création de nouvelles structures en compétition avec les anciennes « sans qu'émerge une vision stratégique, ni temporelle ni organisationnelle ».

Cependant, l'État et son « administration jacobine » en crise, est dénoncé par le HCSP³⁶⁷ comme par l'IGAS à travers son rapport 2003, comme autre élément du contexte négatif du système de santé, ainsi que son corollaire : « l'excès d'autoritarisme mène tout droit à la perte d'autorité ». ³⁶⁸

Les caractéristiques présentées à travers cette revue sont donc considérées par les auteurs comme une véritable contrainte pour le système de santé. Or, une autre interprétation est possible, ceux-ci peuvent, *a contrario*, être compris comme des mécanismes « normaux » de la vie d'un système tel que les conçoit Friedberg :

« L'univers complexe des rapports humains et de l'interaction sociale est toujours potentiellement instable et conflictuel. La dimension organisationnelle de cet univers n'est rien d'autre que l'ensemble des mécanismes empiriques par lesquels il est stabilisé et qui permettent de construire la coopération et la coordination indispensables entre les initiatives, les actions et les conduites des différents participants (...) Mais la construction de cette coopération constitue bien le problème central et fondamental que doit résoudre toute organisation comme toute entreprise collective (...) (ce problème) renaît sans cesse des processus d'interaction concret à travers lesquels les intéressés cherchent à retrouver un minimum d'initiative et de capacité d'action autonome. » ³⁶⁹

Si la thèse des contraintes extérieures permet une explication de la crise du système, le menaçant dans sa survie même, la lecture organisationnelle, telle que la conçoit Friedberg, apporte un tout autre sens à la notion de péril invoqué par les auteurs. L'idée d'un acteur extérieur investi d'une mission libérant le système de ses contraintes est pourtant, au fond, l'argumentaire de la réforme. L'angle

³⁶⁷ HCSP : « Avis sur les orientations stratégiques du rapport sur la santé des Français, le paradoxe français », in *la santé en France en 2002*, op.cit. .

³⁶⁸ IGAS, *Rapport annuel 2003: pour une prévention durable*, op.cit.

³⁶⁹ Friedberg, E. *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*, op.cit., p.10.

d'analyse auquel nous invite Friedberg se différencie donc de celui qu'ont adopté les auteurs « experts » du système de santé :

« Si l'on veut comprendre le fonctionnement d'une organisation à partir non pas d'un modèle fonctionnaliste « a priori », mais des comportements effectivement observés de ses membres, on est conduit à mettre les accents différemment. Au lieu de partir d'un ensemble de rôles définis « a priori » comme nécessaires au bon fonctionnement de l'ensemble et intériorisés par les acteurs, on cherchera à reconstruire les rapports de pouvoir et de négociation entre les individus et les groupes à travers lesquels ces rôles sont ou non traduits dans des comportements effectifs, et l'articulation de ces rapports les uns aux autres dans des jeux réglés ».³⁷⁰

³⁷⁰ Ibid., p.226.

3/ Luites de pouvoir autour d'un objet indéterminé au sein d'une nébuleuse d'acteurs, le « champ » de la santé

Un objet convoité, la santé, une marchandise ?

Si les économistes qui soutiennent la voie de la réforme pour une « défiscalisation » du système ne s'embarrassent ni de précisions ni de définitions sur ce qu'ils entendent par « système de santé », leur analyse est sous-tendue par une conception du système de santé comme lieu d'échange entre demandeur et offreur de soins. Cette posture avec ses implicites est celle du petit cahier publié par le Cercle des économistes sous le titre : *Economie de la santé : une réforme ? non, une révolution* »³⁷¹.

Premier raisonnement sous-jacent de cet ouvrage, la santé est un objet économique qui s'appréhende à travers les dépenses dites de santé (en réalité, de soins puisque dans la suite de l'ouvrage ces dépenses sont des dépenses de services et de biens médicaux de soin). La santé s'analyse donc comme un secteur de l'économie voué à une croissance qu'ils jugent à la fois inéluctable et souhaitable, les auteurs expliquent ceci dans l'avant-propos de leur ouvrage :

« Parce que la santé est un bien inestimable, singulier dans le champ de la valeur économique, il est en grande partie exclu du marché et on aboutit à ce paradoxe de se réjouir des progrès de la consommation (...) et de s'inquiéter de la croissance des dépenses de santé. Il importe donc de changer résolument de point de vue (...) Notre approche est donc celle d'économistes replaçant le secteur de la santé dans l'ensemble de l'économie et dans le contexte de mondialisation (...) les problèmes d'organisation et de gestion, qui font l'objet d'ouvrages spécialisés, de débats passionnés et d'arbitrages politiques délicats doivent être replacés dans leur contexte macro-économique. C'est l'enjeu de la réflexion développée dans ce Cahier du Cercle des économistes ».³⁷²

³⁷¹ Cercle des économistes. *Economie de la santé: une réforme ? non, une révolution !*. (M. Guillaume, Ed.), Paris, Descartes et Cie, 2007, p. 5.

³⁷² Ibid.

Ce raisonnement pose l'économie en tant que sphère supérieure et englobante, parti pris que l'on peut ainsi qualifier d'économisme³⁷³. L'optique économiste éclipse la sphère du politique ignorant la thèse inverse consistant à appréhender la politique comme une sphère englobante et non comme une sphère particulière. Sur ce point, Didier Fassin dans son ouvrage, *L'espace politique de la santé, Essai de généalogie*, mène la discussion suivante :

« Discutant les théories de Michael Walzer (1983) et de Luc Boltanski et Laurent Thévenot (1991), sur les principes qui fondent l'ordre des sociétés, Paul Ricœur (1992, 7-8) récuse l'idée que le pouvoir politique soit « une sphère de justice parmi les autres », pour parler comme le premier, et que la cité civique soit « une cité parmi d'autres », dans les termes des seconds. Pour lui au contraire, le politique est un référent supérieur qui englobe les autres en même temps qu'il les détermine. C'est, dit-il, « un des paradoxes du politique, à savoir qu'il paraît aujourd'hui constituer à la fois une sphère de la justice, en tant que le pouvoir politique est lui aussi un bien à distribuer, et l'enveloppe de toutes les sphères, en tant qu'il est le gardien de l'espace public à l'intérieur duquel s'affrontent les biens sociaux constitutifs des sphères de justice ». ³⁷⁴

Didier Fassin souligne le fait que l'étude des rapports entre le politique et la santé reste cependant en grande partie à faire. Posant comme définition du politique, après une discussion envisageant successivement les points de vue des auteurs principaux étudiés : « on dira donc que le politique est constitué des relations de pouvoir mobilisées dans l'espace public pour le contrôle des décisions et des actions qui ont pour objet des biens considérés comme collectifs »³⁷⁵.

Une vision radicalement différente partant de la même « prédiction » de croissance des dépenses, celle-ci, du point de vue du droit public, est développée par Didier Tabuteau dans son essai, *Dis, c'était quoi la sécu ? Lettre à la génération 2025*. Voici le scénario futuriste moins enthousiaste et clairement négatif de l'évolution à laquelle conduirait la voie économiste ainsi mise en scène en 2025 :

« La nouvelle législation, la Code des assurances privées et publiques de santé a remplacé l' « antique » code de la sécurité sociale, repose désormais sur deux principes : l'assurance maladie n'a vocation à financer que les pathologies les plus graves et l'hospitalisation dans le cadre de la T84 ; la

³⁷³ au sujet de l'économisme, voir Picavet E., « Faut-il lutter contre l'économisme ? », *Cités* 2001/2 (n°6), p. 159-171.

³⁷⁴ Fassin, D. *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*, op.cit., pp.15-16.

³⁷⁵ Ibid., p.24.

médecine de ville, hors maladies graves, relève d'un financement exclusivement privé. »³⁷⁶

L'auteur conclut :

« Pour la population, la situation est contrastée (...) Mais les inégalités de santé se sont accrues entre les différentes catégories de la population et l'efficacité globale du système de santé publique s'effondre ». ³⁷⁷

Cette vision divergente suggère le caractère potentiellement conflictuel de la démonstration du Cercle des économistes. Tout d'abord, leur raisonnement doit affronter ce qu'ils nomment « le paradoxe de la santé » ainsi énoncé : « tel est le paradoxe de la santé : le bien le plus précieux apparaît moins légitime que les consommations les plus futiles. Le plus essentiel est placé sous contrôle et fait l'objet d'une résistance au développement ». ³⁷⁸ La difficulté, pour l'économiste, est que :

« Nous en sommes arrivés là parce que, justement, la santé n'a pas de prix. Ce qui n'a pas de prix ne peut pas rentrer aisément dans le champ de l'économie qui se fonde sur la mesure. De la santé, on ne peut mesurer correctement que son coût, en particulier le coût de l'offre de soins. Mais la demande ne se construit pas en fonction de son prix puisque la santé, lorsqu'elle est menacée au niveau individuel, devient un bien singulier, incommensurable : en l'absence de prix, la demande de soins entre en collision avec l'ordre de la mesure économique ». ³⁷⁹

La démonstration étant ainsi faite, la santé revêt des caractéristiques qui en font un objet inabordable du simple point de vue économique. La suite du raisonnement consiste à contourner ce constat pour, et parce que c'est une nécessité impérieuse supérieure du point de vue économique, indiquée d'emblée, faire entrer la santé dans le champ économique. Le principe invoqué est que : « Toute personne malade souhaite bénéficier des meilleurs soins disponibles pour recouvrer sa santé menacée, même si ces soins dépassent très largement ses capacités financières. » ³⁸⁰ Dès lors le procédé est apparemment simple pour contourner la difficulté, il est celui de la technique assurancielles. Cependant, les économistes du Cercle des économistes considèrent que cette apparente

³⁷⁶ Tabuteau D. *Dis, c'était quoi la sécu ? Lettre à la génération 2025*, op.cit., p.7.

³⁷⁷ Ibid., p.12.

³⁷⁸ Cercle des économistes. *Économie de la santé: une réforme ? non, une révolution !*, op.cit., p.7.

³⁷⁹ Ibid., p.8.

³⁸⁰ Ibid., p.8.

simplicité se heurte à un obstacle social et politique, le caractère singulier de la santé, ayant conduit à une mise sous tutelle publique d'un secteur :

« En reconnaissant le caractère singulier de la santé et le droit de chacun d'accéder aux meilleurs soins, on a donc placé la santé sous une tutelle administrative qui s'est fortement développée après la deuxième guerre mondiale (...) Mais lorsque les dépenses augmentent sensiblement, conduisant à une croissance indéfinie des charges sociales, alors que par ailleurs les capacités de financement public ne suivent pas, tout change (...) il ne faut pas s'étonner que la tutelle publique s'efforce principalement de ralentir la croissance d'un secteur qu'elle ne parvient pas à contrôler réellement». ³⁸¹

Les auteurs basent donc leur raisonnement sur le postulat que l'augmentation des dépenses est inéluctable, se gardant d'en discuter les mécanismes économiques, et ce afin de justifier que la santé, « confisquée » par l'administration étatique selon eux, devrait être rendue au « marché ». Se faisant, ils se positionnent au cœur d'une concurrence pour la mainmise sur ce bien collectif. L'impératif de croissance ne peut pour eux se satisfaire de l'obstacle que constitue l'intervention « régulatrice » de l'État et réclame une réforme :

« C'est parce que la croissance à long terme de la dépense de santé est inéluctable qu'il faut inventer de nouvelles modalités de financement. » ³⁸² (...) « Il faut réagir rapidement face au décrochage de la recherche médicale française, qui peut avoir des conséquences beaucoup plus graves que les délocalisations. Prendre conscience que les besoins de santé représentent des marches immenses, des opportunités de croissance, d'exportations et d'emplois ». ³⁸³

Or, l'argumentation soutenant le caractère inéluctable et infini de l'augmentation des dépenses de santé est faible, ainsi en est-il du vieillissement de la population, explication sociale la plus souvent invoquée. Les auteurs du Cercle des économistes admettent d'ailleurs eux-mêmes que : « des analyses statistiques récentes montrent pourtant que les personnes âgées en bonne santé consomment moins de soins que les personnes actives dans la même situation. De plus, la charge des congés maladie disparaît pour les inactifs ». ³⁸⁴ Ainsi, concernant le problème du vieillissement, soulignent-ils qu' : « il est clair d'abord qu'il est nécessaire de renforcer les mesures de prévention et de santé publique tout au

³⁸¹ Ibid., p.9.

³⁸² Ibid., p.12.

³⁸³ Ibid., p.13.

³⁸⁴ Ibid., p.16.

long de la vie pour réduire la morbidité des nouvelles générations ». Finalement, le vieillissement s'avère avant tout un problème de prise en charge par la société des questions de dépendance inhérentes au grand âge mais aussi, tout comme la santé, un marché en expansion : « Enfin, les conséquences du vieillissement, ce sont de nouveaux besoins à satisfaire, des marchés à conquérir, en Europe et dans le reste du monde, et aussi un impératif de recherche. »³⁸⁵

A contrario, les auteurs du Cercle économique affirment que : « Les progrès des techniques médicales ont été considérables au cours des 50 dernières années et ne vont pas s'arrêter ». L'affirmation n'est ni argumentée, ni documentée, apparaissant comme un *a priori* tacitement accepté. Pourtant l'argument mérite d'être pondéré, eux-mêmes constatant les limites actuelles de la science : « certains spécialistes considèrent même qu'on est déjà rentré dans une période où le rendement de la recherche est devenu « décroissant », c'est-à-dire qu'il faut faire un effort de recherche de plus en plus important pour le même résultat ».³⁸⁶

En définitive l'argumentation principale de ces économistes relève uniquement d'un impératif d'économie libérale, ainsi expliquent-ils :

« Dans une vision économique libérale, les choix du consommateur, même non éclairé (...) ne sont pas discutés et sont considérés comme l'expression des préférences sociales (...) Et pourtant cette souveraineté du consommateur est remise en cause quand celui-ci se soucie de sa santé, au prétexte qu'il n'existerait pas un véritable marché de soins. Parce que la santé est un bien inestimable. »³⁸⁷

Révoltés par le principe même que toute chose est un bien qui ne doit pas échapper au marché et qui doit servir les impératifs de croissance, les auteurs du Cercle économiste poursuivent ainsi leur raisonnement :

« Ce sont les nouveaux produits et services de santé qui « tirent » la croissance des pays avancés, et les nouveaux produits et services de santé sont aussi, voire, plus légitimes que les autres biens. On ne voit pas pourquoi on se priverait ce moteur du dynamisme de la demande de santé » ... « le XXI^e siècle sera celui des biotechnologies et de l'industrie de la santé », les auteurs en arrivent à affirmer de la sorte que : « la santé est une industrie » ; celle des médicaments, des biotechnologies, et du matériel médical ».³⁸⁸

³⁸⁵ Ibid., p.17.

³⁸⁶ Ibid., p.17-18.

³⁸⁷ Ibid., p.21.

³⁸⁸ Ibid., p.26.

Aussi argumentent-ils en conséquence, sous couvert « d'une autre gouvernance », en faveur d'un financement privé de la dépense en santé, seul compatible avec l'évolution à la hausse, prévisible et souhaitable de leur point de vue, de ces dernières.

Ainsi, ce petit cahier explicite le motif économique de la santé inscrit dans la trame cognitive tant des discours politiques que des discours de certains acteurs. Celle-ci constitue le cœur du référentiel économique de la santé/non-maladie, certes dominant mais loin de faire l'unanimité des auteurs ayant étudié le système de santé et ses réformes. Ainsi, Frédéric Pierru, lequel adopte une approche critique, sociologique et politique, du motif de la réforme :

« Au lieu de partir de grandes tendances générales, comme la globalisation, le vieillissement démographique ou encore la tertiarisation des économies, envisagées comme des forces anonymes implacables qui feraient pression sur les « systèmes de santé », cet ouvrage veut remettre au cœur de l'intrigue les agents et groupes qui mettent en forme « la crise » l'expliquent et militent pour l'adoption de mesures conformes à leurs intérêts et leur vision du monde (de la médecine) ». ³⁸⁹

La santé reconnue telle la personne

Cette joute autour de cet objet incertain, la santé, nous donne à voir le système de santé selon les concepts développés par Papadopoulos s'appuyant sur la définition établie par Luhmann qu'il cite :

« La complexité de nos sociétés est le résultat de leur différenciation fonctionnelle. Celle-ci tient à une exigence de spécialisation qui a conduit à la création de systèmes (Luhmann parle de sous-systèmes par rapport au système social) autonomes, c'est-à-dire ayant des tâches propres et les accomplissant selon des logiques, des « codages » pour reprendre la terminologie de l'auteur, propres. (Leur) fonctionnalité réside justement dans la simplification de la complexité du monde qu'elles opèrent. Si l'on veut, contrairement au systémisme « standard » d'Easton enseigné en science politique, Luhmann insiste autant sur la fermeture des systèmes, qui est constitutive de leur identité, que sur leur ouverture (manifestée par des inputs et des outputs). » (la) division du travail entre les différents sous-systèmes, (...) n'est jamais acquise (...) les systèmes sont en compétition pour l'établissement d'une hiérarchie entre eux (...) » ³⁹⁰

³⁸⁹ Pierru, F. *Hippocrate malade de ses réformes*, op.cit., p.39.

³⁹⁰ Papadopoulos, Y. *Complexité sociale et politiques publiques*, op.cit., pp. 50-51.

Finalement, la théorie développée par Papadopoulos concernant les politiques publiques rejoint la conception développée par Morin au sujet de la complexité. Si leur référentiel n'est pas identique, insistant tous deux sur la notion de systèmes caractérisés par leur ouverture tout autant que par leur fermeture. Cependant, la notion de santé/maladie que nous avons mis en évidence dans les discours prend sens, si l'on considère la notion de codage systémique reprenant la catégorisation introduite par Luhmann et reprise par Papadopoulos :

« Une société complexe se caractérise par le fait que chacun des systèmes qui la composent fonctionne selon son codage propre, qui d'après Luhmann peut se résumer en une formule binaire, avec un pôle positif et un pôle négatif : (...) le système médical avec le critère « sain/malade » (...) « Or le propre des sociétés complexes est la « multiplication » de ces dispositifs de cloisonnements entre systèmes ». ³⁹¹

Nous pouvons identifier dans les discours, tant celui du Cercle des économistes que celui de Didier Tabuteau, lesquels mettent en scène les mêmes postulats bien que leurs scénarios respectifs soient contrastés, l'illustration de la « colonisation » de ces discours par le référentiel « économiste ». Reprenons ici la notion de codage telle que l'a conceptualisée par Papadopoulos à propos des systèmes :

« Les systèmes ne voient pas leurs codages simplement comme des instruments utiles à leurs propres opérations, mais chacun entend universaliser le sien. Les codages visant l'efficacité symbolique, ils relèvent aussi du calcul, et l'on a avantage à les concevoir également comme des stratégies rhétoriques visant à assurer l'hégémonie (...) Ainsi, le codage économique du marché tente de s'imposer à la fois dans la vie publique (recours aux sondages), dans les politiques publiques et le fonctionnement des organisations (rhétoriques de l'analyse coût-bénéfice, de l'efficacité et de la rationalisation) ». ³⁹²

La vision classique libérale que les auteurs présentent, rend explicite le contenu économiste sous-jacent au discours sur le système de santé et ouvre la question : peut-on considérer la santé comme une marchandise ? Cette question, habituellement traitée sur le mode partisan par les détracteurs de l'approche économiste n'est pas envisagée par le Cercle des économistes lesquels ne considèrent que des biens et services de soins médicaux. Cet « oubli » participe du paradigme de la santé/non-maladie confondant les deux notions.

³⁹¹ Ibid., p.18.

³⁹² Ibid., p.51.

Pour approfondir la question que nous venons de poser nous pouvons nous appuyer sur le concept de « réification », théorisé par Georges Lukacs et reconceptualisé par Honneth. Le père de la théorie de la reconnaissance s'intéresse à cette notion bien que, celle-ci précise-t-il d'emblée, pourtant centrale avant la seconde guerre mondiale, semble aujourd'hui dépassée. Il explique ceci ainsi dans l'introduction de son ouvrage :

« Parler de « réification » apparaissait comme le symptôme d'une volonté entêtée de revenir à une époque de la culture qui avait perdu sa légitimité du fait de l'après-guerre, de ses réformes culturelles et de ses renouvellements théoriques. Or, récemment, se sont multipliés les signes suggérant que la situation pourrait changer de nouveau. Comme si son dépassement historique n'avait pas été philosophiquement assumé ... ». ³⁹³

Le renouveau conceptuel de la « réification » proposé par l'auteur a pour une idée centrale, la notion d'oubli. Pour Honneth, nos opérations de connaissance sont ancrées dans une posture originelle de reconnaissance. Lorsque la trace de cette dernière disparaît « nous tendons à ne percevoir les autres hommes que comme des objets dépourvus de sensibilité. » Ayant ainsi introduit la notion d'oubli, Honneth précise celle-ci, expliquant ainsi les processus de réification :

« Il doit s'agir plutôt d'une espèce de restriction de l'attention par laquelle le fait de la reconnaissance se déplace à l'arrière-plan de la conscience et ne s'offre plus à la vue immédiate. » (...) « Or, il existe au moins deux cas spécifiques de cette forme de restriction de l'attention : ils permettent de distinguer deux types particuliers du processus de réification ». ³⁹⁴

L'auteur formule ainsi le premier cas :

« L'autonomisation d'un but particulier par rapport au contexte qui le fait advenir constitue, à mon sens, l'un des deux modèles grâce auxquels nous pouvons expliquer la réification ».

Dans l'autre cas nous dit-il, survient :

« Quand nous nous laissons influencer par des schémas de pensée et des préjugés irréconciliables d'un point de vue cognitif avec l'antériorité de la reconnaissance. Dans ce dernier cas, il conviendrait de parler de « dénégation », voire d'une « défense », plutôt que d'un « oubli ». ³⁹⁵

Le discours économiste que nous avons analysé précédemment présente ces deux traits caractéristiques. En même temps, que ces économistes n'envisagent pas et

³⁹³ Honneth, A. *La réification: petit traité de théorie critique*, Paris, Gallimard, impr. 2007, p.14-15.

³⁹⁴ Ibid., p.81.

³⁹⁵ Ibid., p.83.

ne « reconnaissent » en rien l'origine de l'avènement d'un système qu'ils veulent « révolutionner », leur thèse libérale se heurte à la volonté exprimée dans le discours du Conseil National de la résistance de dé-assujettissement à la condition de salariés voués à la misère et vulnérabilisés face aux fléaux de l'existence. La reconceptualisation de la réification proposée par Honneth incite à réintégrer dans l'échange qui semble caractériser le système de santé, au-delà du soin marchandise, la personne malade, sujet de droit. La théorie formalisée par Honneth fournit un système de compréhension utile pour analyser le système de santé au-delà de la vision économiste.

Le champ de la santé

Nous avons largement mobilisé la théorie des systèmes telle que la conçoit Friedberg, laquelle est appropriée pour aborder analyser le discours sur le dit système de santé. Nous avons ainsi mis en évidence les contradictions des auteurs institutionnels, postés à l'extérieur de ce dit « système » tout en étant partie prenante d'une lutte de pouvoir autour d'un objet indéterminé, la santé. Nous avons conclu à l'existence d'un ensemble, lieu de lutte de pouvoir autour de la santé entre protagonistes du système de santé, internes ou prétendument externes.

Ainsi le système de santé, apparaît comme une construction imaginaire, décor dans le cadre duquel se joue cette dispute autour d'un bien supérieur, mêlant acteurs et organisation, problèmes, enjeux et interprétation de la « crise ». Le statut conflictuel de marchandise de ce bien est au cœur de ce jeu entre acteurs finalement tous, parties prenantes de ce système, bien qu'appartenant à des sphères différentes. Si analyses et prescriptions divergent notamment entre auteur « économiste » et « publiciste », ces deux acteurs dépeignent le système de santé comme un ensemble subissant contraintes « extérieures » et antagonismes internes, « structurellement » complexe.

En mobilisant Papadopoulos pour analyser cette complexité nous avons souligné la pertinence de la notion de codage systémique pour rendre compte de la colonisation de la politique de santé par le motif économique tel que nous

l'avions mis en évidence à travers la généalogie de la réforme. Or, souligne Papadopoulos, il existe « *Des homologues entre système et champ* »³⁹⁶ :

« Le fonctionnement des systèmes luhmaniens n'est pas sans présenter quelque ressemblance avec celui des champs chez Bourdieu (...) Les codages systémiques ne sont guère éloignés des « habitus » des champs. (et Bourdieu reconnaît que : « tous les gens qui sont engagés dans un champ ont en commun un certain nombre d'intérêts fondamentaux, à savoir tout ce qui est lié à l'existence-même du champ : de là une complicité objective qui est sous-jacente à tous les antagonismes » (qui existent au sein d'un même champ) (Bourdieu, 1980 :115) ».

Finalement, la notion de « champ » développée par Pierre Bourdieu serait donc adéquate pour rendre compte de cet ensemble que nous avons décrit au sein duquel les protagonistes de la politique de santé et donc de réforme du dit « système de santé », luttent pour le pouvoir. L'intérêt de la notion de champ Bourdieu est de fait évident à ce stade de notre discussion, telle qu'il la définit ainsi :

« Un champ est un champ de forces et un champ de luttes pour transformer le champ de forces dans lequel chacun des agents met en jeu la force qu'il détient dans le rapport de force pour le conserver ou le transformer ».³⁹⁷

Deux raisons justifient, pour la santé, la notion de « champ » au sens de Bourdieu. La première consiste dans la substitution opérée par Bourdieu du « marché » par le « champ ». Rappelons ici que la seule et rare définition du dit « système de santé » est celle d'un « marché de la santé » en tant que lieu de rencontre entre l'offre et la demande de soins. Cependant, le plus souvent, il en est de même du système de santé comme du marché, cette notion, bien que largement mobilisée, n'est pas définie :

« C'est un fait étrange que la littérature sur l'économie contienne si peu de discussions sur l'institution centrale qui sous-tend toute la théorie économique néoclassique : le marché »³⁹⁸

La deuxième raison est que nous avons montré à travers la généalogie de la réforme comment se sont construites les notions de crise financière ainsi de

³⁹⁶ Papadopoulos Y., *Complexité sociale et politiques publiques*, op.cit., p.22.

³⁹⁷ Bourdieu P., *Anthropologie économique*, op.cit., p. 180.

³⁹⁸ Ibid., p.164.

« système de santé » comme problème et solution des réformes. De façon analogue, dans le cadre de l'analyse critique menée par l'auteur sur la théorie du choix rationnel promue par les économistes classiques, Bourdieu montre comment la « révolution historique » dont parle Mauss, qui a consisté en la séparation « de la vente du don et de l'échange, isolé l'obligation morale du contrat », a conduit à la « légitimation d'une forme de pensée qui était exclue des économies du don et de la générosité. Elle a légitimé essentiellement l'esprit de calcul... »³⁹⁹ Ainsi, souligne Bourdieu :

« Je pense que les champs tels que nous les connaissons () sont le produit de révolutions symboliques, c'est-à-dire de transformations radicales des modes de pensée, des catégories de pensée, des structures mentales.⁴⁰⁰ »

Enfin, la question du statut de la santé, marchandise ou bien supérieur, sur laquelle s'opposent les acteurs en lutte dans le champ de la santé est bien celle qu'indique Bourdieu : « Il faudrait s'interroger sur les valeurs associées à certains biens qui font qu'on répugne spontanément à les voir traitées comme des marchandises ». Question légitime même si : « La représentation dominante que proposent les économistes fait comme si la révolution dont parlait Mauss était totalement et complètement réussie »⁴⁰¹

³⁹⁹ Ibid., p.78 et 90.

⁴⁰⁰ Ibid., p.88.

⁴⁰¹ Ibid., p.125 et 127.

Conclusion

L'histoire de la réforme à travers les motifs des lois permet de distinguer deux périodes :

- la première (années 1970-1990) est celle de la rationalisation financière. Dater son début au moment en 1967 où sont séparées les branches de la sécurité sociale, rompant avec le principe d'unité originel a montré comment s'est « créé » « artificiellement » ce que l'on qualifiera ensuite de « trou » de la sécu. La colonisation du raisonnement et du motif économique de la gestion du système de soins caractéristique de cette période montre comment s'est « institué » le paradigme de la santé/non maladie comme trame cognitive et normative de la réforme en santé.

- la deuxième (1990-2010) se complique des motifs liés à la crise sanitaire, à la crise sociale, celle de l'hôpital public ainsi que la mise en évidence des inégalités de santé. 2004 est une période tout aussi dense que 1996 où cohabitent tous les motifs de cette deuxième période marquée par la multiplication des crises auxquels s'ajoute parallèlement un train de réforme important concernant la décentralisation. 2014 est un moment similaire de ce double point de vue.

En 2004 comme en 2014, les deux ministres annoncent tous deux la nécessité impérieuse de refonder le système de santé. Cependant, tous deux, se réfèrent pourtant à la même histoire nationale, pour justifier deux politiques de santé publique radicalement différentes.

Nous avons ainsi suffisamment d'éléments pour confirmer l'intérêt d'une analyse des discours des réformes 2004 et 2014 ainsi que des questions. Entre ces deux trains de la réforme, 2004 et 2014, un nouveau modèle de « système » se redessine-t-il ou bien s'agit-il d'un nouvel étiquetage des problèmes ainsi qu'une nouvelle désignation des solutions et des acteurs légitimes ?

Les réformes de 2004 et ou de 2014 s'inscrivent-elles dans la continuité des périodes précédentes depuis les années 1970 puis 1980 et 1990 tant du fait de la permanence du paradigme de la santé/non-maladie que du fait de la centralité de la politique de santé et du rôle de l'État, encore renforcé par la réforme ?

La difficulté de dresser une généalogie des réformes en santé, ni insuffisamment ni trop détaillée mais globale, a été à la fois une découverte. Si les réformes ayant visé le dit système de santé, en réalité l'offre et la demande de soin, son organisation et son financement ont une histoire linéaire homogène, les réformes concernant prévention, santé publique, régionalisation et décentralisation forment un ensemble chaotique, incohérent, non linéaire. La synthèse à travers une histoire globale de ses réformes est donc complexe sur le mode chronologique.

Cependant, elle a permis de montrer que la dite politique de santé n'a d'existence réelle que réduite à la politique de gestion du système de soin car il n'existe pas de politique de santé au sens d'une politique unifiée et encore moins rationnelle. De plus, la généalogie des réformes en santé met en évidence la trame cognitive et normative particulière de la réforme en santé ainsi que sa colonisation par une logique économique paradoxale⁴⁰².

La notion de paradigme se confirme donc comme cadre théorique pertinent pour l'analyse de cette politique particulière qui présente la difficulté pour le chercheur politiste de ne pas posséder les attributs classiques d'une politique publique sectorielle.

Enfin, la crise, moteur apparent de la réforme en santé, née à partir d'un artifice technique (le « trou » de la sécu), se perpétue à travers cette dernière. Elle apparaît ainsi être d'avantage une opportunité qu'un motif de la réforme.⁴⁰³

Nous avons dans notre deuxième chapitre étudié la rhétorique de la réforme, fabrique discursive, et montré qu'elle est basée sur une réalité imaginée, interprétée selon une grille rationalisante. Le dit « système de santé » se présente comme une image construite à travers le discours institutionnel de fabrique de la réforme, à l'aune d'une finalité qui procède de l'économisme ayant colonisé la politique de santé à travers la logique classique du raisonnement

⁴⁰² Voir sur ce point la synthèse du chapitre 1 de cette première partie

⁴⁰³ Bogalska-Martin E. « La rhétorique de la crise et le grand dévoilement. Quelques remarques sociologiques ». *Economic Review, Ekonomické Rozhl'ady*, 39(3), 2010, pp.352–361.

coût/efficacité. Finalement, l'horizon normatif de l'égalité en santé, attribué à la politique de santé, ressemble à une fiction au sens où, précise Patrick Savidan, celle-ci se présente : « non comme une donnée immédiate mais comme le résultat de processus de construction symbolique »⁴⁰⁴. Ainsi, la réalité de la politique de santé réside dans la rhétorique de la réforme.

Nous avons de plus mis en exergue, à travers les discours des années 1990-2000, les efforts convergents déployés par les auteurs spécialistes de la politique de santé pour démontrer que le dénommé « système de santé français » n'est pas un véritable système et qu'il souffre de nombreuses insuffisances et anomalies qu'il faudrait corriger afin qu'il corresponde à l'idéal qui lui est assigné.

Le discours institutionnel ayant pour objet le dénommé « système de santé » que nous avons décrit et analysé dans ce chapitre, témoigne d'une posture que l'on peut considérer comme faussement extérieure.

Le cadre théorique proposé par Friedberg pour l'analyse des organisations est pertinent pour analyser cet objet indéterminé « le système de santé » au cœur de la rhétorique de la réforme, image construite pour et par la réforme.

Les différents discours que nous avons passés en revue, au sujet du système de santé, sont les matériaux d'une analyse compréhensive situant ces auteurs, en tant qu'acteurs. Concernant ce type d'approche, Friedberg préconise une modestie que nous allons adopter :

« Cherchant à mettre en évidence l'existence d'un système, c'est-à-dire de mécanismes d'intégration empiriques, on conçoit que la stratégie de recherche ne puisse reposer ni sur une volonté d'exhaustivité ni même sur une volonté de représentativité : elle serait alors condamnée à une régression à l'infini qui ne pourrait s'arrêter qu'à l'analyse de la société dans sa globalité, dans la mesure où tout acteur du système peut toujours être considéré comme le porte-parole tout autant que comme le produit d'un autre système. Elle est donc fondée sur la mise en œuvre d'un choix intuitif et progressif des contours et des points centraux ou zones sensibles dont l'étude concrète permettra de progresser au mieux dans la compréhension du tout. ».⁴⁰⁵

Aussi plutôt que de vouloir dresser la cartographie de la nébuleuse des acteurs de la santé, allons nous concentrer notre étude sur les principaux protagonistes du

⁴⁰⁴ Savidan P., op. cit., pp.212-218.

⁴⁰⁵ Friedberg E. *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*, op.cit., p.227.

« champ » de la santé, au sens de Bourdieu. Afin de préciser ces premières analyses et d'étudier à la fois le moment 2014 et l'évolution entre celui-ci et le moment 2004, nous allons dans le chapitre utiliser une méthode plus systématique d'analyse au moyen de l'application N VIVO.

Dans ce cadre, le citoyen, l'État, le politique, le médecin, sont les figures qui se distinguent comme acteurs privilégiés de cette lutte de pouvoir. Sans pour autant réduire la complexité de notre objet, nous ciblerons donc notre enquête sur ces acteurs ainsi identifiés au sein de la multitude. Sur cette base, nous pourrons aussi constituer le corpus des textes pour une analyse de contenu des textes des réformes 2004 et 2014 que nous mènerons dans notre deuxième partie.

Finalement, nous avons mis en évidence une lutte discursive entre acteurs économiques et étatiques autour d'un objet, la santé, objet précieux et disputé, et objet discutable. La grille d'analyse proposée par Philippe Zittoun, s'avère particulièrement adaptée à notre objet d'étude, les discours institutionnels et politiques constitutifs de la politique de santé mobilisant en effet des dispositifs de connaissance « en concurrence qui donnent à voir des réalités différentes ».

406

Secondairement, ces résultats indiquent que la réalité des enjeux de la santé se situe sur un plan différent de la représentation mise en scène dans la fabrique discursive de la réforme.

L'outil théorique pour décrire cette réalité sociale, et non plus discursive, le plus approprié et globalement le plus cohérent se révèle être le corpus déployé par Bourdieu avec notamment la notion de champ mais aussi d'habitus proche de la notion de codage ainsi que l'analyse que celui fait de la construction des catégories utiles au fonctionnement de l'économie capitaliste.

De ce point de vue, il n'est pas étonnant que le dit système de santé, pourtant central pour la réforme en santé, ne soit pas plus défini réellement, que ne l'est le marché.

⁴⁰⁶ Zittoun P., *La fabrique politique des politiques publiques: une approche pragmatique de l'action publique*, op.cit.

Partie II. Deux réformes pour refonder la politique de santé

« Il entre dans ce qui fait la souveraineté du souverain de prendre à son compte l'administration des vies et de ses sujets, non seulement dans l'autorité suprême qui lui permet de les mettre à mort, mais aussi dans la bienveillance ambiguë qu'il leur témoigne. (...) Ainsi le souverain manifeste-t-il à la fois son autorité et sa bienveillance. Plus, même : il assoit sa grandeur sur la démonstration de sa générosité. (...) Ainsi, avant d'être un savoir sur des maladies ou des populations, la santé publique manifeste un pouvoir qui s'exerce sur des sujets pour leur bien-être. »⁴⁰⁷

⁴⁰⁷ Fassin D., *Faire de la santé publique*, op.cit., pp. 21-22

Introduction

Les comptes de la sécurité sociale, dont les déficits qualifiés « d'abyssaux » ont alimenté un discours alarmant ainsi que les « crises » sanitaires liées à des évènements qualifiés par les médias de « scandales sanitaires », ont rythmé des réformes poursuivant l'impératif de maîtrise du « système de santé » ainsi que des dépenses générées. Nous avons vu que cet objectif est alimenté d'une rhétorique justificative visant un objet dont la réalité est construite, le « système de santé », lequel est jugé à l'aune d'une image idéale modèle, horizon normatif dictant les solutions et légitimant les solutions portées par les acteurs institutionnels de la réforme, principalement étatiques.

Ces réformes, mises en musique par une abondance de textes, n'ont cependant pas enrayeré la survenue d'évènements indésirables, tels que notamment les « mauvais résultats » de la France en termes de santé de la population, lesquels ont été incorporé dans la rhétorique de la réforme. Les lois des années 2000 ne sont pas exemptes de ces évènements ayant jalonné les années 1980. Les catastrophes sanitaires continuent de s'inviter régulièrement sur l'agenda du ministre de la santé malgré les nombreuses dispositions légales et dispositifs créés dans les années 1990.

Le problème d'une santé de la population française très en deçà des attendus d'un pays doté du « meilleur système de santé » au monde, le triste double record des plus grandes inégalités sociales de santé et de la surmortalité masculine les plus fortes d'Europe, semblaient avoir trouvé une solution à travers l'adoption de la loi de santé publique adoptée en 2004 : la création d'un nouveau système de santé publique. L'adoption d'une telle loi, la deuxième après celle qui fut voté en 1902, avait aussi vocation à marquer un point final à la crise sur son versant sanitaire. Ceci suppose néanmoins que « santé publique » et « sécurité sanitaire », ayant certes toutes deux pour objet la santé de la population, participent des mêmes principes et objectifs.

La question de la sécurité sanitaire se pose encore et toujours et les ministres se succèdent et se trouvent continûment à devoir intervenir après l'événement. Depuis que le Ministre Mattéi fut « victime » de l'événement traumatisant des « morts de la canicule » de l'été 2003, ses successeurs ont pris la leçon en termes de communication. Ainsi, cet épisode récent, pour exemple, le communiqué de presse édité par le cabinet de la Ministre, Marisol Touraine, le 15 juin 2016, dès le lendemain du terrible accident mortel d'essai thérapeutique survenu à Rennes dans un laboratoire privé européen ayant causé l'hospitalisation de six des volontaires au CHU de Rennes, l'un d'entre eux, en réanimation, est en état de mort cérébrale :

« Le laboratoire a informé l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) de l'interruption de l'essai et procède actuellement au rappel de tous les volontaires y ayant participé. L'ANSM a décidé de procéder à une inspection technique sur le site de réalisation de ces essais cliniques. Dès qu'elle a été informée, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, a saisi l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) afin de mener une inspection sur l'organisation, les moyens, et les conditions d'intervention de cet établissement dans la réalisation de l'essai clinique. Marisol Touraine souhaite faire part aux familles des patients de toute sa solidarité et de sa profonde détermination à faire toute la lumière et à établir toutes les responsabilités sur cet accident dramatique. Elle se rendra à Rennes ce jour; elle y tiendra un point presse. »

De la même façon, la question des comptes de la sécurité sociale demeure un élément de justification de la réforme, ainsi peut-on citer par exemple les dispositions prises par Mme Touraine concernant le tiers payant ajoutées dans le décours des discussions de la loi de modernisation en 2016, puis après le vote de la dite loi, pour imposer une mutuelle obligatoire.

Le terme de crise, donnant un sens aux événements dramatiques sanitaires, aux problématiques d'équilibre des comptes non-conformes à l'orthodoxie budgétaire, aux écarts à la norme qualifiés de dysfonctionnements, considérés comme tels, du système de santé, ayant jalonné les années que nous avons passées en revue, présente l'avantage de légitimer l'urgence et la nécessité de la réforme. Cependant, nous pouvons ici reprendre à notre compte l'affirmation selon laquelle, comme le souligne Yves Surel dans sa contribution à l'ouvrage

collectif dirigé par Alain Faure, *La construction du sens dans les politiques* : « il arrive un moment où le paradigme s'épuise à résoudre les anomalies que lui pose le réel »⁴⁰⁸. Notre hypothèse se formule donc ainsi, celle d'une véritable crise du paradigme de la santé/ non maladie. Nous considérons ces « crises » comme l'expression d'autant d'« anomalies » posées par le réel, et la réforme perpétuelle du système, comme autant de tentatives de résoudre ces dernières, tout en demeurant résolument ancrées dans un paradigme dépassé.

L'orientation prise en 2004 n'est pas celle qui sera retenue dans la période 2014 puisque la loi de santé publique, ses 100 objectifs et son ambition quinquennale, passés sous silence en 2009 lors de l'adoption de la loi HPST, seront évacués par Marisol Touraine en ces termes lors de la présentation de sa loi au sujet de l'article concerné :

“En premier lieu, un constat s'impose : la révision de la loi à cinq ans n'a pas eu lieu, et les objectifs de santé publique portés par le rapport annexé n'ont pas pu être maîtrisés et appropriés par les acteurs autrement que comme un inventaire disparate, faute de finalités partagées et hiérarchisées. Le deuxième constat, qui fonde la stratégie nationale de santé et la démarche du présent article, est celui d'un pilotage déficient des politiques de santé, fruit d'une bipartition majeure de ce pilotage, héritée de l'histoire : pilotage de l'État pour la prévention, la sécurité sanitaire, les soins hospitaliers, et pilotage Assurance maladie pour les soins de ville, le remboursement et l'indemnisation. (...) La politique de santé doit être menée de manière à garantir une réponse cohérente aux enjeux de santé, de dépendance ou de handicap, pour l'ensemble de la population et tout au long de la vie de chacun. Le présent article redéfinit donc les conditions de cette réponse cohérente au sein d'une politique de santé unifiée.”⁴⁰⁹

L'affirmation d'une politique nationale de santé unifiée, faite de finalités partagées, organisant une réponse cohérente face aux enjeux de santé, semble inscrire une rupture dans la période 2014 par rapport à l'organisation dichotomique qui avait prévalu dans la période 2004 entre soins et assurance maladie d'une part et prévention de l'autre. La politique de santé publique aurait donc vocation à être intégrée dans la réforme de refondation du système.

⁴⁰⁸ Surel Y., « Les politiques comme paradigmes », in Faure A., Pollet G., Warin P., dir., *La construction du sens dans les politiques publiques*, op.cit.

⁴⁰⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, « Exposé des motifs ».

L'impératif d'une déconcentration du bras armé de l'État au niveau régional assurant la maîtrise du dit « système de santé » et réalisée grâce à la création des ARH, avec la réforme Juppé, régionalisation poursuivie avec la création des ARS avec la loi HPST, semble avoir trouvé son aboutissement avec la territorialisation du système de santé, marque de fabrique du dernier train de réforme dont l'ambition politique est de refonder le système.

L'émergence du territoire dans la grammaire sanitaire dont on trouve déjà la trace en 2004 à travers les SROS de troisième génération, trouve sa consécration avec le train de réforme engagé entre 2013 et 2016 à travers le « pacte territoire santé » et le « service territorial de santé au public », tous deux inscrits dans la loi de modernisation du système de santé présentée en 2015 au débat parlementaire. Aussi peut-on parler d'une « territorialisation » du système de santé. Or, ces deux termes, régionalisation doublée d'« agenciarisation » n'ont pas nécessairement le même recouvrement, et les usages extensifs du mot « territoire » et de son adjectif qualificatif, ont rendu la notion obscure.

Les nécessités de maîtrise du système de santé, comme de la santé de la population, ont donc imposé le double impératif de régionalisation et de prévention : santé publique et territoires sont ainsi les mots clefs des deux réformes engagées en 2004 puis en 2014. Tandis que les mesures « palliatives » en réponse aux « crises » semblaient être le moteur de la réforme des années 1980-2000, (quand bien même cette thèse est discutable), le nouveau train de réforme 2004-2014 semble faire entrer le système dans l'ère d'une mutation profonde à travers de thèmes inédits.

Nous allons donc étudier à présent, cette fois-ci de façon systématique, le discours de la réforme de ces deux périodes 2004 et de 2014. Nous nous proposons ainsi d'objectiver et d'explorer plus avant le paradigme de la politique de santé à travers son cadre de référence cognitif et normatif ainsi que les thématiques justificatives, de légitimation et d'étiquetage de la réforme.

La complexité de la politique de santé n'a cessé de croître au fur et à mesure des réformes de premier et deuxième ordre, constituant ainsi sa caractéristique principale. Nous l'avons vu à travers les discours institutionnels, celle-ci demeure. Les analystes sont ainsi confrontés à une nébuleuse d'acteurs et de dispositifs chargés de la régulation et de la maîtrise du système. Leur diversité et leur nombre sont à la hauteur de la pléthore de textes produits à travers la réforme perpétuelle des années 1980 au point, et nous l'avons vu, il serait illusoire de vouloir en dresser une cartographie et d'en faire une analyse par type d'auteur.

Dès lors, comment conduire aujourd'hui une analyse de cette politique publique particulière et de son objet singulier (un système) sans se réduire et se focaliser sur chacune de ses parties dont la somme ne saurait représenter le tout et dont le jeu d'interrelation est insaisissable dans sa globalité ?

Dans le chapitre précédent, nous avons mis en évidence à travers une première étape généalogique, puis descriptive et analytique le rôle des idées, des croyances et de la norme, la force du paradigme de la santé/non-maladie, dans le discours de la réforme. Nous avons mis en lumière cette construction dénommée « système » de santé, dont la réalité s'avère avant tout imaginaire.

Nous avons ainsi déblayé la voie pour simplifier sans la réduire la complexité de l'analyse. Il s'agit tout d'abord de ne pas s'aveugler devant la nébuleuse des acteurs d'une part et d'autre part de ne retenir que le fait politique et social, et non pas le fait économique de la santé. Nous pouvons ainsi définir les auteurs du discours cible de notre étude : l'Etat, haute administration centrale, gouvernement, parlement, d'une part ; citoyens-malades-militants, d'autre part. Nous y ajoutons du fait spécifique des lois de 2004 et de 2014, d'une part les acteurs institutionnels de la santé publique, d'autre part les élus locaux. Il s'agit ensuite de nous focaliser sur les mots, le sens des mots, leurs usages dans la rhétorique de la réforme, en tant qu'éléments participant de la « fabrique » de cette dernière, du processus d'étiquetage, de justification, de légitimation, des problèmes et solutions.

Grâce à une analyse plus systématique, type analyse de contenu, notre objectif n'est pas de développer une approche linguistique et quantitative. Nous voulons, dans le fil de notre méthode pragmatique et abductive, mieux cerner notre objet, un paradigme en crise et une rhétorique en tant que fabrique de la réforme donnant sens aux anomalies posées par le réel, avec la force d'une description qui ait la valeur d'une réalité partagée, laissant de côté, à ce stade, les faits et réformes eux-mêmes, les jeux d'acteur.

Rappelons enfin que, ayant invalidé la pertinence d'une telle approche, nous n'avons pas pour objectif à travers cette analyse de réaliser une cartographie des discours des acteurs que nous avons ciblés. Seuls le cadre cognitif et normatif de la réforme ainsi que le jeu de pouvoir en termes de production de ce cadre, nous intéressent. Il nous faudra revenir à une autre méthode pour étudier le jeu d'acteur et la lutte de pouvoir autour de la santé, ce sera l'objet de nos parties III et IV, lesquelles pourront s'appuyer sur les résultats de notre étude, mettant à jour, à travers la fabrique de la réforme, les enjeux normatifs et cognitifs de celle-ci.

Chapitre 1. Les discours autour des réformes de 2004 et de 2014

1/ Matériel et méthode de l'analyse du contenu des discours de 2004 et 2014 par NVIVO

A-Constitution des corpus :

\$ Les auteurs des textes constituant nos corpus des périodes 2004 et 2014, nous l'avons dit, représentent les protagonistes « politiques » et centraux de la réforme, **que nous nommons les « cas » de notre étude :**

A) D'une part les acteurs professionnels et institutionnels de la réforme :

1. Acteurs « professionnels et experts » de la santé publique : Société Française de Santé Publique.
2. Acteurs « médicaux » : représentants de médecins (syndicat MG France, Conseil National de l'Ordre des médecins) ou de notoriété (patrons hospitaliers)
3. Administration centrale sanitaire et sociale: ministère de la santé et IGAS
4. Citoyens malades : CISS et la Conférence Nationale de Santé.
5. Cour des comptes : CdC et Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

B) D'autre part les acteurs politiques:

5. Elus locaux : Associations de Maires (AMF), Association des Maires des grandes villes de France (AMGVF) **et** l'association Elu Santé Publique et Territoire (ESPT)
6. Premiers Ministres et Ministres de la santé français
7. Parlementaires et Conseil Constitutionnel.

A noter un cas particulier, l'« hôpital » en tant que tel qui ne s'est pas avéré un acteur « communiquant », c'est-à-dire à l'origine de textes visant les réformes proprement dites et ou les problématiques directement visées par les deux réformes étudiées. Mis à part ce cas particulier, les autres acteurs ont généré un nombre de source sensiblement équivalent (entre 6 et 8 principalement) ainsi que le montre le tableau 1 ci-après.

Tableau 1 liste des catégories d’auteurs des textes-sources et nombres de sources par auteur

Nom	Sources
acteurs de SP	8
acteurs médicaux	6
admist sanitaire centrale	8
citoyens	6
cour des comptes	8
élus locaux et RFVSOMS	7
hôpital	2
ministres	9
parlementaires et CC	7

\$ Les textes étudiés constituent nos deux « corpus », ce sont les textes produits et publiés dans l’environnement temporel immédiat des réformes de 2004, d’une part et de 2014 d’autre part, soit deux corpus distincts. **La Bibliographie de ces textes est présentée en annexe 1.** Seuls les textes produits dans ces périodes étant en rapport avec l’objet des réformes et ou les problématiques considérées par ces réformes ont été intégrés dans nos corpus. Il s’agit de rapports officiels, de communiqués de presse, de discours. La liste n’est évidemment pas exhaustive, si l’intérêt se confirmait à l’issue de cette étude d’enrichir cette liste en visant l’exhaustivité, cela requerrait des moyens en termes de temps de codage qui n’étaient pas envisageables dans le temps de notre recherche. D’autre part, sensibles à l’avertissement de Madeleine Grawitz ⁴¹⁰ sur l’aspect potentiellement dispendieux de l’analyse de contenu, nous avons volontairement resserrée notre étude au bénéfice de nos hypothèses.

Dans une logique systématique, ces textes ont été recueillis en consultant les archives internet d’une part, des sources officielles de l’administration centrale et de l’Assemblée nationale et d’autre part, par une revue des archives internet des éditions du Monde dans la période du 1^{er} janvier 2013 au 1^{er} janvier 2016. A noter que celle-ci n’a donné aucun résultat concernant spécifiquement la loi de modernisation de notre système de santé. Nous avons effectué une revue

⁴¹⁰ Grawitz M. *Méthodes des sciences sociales*, op.cit.

identique de juin 2003 à Août 2004, nous en avons tiré quelques articles, communiqués de presse émanant principalement des médecins notamment hospitaliers, ou déclarations politiques concernant la loi sur la sécurité sociale mais aucun concernant la loi de santé publique bien qu'il y ait quelques articles sur la canicule.

Ont été consultés enfin, les archives des associations de Maires, AMF et AMVGF⁴¹¹ et, ce sans résultat sur le sujet de la loi de santé annoncée en 2014 et votée en 2016, celles de l'ADF⁴¹², avec résultat sans surprise concernant l'association Elus santé publique et territoires (ESPT) et du Réseau Français des Villes Santé OMS (RFVSOMS) mais dont cependant la création pour la première est postérieure à 2003. Enfin, nous avons bénéficié des archives du CISS⁴¹³ ainsi que de la CNS⁴¹⁴, sachant que les textes d'avis émanant de cette dernière sont cependant postérieurs aussi à 2003.

Le profil du corpus 2004 est donc différent du profil de corpus 2014 du fait des caractéristiques et objet mêmes de ces réformes. Alors même que deux lois ont visé la santé à un jour d'intervalle du mois d'Août 2004, une loi visant la santé publique et une loi visant la sécurité sociale, le temps de cette réforme est relativement court, du fait de la quasi simultanée de ces lois. De plus cette période est bornée par un évènement repérable dans le temps, la canicule de l'été 2003.

A l'inverse la réforme engagée suite au discours du Premier ministre en 2013 n'est pas véritablement bornée dans le temps par un évènement et n'a abouti au vote de la loi de modernisation du système de santé qu'en janvier 2016. Le temps de la réforme est dilué et s'étale ainsi sur trois ans au lieu d'une année. Nonobstant la moindre trace des discours relative à l'effacement de leur visibilité dans le temps, la période de 2004 est donc moins riche en textes de discours ayant trait à la réforme.

⁴¹¹ Association des Maires des Grandes Villes de France, et Association des Maires de France, dont la représentation est du point de vue statistique, plus « rurale » que la précédente

⁴¹² Association des Départements de France

⁴¹³ Collectif Interassociatif Sur la Santé

⁴¹⁴ Conférence Nationale de Santé

Il faut ajouter à cela l'effet des réformes elles-mêmes lequel modifie le profil de ces corpus. La loi de santé publique votée en 2004 institue le vote par le Parlement des objectifs de santé publique et leur évaluation. Ainsi plusieurs rapports de la Cour des comptes dans la période de réforme de 2004 ont traité de problèmes de santé publique, tandis que ce sont dans la période 2014 plusieurs rapports d'information parlementaires qui ont pris « le relais » de ces thématiques. Enfin, la conférence nationale de santé sous la forme actuelle c'est-à-dire dotée d'une indépendance et d'une personnalité propre a été créée par la loi de 2004 et n'est donc pas en tant que telle un acteur participant des auteurs traitant de la réforme. Il en est de même pour l'association ESPT qui n'a été créée qu'à la faveur de la loi 2004. Le réseau français des villes santé OMS quant à lui, n'a investi les questions de politique nationale de santé qu'après le vote de la loi HPST⁴¹⁵ ayant été conduit à s'intéresser au rôle des ARS à travers les contrats locaux de santé mis en place par cette réforme, lesquels concernent directement l'action des collectivités locales. Enfin, l'objet même des réformes est sensiblement différent en 2004 de la période 2014, ce qui oriente le profil des auteurs de textes s'y référant.

Les caractéristiques concernant les auteurs de la réforme que nous venons d'analyser ci-dessus et que nous avons mises en évidence à travers la constitution de nos corpus confirme ce que nous avons déjà énoncé, la non pertinence d'une analyse qui aurait pour grille une cartographie des acteurs. Aussi c'est bien le discours de la réforme en tant que fabrique de cette dernière et non les discours en tant qu'expression de la lutte entre acteurs que nous allons étudier ici.

Le graphique 1 indique le poids de chaque catégorie d'auteurs en termes de nombre de références encodées selon l'année du corpus considéré, 2004 ou 2014. On peut ainsi mesurer une évolution inverse entre le nombre de textes émanant d'acteurs médicaux plus présents en 2004 et d'acteurs de santé publique plus présents en 2014. Les fortes incidences de la loi sur l'assurance maladie en 2004 d'une part et la montée en charge des acteurs de santé publique

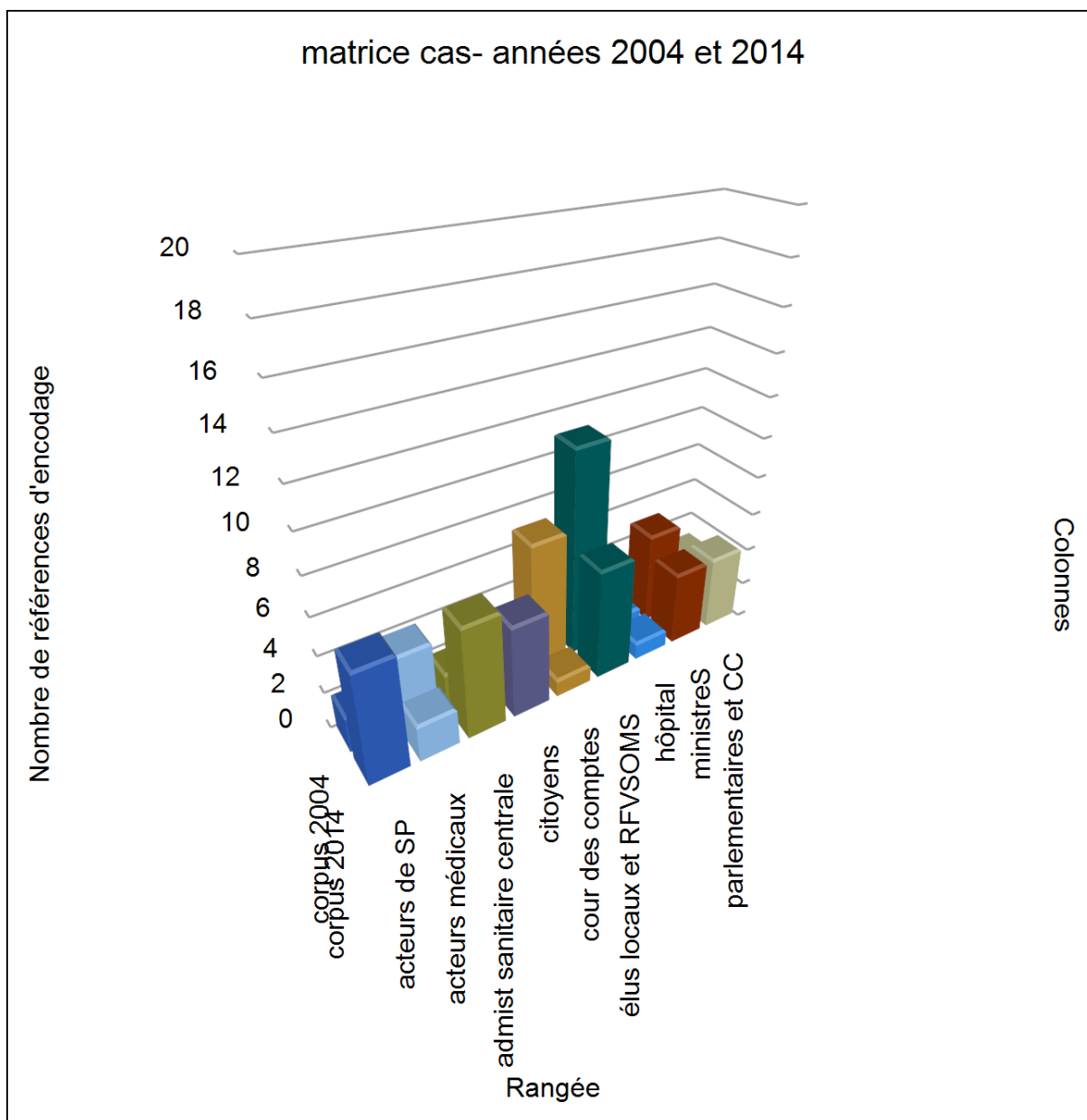
⁴¹⁵ Loi « Hôpital Patients Santé Territoire » dite loi « Bachelot », 2009.

dont le cercle s'est élargi doublée de la forte attente envers l'édition quinquennale de la loi de santé publique peuvent l'expliquer.

L'autre inversion de tendance concerne la montée en charge des textes émanant de l'administration et des citoyens en 2014 qui contraste avec l'effacement de la Cour des Comptes en 2004. Une explication à cette évolution contrastée réside vraisemblablement dans la durée de préparation qui a marqué la réforme en 2014, nous avons déjà évoqué le cas de la Cour des comptes, fortement plus présente, on le conçoit lorsqu'il s'agit d'adopter une loi visant la sécurité sociale, ce qui était le cas en 2004. (voir ci-dessous, la matrice cas-année, graphique 1)

Il ne s'agit donc pas de comparer ces deux périodes en termes d'acteurs puisqu'elles ne sont pas comparables de ce point de vue. Nous ne prétendons pas non plus, sur le plan quantitatif, à une validité du domaine de la statistique étant donné la disparité de nos sources de matériaux. Aussi notre objectif sera « d'évaluer » plus que de « mesurer » et ce, dans le cadre d'une approche indicative en termes de tendances. Celle-ci nous permettra de visualiser l'évolution dans le temps des éléments du paradigme dominant à travers ces réformes entre 2004 et 2014. Nous pourrions par ailleurs évaluer ce qui caractérise chacune de ces deux périodes à travers l'importance relative de certains thèmes de la réforme ou de certaines problématiques contextuelles selon l'une ou l'autre. Ces résultats sont présentés ci-dessous sous forme de graphique, le tableau indiquant plus précisément ces résultats figure en **annexe 2 (tableau M1)**.

Graphique 1 matrice cas-années



B-Characterisation des « nœuds »

Nous avons donc focalisé notre étude sur les thématiques et verbatim identifiés et codés à partir des textes constitutifs de notre corpus considérant le discours dans sa globalité sans distinction en termes d'auteurs mais en nous appliquant cependant à éliminer les biais liés aux sources, nous y reviendrons. **Chaque référence encodée est un court passage de texte correspond à un incident critique, isolable et cohérent, une idée exprimée par ce passage.** Notre objectif à travers cette opération de codage est de mettre en évidence le processus cognitif et normatif à l'œuvre mais nous n'avons pas recherché à tracer l'intentionnalité des auteurs de ces discours. Fidèle à l'idée développée par Michel Foucault que « derrière le discours, il n'y a rien », ⁴¹⁶nous voulons ainsi éviter le piège du « commentaire », processus de raréfaction du discours pour Michel Foucault. Pour le dire autrement, nous voulons éviter l'interprétation du contenu en fonction de l'intention supposée de l'auteur, reproche souvent fait aux méthodes quantitatives.

Les catégories que nous avons forgées pour déterminer les **unités de codage des textes étudiés que nous appelons « nœuds »** correspondent aux éléments de justification de la réforme en termes de problématiques comme de solutions tant face aux crises que face à l'imperfection du système que nous avons détectés en première analyse dans notre première partie. Afin de ne pas verrouiller l'analyse qualitative, les nœuds retenus pour coder les textes procèdent tant d'une logique déductive issue empiriquement de l'analyse menée dans notre première partie, vérifiée par une mise à l'épreuve des textes que d'une logique inductive, intégrant les thèmes significatifs émergents de la lecture des textes et que nous n'avions pas préalablement prévus.

La caractérisation de chacun des nœuds qui en résulte, affinée en « marchant », est explicitée et justifiée au fur et à mesure de l'apparition de ceux-ci au cours de l'analyse qualitative des références encodées que nous allons mener dans le paragraphe 2. Deux nœuds, l'un initialement prévu, l'autre ajouté « en marchant », ont été abandonnés par la suite, ce sont : « absent des listes » et « carence de droit commun », se révélant finalement impossible à exploiter. Pour

⁴¹⁶ Foucault M., *L'ordre du discours Leçon inaugurale au Collège de France*, op.cit.

le premier il eût fallu concevoir une enquête spécifique, le nœud prévu initialement n'est pas approprié pour isoler des éléments signifiants nécessaires. Pour le deuxième, il s'agit d'un nœud inductif conçu puis infirmé en cours de codage.

Ces nœuds sont présentés ci-dessous, définis selon la caractérisation de codage et listés en trois catégories. En parallèle, afin de donner un aperçu de ces nœuds tels qu'il apparaît à travers le codage, sont présentés les nuages des 20 mots les plus fréquents contenus dans les références encodées sous chaque nœud pour les nœuds « complexes » c'est-à-dire dont la caractéristique n'est pas le sens littéral du mot qui le nomme ainsi que ceux dont le nuage est « parlant ». L'ensemble des tableaux présentant les résultats de cette recherche de fréquence de mots est présenté en **annexe 2 (tableaux N.1-1 et suite)**.⁴¹⁷ Ceux-ci sont présentés ci-après sous formes de « nuages » (**figures 1-1 et suite**).

A} Les **thèmes favoris du discours** de la réforme et de la politique de santé :

- Nœud Coordination = y compris hors cadre sanitaire : des acteurs de l'offre de soin et de santé (sociale...) ET des institutions ET des pratiques en santé



⁴¹⁷ A noter que les nuages de mots sont moins précis, puisqu'ayant été conçus avec une recherche de fréquence des 20 mots les plus fréquents de plus de 5 lettres, tandis que les tableaux Excel présentent les résultats de la même recherche effectuée pour une longueur de 4 lettres. Ce afin d'avoir une meilleure lisibilité des nuages.

- Nœud Crise = au sens large: de l'hôpital, du système ...



- Nœud Démocratie sanitaire = au sens de participation des usagers aux instances de concertation du système de santé



- Nœud Gouvernance = au sens littéral



- Nœud Performance = au sens de volonté/ recherche et ou besoin d'efficacité, d'efficience et d'optimisation de résultats



- Nœud Prévention = au sens de individuel et collectif, prévenir les maladies



- Nœud Proximité = au sens littéral



- Nœud Qualité = au sens général, qualité des soins et autres activités, dispositifs ou outils, mobilisés par la politique de santé



- Nœud Santé publique = compris dans la diversité des sens selon les auteurs



- Nœud Sécurité sanitaire et autres risques = au sens large incluant la sécurité et ou les risques, en santé ou plus généralement, dont prévision des risques, alerte et surveillance



B) Problématiques justifiant et ou légitimant la réforme :

- Nœud Déficit de l'assurance maladie, de la Sécurité Sociale = déficit de la Sécu et manque de financement national pour la santé au sens large dont prévention et action sociale



- Nœud Dépenses excessives au titre de l'Assurance Maladie = concerne les dépenses de l'assurance maladie considérées comme excessives en lien avec le déficit de l'assurance maladie



- Nœud Déserts médicaux = concerne la répartition de l'offre de soins inégale sur le territoire et non adaptée aux besoins spécifiques territoriaux

- Nœud *Empowerment* = concerne la capacité à faire des choix autonomes et devenir acteur, prendre le pouvoir d'agir.
- Nœud Equitable = concerne le nom et l'adjectif au sens littéral
- Nœud Inégalités et égalités en santé = concerne les inégalités en santé, du point de vue de l'accès à la prévention et aux soins, et plus largement
- Nœud Mobilisation = au sens de la mise en mouvement des acteurs concernés, leur implication
- Nœud Accès aux soins = concerne les problèmes d'accès aux soins
- Nœud État, compétence et légitimité = concerne la légitimité de l'État à conduire la politique de santé en termes d'affirmation et d'argumentation



- Nœud Inégalités et égalités en santé



C} Notions ou concepts in-déterminés dans la rhétorique de la réforme :

- Nœud Décentralisation = vise les compétences des collectivités locales en santé décentralisées ou non : capacité et ou légitimité à agir.



- Nœud droitS et Droit = concerne les « droits sociaux » / dispositif social, utilisation de ces droits; ainsi que le « Droit » en tant que domaine juridique, de la loi.



- Nœud Justice = au sens de ce qui est juste/ injuste et non pas institutionnel

- Nœud Modèle (de système de santé) = utilisation ou définition explicite du terme de « système de santé » considéré en tant que modèle.



- Nœud Politique locale = au sens de politiques et ou dynamiques locales émanant d'acteurs locaux dont les collectivités locales.



- Nœud Santé maladie = au sens de la « santé » en tant que « non maladie » de façon explicite et ou manifeste et ou dépendante du soin.



- Nœud Santé globale = au sens de santé non réduite à la maladie et au soin, dont santé déterminée par interaction/milieu⁴¹⁸.



- Nœud Solidarité = au sens littéral dont au sens de financement solidaire et national.



⁴¹⁸ Selon le modèle holistique de la santé (multicausal), l'un des trois modèles de définition de la santé selon Aggleton et Homans (1987) (les deux autres étant : biomédical, social (subjectivité)).

- Nœud Territoire et approches territoriales = territoire, nom et qualificatif « territorial », ce qui procède du territoire, dont les approches par entrée territoire.



- Nœud Territorialiser – déconcentrer = territorialiser au sens de déconcentrer, le territoire explicitement conçu comme circonscription déconcentrée de l'État.

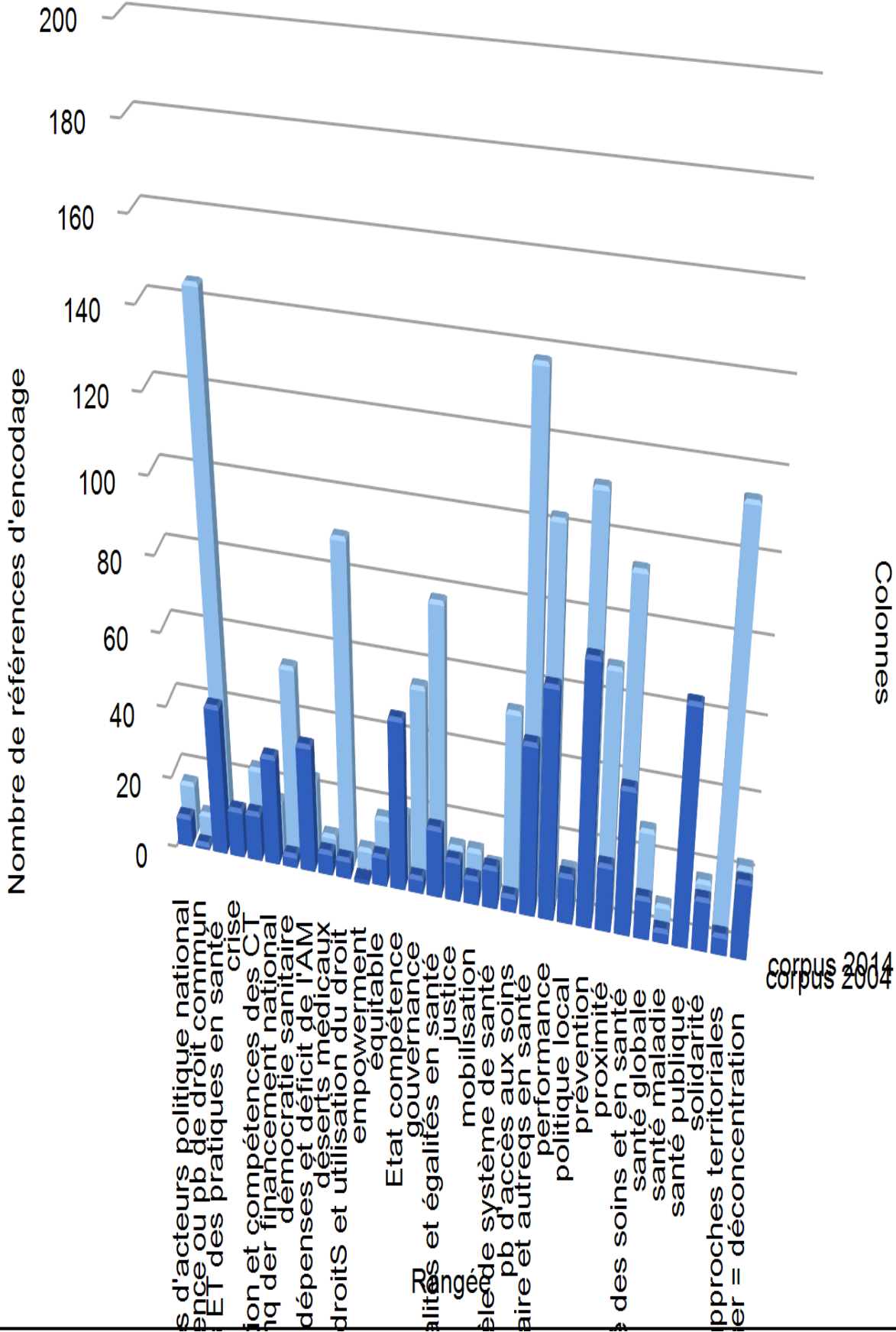


C- Stratégie d'encodage

Pour obtenir les résultats que nous allons présenter puis discuter, nous avons tout d'abord constitué les « corpus » de textes, 2004 et 2014, émanant des auteurs (dénommés pour notre étude, « cas ») et que nous avons ciblés comme indiqué et explicité ci-dessus.

Nous l'avons souligné précédemment, les corpus 2004 et 2014 diffèrent du fait de leur nombre de sources ainsi que la catégories des auteurs des textes qui les constituent. Ils diffèrent de fait aussi en termes de profils de nœuds encodés. **Le graphique 2** présenté ci-après indique le nombre de références encodées par nœud, ce pour 2004 ou 2014. Les tableaux Excel présentant ces résultats en détail figurent en **annexe 2 (tableau M2)**.

matrice noeuds - années 2004 et 2014



Pour procéder au codage de ces textes, la méthode que nous avons suivie s'appuie sur les grands principes énoncés par Sébastien Point dans son article : « Le codage à visée théorique »⁴¹⁹. Nous avons sélectionné au sein de ceux-ci les **passages incidents signifiants, que nous appellerons « références »**, correspondant aux notions, thèmes et ou problématiques, que nous avons identifiées et catégorisées, que nous nommons « nœuds ».

Dans une logique de faisabilité mais aussi pour prendre en compte le déséquilibre structurel d'entre les textes de discours courts émis par les citoyens et les élus locaux et les épais rapports émis par l'administration, nous n'avons pas traité exhaustivement ces derniers. Afin de conserver la rigueur du systématisme, nous nous sommes dotés d'une règle ayant pour principe de garantir la richesse du contenu qualitatif de ces textes ainsi que la fidélité du codage. Le plus important quantitativement de ces rapports est certainement le rapport IGAS de 2003 intitulé : « pour une prévention durable » qui fait 399 pages dont nous n'avons codé que les deux parties les plus significatives (partie II : « une place subsidiaire dans le système de santé français, partie IV : « pour une prévention durable et partagée ») sur les quatre le constituant (donc en excluant les partie I : « des enjeux d'importance et de complexité croissante, partie III : « des modes d'intervention trop cloisonnés) ainsi que l'introduction. Autre aspect de cette règle, nous avons ainsi codé soit la synthèse lorsqu'elle était suffisamment détaillée tandis que le corps du texte était trop détaillé et redondant, soit le corps du texte lui-même sans le « couper » en excluant les chapitres « hors sujet », enfin, nous n'avons pas traité les annexes. Ainsi, nous avons codé la synthèse du rapport produit par le Haut conseil pour l'avenir de la sécurité sociale, texte de 30 pages, nous avons fait le même choix pour le rapport IGAS au sujet de la coordination d'appui ainsi que pour le rapport « Compagnon » concernant l'an II de la démocratie sanitaire dont nous avons codé la synthèse et la partie recommandations qui lui est complémentaire.

D'autre part, nous avons codé l'intégralité du texte mais sans les prises de paroles n'émanant pas d'élus locaux des actes du colloque de « naissance » de l'association ESPT. De la même façon nous avons codé l'intégralité du rapport

⁴¹⁹ Point S., Voynnet Fourboul C., « Le codage à visée théorique », *Recherche et Applications en Marketing*, vol. 21, n°4/2006.

IGAS concernant la concertation en région autour de la stratégie nationale sans coder les encarts en marge du texte citant les extraits tirés du texte de la dite stratégie nationale, de même que nous avons codé le rapport « Devictor » au sujet du service public territorial de santé mais sans traiter la partie service public hospitalier, non spécifique à ce rapport et redondante d'un autre rapport public que nous avons codé, le rapport « Couty » sur le pacte de confiance à l'hôpital, ni les contributions rapportées en annexes et produites par les acteurs consultés. Dans le même esprit nous avons codé intégralement le texte du rapport « Cordier » concernant la refondation du système de santé mais sans coder les « notes d'approfondissement », soit 60 pages sur 110 pages, de même, nous avons codé l'intégralité du texte du rapport d'information parlementaire sur la permanence des soins mais sans traiter ni les recommandations (redondantes) ni la contribution annexée du président de la mission ni des travaux de la commission. Enfin, de la même manière nous avons privilégié le corps du texte au dépens de la synthèse et des recommandations, redondantes dans le codage du rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale (corpus 2004).

Mis à part, les exemples d'application de la règle que nous nous sommes donnée présentés ci-dessus, l'ensemble des textes des deux corpus ont été codés dans leur intégralité. Il s'agit de 61 textes, 35 pour la période 2014 et 26 pour la période 2004. **Ce codage a généré 2021 références.**

Ainsi que le tableau 2 le montre, les 5 nœuds pour lesquels le plus de références ont été encodées, par ordre, sont les nœuds : « sécurité et risque », « coordination », « prévention », « performance », « qualité ». **Le tableau 2** ci-après indique la liste des nœuds avec pour chaque nœud le nombre de sources référencées, c'est-à-dire de documents dont sont issues les références encodées sous ce nœud, le nombre de références encodées pour chacun de ceux-ci, ainsi que le score correspondant au nombre moyen de références encodées par source pour chaque nœud. Nous verrons en détail plus loin l'intérêt de ce score, disons ici que c'est un indicateur de biais potentiel du à l'importance de certaines sources génératrices d'un grand nombre de références, tandis qu'en l'absence de

ce biais, les références sont issues d'une plus grande variété de sources. Il est donc calculé selon le nombre de références en fonction du nombre sources considérées pour chaque nœud. Nous pouvons ainsi évaluer l'importance relative de certaines sources dans certains nœuds pour lesquels ces sources s'avèrent dominantes conduisant ainsi à ce risque de biais ce que nous vérifierons ou infirmerons pour chacun d'entre eux dans le cadre de l'exposé des résultats qualitatifs.

Tableau 2. liste des nœuds indiquant le nombre de sources et de références pour chaque nœud

Nom	scores	Sources	Références
coordination	6,8	27	184
crise	2,5	8	20
décentralisation	2	19	41
déficit financement SS	2,6	18	47
démocratie sanitaire	3,8	15	57
dépenses de l'AM	3,9	15	59
déserts médicaux	3,9	10	15
droitS et Droit	7,3	13	95
empowerment	1,4	5	7
équitable	1,9	13	25
Etat compétence	3	22	64
gouvernance	2,7	22	59
inégalités et égalités en santé	3,3	29	95
justice	1,8	13	24
mobilisation	2,5	8	20
modèle de système de santé	1,6	13	21
pb d'accès aux soins	3,2	18	57
performance	5,3	31	166
politique local	2	13	27
prévention	5,9	31	184
proximité	3,5	25	88
qualité des soins et en santé	5,4	25	134
santé globale	1,9	19	37
santé maladie	1,4	8	11
santé publique	4,4	27	118
sécurité sanitaire et autres risc	8,8	21	184
solidarité	2	15	31
territoire et approches territor	6,8	18	116
territorialiser = déconcentrer	2,6	16	44

Les deux Figures ci-après **les tableaux 2a et 2b** qui présentent respectivement la liste des sources pour chaque corpus 2004 et 2014 avec, pour chacun de ces textes analysés, le nombre de nœuds et références encodées.

Tableau 2a Listes des textes du corpus 2004 et nombre de nœuds et de références pour chacun



























1		Nom	Nœuds	Réf
2		ESPT, « Premières rencontres des villes pour la santé publique	2	22
3		Cour des Comptes, « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une r	8	56
4		AFP, "La fragilisation financière des hôpitaux alarme les milieux professionnels",	5	8
5		A N, « Audition de M. D. Bussereau, secrétaire d'Etat au budget, sur la note de la dir	6	17
6		A N, « audition, ouverte à la presse, de M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la sant	22	181
7		A N « Audition, de M. J-F. Mattei, ministre de la santé, de la famille et des PH, sur le	20	134
8		Avis du Haut Comité de la santé publique sur le rapport du Groupe Technique Natio	2	5
9		CISS 2004 communiqués mai 2003-avril2004-mai 2004-Juin 2004	6	14
10		Le CNOM réclame la suppression de l'amendement de modification de la Loi Evin sur	5	8
11		Réforme de la médecine du travail : critiques de l'Ordre »,CP	6	8
12		« Le ministre de la santé et de la protection sociale a présenté un projet de loi relati	10	26
13		Réforme de l'AM : l'Ordre des médecins plus que jamais garant de la déontologie et	2	2
14		Mattei M., « PLFSS 2004 : discours de ministre de la Santé » 23 septembre 2003	15	55
15		AN, « Audition, de M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, sur le projet de loi r	10	25
16		AFP, « La Cour des comptes critique la gestion des caisses de Sécurité sociale et les	6	8
17		« Les syndicats médicaux négocient leur convention », Le monde	5	6
18		« Le Conseil constitutionnel émet deux réserves sur la loi relative à l'assurance-mala	5	5
19		Cour des Comptes, Chapitre 2 « La politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme »,	12	39
20		Cour des Comptes, Chapitre 3 « La prise en charge du cancer : suivi des recommand	6	8
21		rap IGAS 2003 pour une prévention durable	25	761
22		IGAS, « Mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule	10	31
23		Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, rapport du haut conseil pour l'aver	25	186
24		Assemblée nationale, « examen du projet de loi relatif à l'assurance maladie » - (Jea	17	91
25		rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et	19	223
26		Chambaud L., « Les propositions de la SFSP : la santé publique en France »,	21	140
27		Cour des Comptes, « La sécurité sociale Synthèse », 7ème rapport, 2004	11	89
28				

Tableau 2b Listes des textes du corpus 2014 et nombre de nœuds et de références pour chacun

Nom	Nœuds	Références
Discours du Premier ministre Jean-Marc Ayrault sur la stratégie nationale de santé, Grenoble, 8 février 2014	19	73
Marisol Touraine Ministre des affaires sociales, de la santé, de la famille et de l'égalité territoriale	2	2
Loi de santé : le CISS formule 31 propositions d'amendement », CP, 10 février 2015	8	26
ESPT, « Quelle place pour les collectivités territoriales dans la Loi de modernisation de la santé ? »	12	61
IGAS, « Évaluation de la coordination d'appui aux soins », rapport, Décembre 2014	9	67
Cour des comptes, « Allocution de Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes	16	95
CISS, « 70 ans de la Sécurité sociale L'Assurance maladie n'est pas une vieille branche ... Parlons-en ! »	19	99
AMF, lettre du Président au 1er Ministre : « A l'heure où un nombre grandissant de collectivités territoriales	9	23
La Conférence nationale de santé s'inquiète du report à une date ultérieure de l'examen du projet de loi	7	11
CISS, « De grève en grève... », CP, le 12 novembre 2015	7	11
Conseil des ministres, « communication - la stratégie nationale de santé », Compte-rendu du mardi 10 novembre 2015	9	17
Conseils territoriaux de santé : les petites villes s'inquiètent de la sous-représentation des collectivités territoriales	9	20
Fédération hospitalière de France (FHF), AGHL, ANCHL, « Centres hospitaliers locaux : une chance pour les territoires »	9	20
Fédération Addiction, « Addictions et loi de santé 2004 : inscription de la réduction des risques, 2014 »	10	28
MG France, « Politique de santé D'une loi à l'autre ou comment s'obstiner dans l'erreur », CP, 9 février 2015	2	2
CISS, « Loi Touraine : un juste renforcement de la démocratie en santé ! », CP, 21 décembre 2015	8	20
SFSP, « Orientations de la loi de santé : Aller plus loin pour « répondre aux défis structurels du système de santé »	13	41
AN « Exposé des motifs LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé »	28	490
AIDES, Plateforme des Ateliers Santé Ville, ESPT, UIPES, SFSP, RUES, RFSVSOMS, Institut Renaudot	16	57
SFSP, « Lettre ouverte à Monsieur le Premier Ministre et à Madame la Ministre des affaires sociales	12	51
« Loi de santé : une version intermédiaire passée au crible », Le Quotidien du médecin, 25/07/2015	13	42
AMF, « Les élus locaux demandent à être associés à la mise en place des groupements »	10	20
Couty E., Scotton C., le pacte de confiance pour l'hôpital synthèse des travaux, Ministère des affaires sociales	27	381
« Projet de loi relatif à la santé : quel impact pour les collectivités ? », Localtis.info Santé, 15 octobre 2015	8	17
Compagnon C., Pour l'An II de la Démocratie sanitaire, Rapport à la ministre des Affaires sociales	27	470
Devictor B., Service Public Territorial de Santé – Service Public Hospitalier Développer l'approche territoriale	2	3
Comité des « sages » (Cordier A. pdt), « Un projet global pour la stratégie nationale de santé 19 février 2015 »	30	599
RFSVSOMS, lettre de la présidente aux députés membres de la Commission des Affaires Sociales	15	60
rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la commission	13	202
rapport d'information déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques	13	114
rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la commission	10	76
rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la commission	20	377
SFSP, « Orientations de la loi de santé : Aller plus loin pour « répondre aux défis structurels du système de santé »	14	47
IGAS, « Stratégie nationale de Santé synthèse des débats régionaux », Ministère de la santé, Mai 2015	27	619
FNES, AIDS, ESPT and all « 2015 La santé au-delà des soins : encore un effort ! », 24 Novembre 2015	15	50

D- Recherches lexicales et production de matrices

Dans un deuxième temps nous avons procédé à plusieurs recherches et calculs, optimisant les ressources offertes par NVIVO sans recourir à des compétences spécialisées de statisticien. Nous avons privilégié celles qui apportaient une plus-value du point de vue qualitatif nous gardant de la tentation quantitativiste consistant à vouloir produire le maximum de données indépendamment de la pertinence de la plus-value apportée grâce aux possibilités offertes par le logiciel. Nous avons déjà présenté ci-dessus quelques uns de ces résultats dont nous explicitons ici les éléments de méthodes mobilisés pour y parvenir.

Nous avons procédé à quatre recherches lexicales :

RL1} La première a consisté d'une part en une **recherche de fréquence de mots pour chaque corpus 2004 et 2014** mesurant la tonalité de chacune de ces deux périodes mais surtout évaluant l'évolution de cette dernière. Celles-ci sont présentées au moyen des nuages de mots ci-dessous, (**Figures 2a (2004) et 2b (2014)**), les tableaux Excel détaillant ces résultats figurent en annexe 2 (**tableaux N 2 a et N 2b**)

RL2} D'autre part nous avons effectué cette même recherche (**fréquence de mots) pour chaque cas**, ce qui nous a permis de réaliser une sorte de portrait lexical de chaque acteur sous forme d'un nuage de fréquence de mot qui offre l'avantage d'un visuel immédiatement saisissable présentées ci-dessous pour chaque cas par les **Figures 3 -1 et suites**, les tableaux Excel détaillant ces résultats figurent en **annexe 2 (tableaux N3 -1 et suites)**. **De la même façon nous avons effectué ce même type de recherche pour chaque nœud**, ces résultats ont déjà été présentés précédemment (**Figures 1-1 et suite**)

RL3} La troisième recherche lexicale que nous avons menée a consisté à rechercher la **fréquence de mots clefs (droit, gouvernance, territoires) dans les corpus 2004 et 2014**. Il s'agit de mots clefs correspondant chacun à trois nœuds ayant connu une progression spectaculaire en nombre de référence entre 2004, alors même qu'ils étaient très peu présents dans cette période-ci, et 2014. Ces résultats sont présentés ci-dessous sous forme de tableaux (Tableau 4a et 4b).

Tableau 4a fréquence des mots clefs droits, territoires et gouvernance-corpus 2004

Nom-FM mots clefs-corpus 2004	FM Droits	FM territoires	FM gouvernance
ESPT, « Premières rencontres des villes pour la santé publique	21	55	2
Cour des Comptes, « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie », AFP, "La fragilisation financière des hôpitaux alarme les milieux professionnels",	3	4	
Assemblée Nationale, « Audition de M. D. Bussereau, secrétaire d'Etat au budget et à la réforme budgétaire, sur la note de la direction du budget loi SS 2004			
Assemblée Nationale, « audition, ouverte à la presse, de M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale loi SS2004	13	6	10
Assemblée nationale, « Audition, de M. J-F. Mattei, ministre de la santé, de la famille et des PH, sur le projet de loi relatif à la politique de santé public	3	1	
Avis du Haut Comité de la santé publique sur le rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs de santé publique			
CISS 2004 communiqués mai 2003-avril2004-mai 2004-Juin 2004			4
Le CNOM réclame la suppression de l'amendement de modification de la Loi Evin sur la publicité pour le vin », CP			
Réforme de la médecine du travail : critiques de l'Ordre »,CP			
« Le ministre de la santé et de la protection sociale a présenté un projet de loi relatif à l'assurance maladie », CP, Conseil des ministres du 16 juin 2004.			
Réforme de l'assurance maladie : l'Ordre des médecins plus que jamais garant de la déontologie et de l'indépendance professionnelle des médecins », CP			
Mattei M., « PLFSS 2004 : discours de ministre de la Santé » 23 septembre 2003	1		1
Assemblée nationale, « Audition, ouverte à la presse, de M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des PH, sur le projet de loi relatif	6		
AFP, « La Cour des comptes critique la gestion des caisses de Sécurité sociale et leur productivité insuffisante »,			1
« Les syndicats médicaux négocient leur convention », Le monde			
« Le Conseil constitutionnel émet deux réserves sur la loi relative à l'assurance-maladie », Le monde			
Cour des Comptes, Chapitre 2 « La politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme »,	5	2	
Cour des Comptes, Chapitre 3 « La prise en charge du cancer : suivi des recommandations de la Cour	1	1	
rap IGAS 2003 pour une prévention durable	61	34	
IGAS, « Mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003 »,		7	
Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie,	134	63	19
Assemblée nationale, « examen du projet de loi relatif à l'assurance maladie » - (Jean-michel Dubernard, rapporteur),	8	2	6
rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur l'organisation interne de l'hôpital »,	13	10	2
Chambaud L., « Les propositions de la SFSP : la santé publique en France »,	8	4	
Cour des Comptes, « La sécurité sociale Synthèse », 7ème rapport, 2004	20	2	

Tableau 4b fréquence des mots clefs droits, territoires et gouvernance-corpus 2014

Nom-FM mots clefs corpus 2014	droits	gouvernanc territoires	
Discours du Premier ministre Jean-Marc Ayrault sur la stratégie nationale de santé, Grenoble, 8 février 2013	1		1
Marisol Touraine Ministre des affaires sociales, de la santé,	2		
Loi de santé : le CISS formule 31 propositions d'amendement », CP, 10 février 2015			
ESPT, « Quelle place pour les collectivités territoriales dans la Loi de modernisation de		3	26
IGAS, « Évaluation de la coordination d'appui aux soins », rapport, Décembre 2014	1	6	133
Cour des comptes, « Allocution de Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes Présentation à la presse du rapport sur la sécurité sociale pour 2014		1	
CISS, « 70 ans de la Sécurité sociale L'Assurance maladie n'est pas une vieille branche ... Parlons de son avenir ! »,	12		
AMF, lettre du Président au 1er Ministre : « A l'heure où un nombre grandissant de		1	7
La Conférence nationale de santé s'inquiète du report à une date ultérieure de l'examen du projet de loi de santé à l'assemblée nationale », CP, 15 décembre 2014		2	
CISS, « De grève en grève... », CP, le 12 novembre 2015			
Conseil des ministres, « communication - la stratégie nationale de santé », Compte-rendu du mercredi 16 janvier 2013			1
Conseils territoriaux de santé : les petites villes s'inquiètent de la sous-représentation des collectivités », Localtis.info Santé / Social, 12 septembre 2016		2	4
Fédération hospitalière de France (FHF), AGHL, ANCHL, « Centres hospitaliers locaux : une chance pour la Stratégie nationale de Santé' », CP, 2014			4
Fédération Addiction, « Addictions et loi de santé 2004 : inscription de la réduction des risques, 2014 : inscription de la prévention ? », CP 1er juillet 2014		1	2
MG France, « Politique de santé D'une loi à l'autre ou comment s'obstiner dans l'erreur », CP,9 février 2016			
CISS, « Loi Touraine : un juste renforcement de la démocratie en santé ! », CP, 21 décembre 2015	2	1	1
SFSP, « Orientations de la loi de santé : Aller plus loin pour « répondre aux défis		1	
AN « Exposé des motifs LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé »,	34	11	35
AIDES, Plateforme des Ateliers Santé Ville, ESPT, « Sept mesures pour favoriser le développement de la promotion de la santé », lettre à Marisol Touraine,24 janvier 2014		1	2
SFSP, « Lettre ouverte à Monsieur le Premier Ministre et à Madame la Ministre de la santé relative à la SNS et à l'actualisation de la Loi SP », 25 février 2013			
« Loi de santé : une version intermédiaire passée au crible », Le Quotidien du médecin, 25/07/2014	1		
AMF, « Les élus locaux demandent à être associés à la mise en place des groupements		1	5
Couty E., Scotton C. , le pacte de confiance pour l'hôpital synthèse des travaux, Ministère des affaires sociales, Mars 2013	13	23	115
« Projet de loi relatif à la santé : quel impact pour les collectivités ? », Localtis.info Santé,15 octobre 2014			3
Compagnon C., Pour l'An II de la Démocratie sanitaire, Rapport à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, 14 fév. 2014	50	32	59
Devictor B., Service Public Territorial de Santé - Service Public Hospitalier Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé ,	42	105	421
Comité des « sages » (Cordier A. pdt), « Un projet global pour la stratégie nationale de santé 19 Recommandations du comité des « sages » », Juin 2013	10	13	101
RFVSOMS, lettre de la présidente aux députés- Commission des Affaires Sociales de l'A N chargées du rapport sur le projet de loi de SP, Rennes, le 4 février 2015			1
rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales - mission d'évaluation - financement de la SS sur les arrêts de travail et les indemnités journal	57	2	24
rapport d'information - comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques - 28 février 2013 - politiques publiques de lutte contre le tabagisme	3	4	1
rapport d'information -mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la SS - gestion du régime de l'AM obligatoire - mutuelles	44	3	5
rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins	10	11	94
SFSP, « Orientations de la loi de santé : Aller plus loin pour « répondre aux défis structurels du système de santé », CP,24 juin 2014		1	
IGAS, « Stratégie nationale de Santé synthèse des débats régionaux », Ministère de la santé, Mai 2014	1	7	90
FNES, AIDS, ESPT and all « 2015 La sante au-delà des soins : encore un effort ! », 24 Novembre 2015.		1	1

RL4} Enfin, nous avons utilisé le même type de requête que précédemment, cette fois-ci en testant la présence d'un binôme constitué du mot « territoire » associé de façon booléenne à efficacité dans l'ensemble des nœuds et ce, compte-tenu de la grande polysémie de ce mot et de son usage extensif, tel qu'il en ressort des données du codage lui-même. Nous avons pu ainsi constater que le mot binôme « efficacité-territoire » n'a aucune occurrence dans aucun des nœuds en rapport avec les territoires.

Deuxième volet de requêtes : réalisation de trois matrices

M1} La première d'entre elles est une matrice croisant les nœuds avec les cas (c'est-à-dire les catégories d'encodage des références dans les textes avec les auteurs de ces textes). Ainsi, nous pouvons entrer dans l'objectivation du motif justificatif de la réforme ainsi que le cadre normatif et cognitif du discours en identifiant les poids respectifs des principaux nœuds participant de ce motif en fonction des acteurs, présentée ci-après par le **tableau M3**. Dans ce tableau les nombres les plus élevés apparaissent en bleu, puis en mauve pâle, les nombres peu élevés sont en blanc.

M2} La deuxième matrice que nous avons réalisée est présentée par le graphique 1 (matrice cas-années) que nous avons déjà montré précédemment. Il s'agit de la matrice croisant le nombre de références encodées pour chaque acteur, c'est-à-dire en fonction des cas, pour chaque période 2004 ou 2014. Le tableau M1 présentant ces mêmes résultats figure en annexe.

M3} Enfin, nous avons réalisé une matrice croisant le nombre de références encodées en fonction des nœuds pour chaque période 2004 ou 2014. Nous pouvons ainsi suivre l'évolution du motif justificatif des réformes. Nous avons déjà présenté cette matrice précédemment sous forme de graphique (graphique 2 matrice nœuds- années), le **tableau correspondant** figure en annexe, (tableau M2). Cette matrice est complémentaire à l'analyse de fréquence de mots, mesurant l'évolution des mots les plus fréquents entre 2004 et 2014, que nous avons présentée sous forme de nuage de mots (Figures 2 a et 2b). Nous pouvons analyser le sens donné aux notions, concepts, mobilisées dans le motif de la réforme, à travers ces nœuds pour les plus significatifs d'entre eux, et en analyser l'importance ou l'insignifiance respective selon les auteurs.

2/Méthodologie de l'analyse qualitative

Nous présenterons en les « citant » dans la partie résultats qui suit, les références les plus significatives encodées sous les nœuds les plus importants en appui de notre analyse. Ces dernières objectivent nos résultats en terme de discours global, ayant éliminé les biais potentiels liés aux textes sources et donc aux auteurs sources. L'objectif n'est donc pas de se référer à l'auteur de chacun de ces passages extraits de nos sources puisque ce n'est pas l'objet de notre analyse. Ainsi, les passages de texte encodés, références citées à l'appui de l'analyse qualitative, le sont en tant que verbatims constituant la trame de la réforme et non en tant que parole d'auteur.

Compte tenu des fortes inégalités de quantité de textes contenue dans chaque document constituant les corpus que nous avons déjà évoquée, et malgré la règle adoptée pour le codage à ce sujet, certains documents génèrent un nombre important de références du seul fait de l'importance quantitative de leur texte. Ceux-ci risquent ainsi d'amplifier artificiellement l'importance que nous avons pu accorder à certains nœuds du fait du nombre important de références encodées sous ces nœuds. Aussi, nous devons moduler (plutôt que pondérer car nous ne prétendons pas à la validité statistique) l'interprétation des résultats exploités à travers la matrice nœud/années grâce à laquelle nous pouvons visualiser l'importance relative des nœuds entre eux et ce dans chaque corpus 2004 et 20014.

Pour repérer les nœuds porteurs de ce biais et pouvoir pondérer notre analyse de ces nœuds, nous avons utilisé le tableau listant les nœuds et présentant pour chacun d'eux le nombre de sources à l'origine des références encodées (c'est-à-dire de documents) ainsi que le nombre de celles-ci. Les nœuds ayant été encodés dans peu de sources pour un nombre de références élevées, peuvent être considérés comme porteur de ce biais du à des sources « envahissantes ». Nous avons donc calculé un indice construit sur la proportion moyenne de références par source encodée sous chaque nœud. Les nœuds ayant un indice

élevé sont donc les nœuds pour lesquels une grande majorité des références encodées risquent de n'être originaire que de très peu de sources.

Ayant identifiés ceux-ci, nous avons vérifié pour chacun, l'existence et l'impact produit de ces documents « envahissants ». **Neuf nœuds sont concernés par ce problème de biais dont les cinq premiers que nous avons identifiés comme les plus importants quantitativement : « coordination », « performance », « prévention », « qualité des soins », « sécurité et risques » ; ainsi que quatre autres : « santé publique », « droits et Droit », « gouvernance », « approches territoriales ».**

Nous présenterons le résultat de cette analyse de biais potentiel l'informant ou le confirmant au cas par cas pour chacun de ces nœuds au fur et à mesure que nous avancerons dans notre étude de la signification des nœuds et de leur importance relative. En croisant ainsi ces deux processus d'analyse, nous pourrions ainsi limiter le biais.

Enfin, nous avons effectué une revue minutieuse des références encodées pour chaque nœud afin de réaliser une analyse compréhensive et interprétative de celles-ci permettant une appréhension qualitative des éléments caractérisant la trame cognitive et normative ainsi que des éléments de justification et de légitimation constitutifs des discours de la réforme, globalement et pour chaque période 2004, et 2014.

Nous n'oublierons de prendre en compte dans cette étude détaillée, les nœuds auxquels peu de références ont été encodées. Nous n'oublions pas en effet la leçon de Michel Foucault⁴²⁰ selon laquelle le discours est un processus de « raréfaction », et donc l'intérêt d'accorder une attention aux oublis ou silences.

⁴²⁰ Foucault M., *L'ordre du discours*, op.cit.

3/ Résultats

Profil des auteurs

Nous n'avions pas pour ambition de dresser une cartographie des discours et la constitution de nos corpus de textes, au sujet des réformes fabriquées dans les moments 2004 et 2014, confirme qu'un tel projet n'est pas faisable.⁴²¹

En effet, le discours exprimé à travers les textes publiés au sujet de la réforme et des questions qu'elle traite émane principalement d'auteurs institutionnels, administratifs et politiques. Les autres acteurs du champ de la santé que nous avons identifiés dans notre première partie participent peu à la rhétorique de la réforme. Il en est ainsi, de l'hôpital, des associations d'élus et des médias non spécialistes de la santé et de la santé publique, hormis quelques déclarations de médecins, hospitaliers ou non. De plus, certains acteurs en santé publique n'étaient pas organisés au moment 2004 et étaient donc muets à ce moment là : les associations d'élus en santé publique et la conférence nationale de santé, représentante de la société civile.

L'analyse de fréquence de mots par cas permet cependant de dresser le profil de chacun des auteurs des textes étudiés. Au-delà du fait que les acteurs non institutionnels s'expriment peu par des publications écrites sur les réformes elle-même, le profil lexical de chacun explique que certains sont mieux disant que d'autres dans le discours sur la réforme, les thèmes auxquels celle-ci a trait ne les concernant pas nécessairement⁴²².

⁴²¹ Sur ce point, notre choix rejoint celui des auteurs de l'article : « Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques » publié par Michel Caillol et ses co-auteurs dans la revue de la SFSP, ayant opté pour la proposition de Muller et co., : « (selon lesquels) l'opération qui consiste à délimiter les « frontières » d'une politique publique est hasardeuse ; ils suggèrent de se donner un objet de recherche plus modeste, qui permettra de s'interroger sur les mécanismes de construction de l'action publique dans le secteur considéré au sein d'une période symbolique choisie (Muller P., Surel Y., *L'analyse des politiques publiques*, Clefs/Politique, Ed. Montchrestien, Paris, 1998.)

⁴²² Voir dans notre première partie, chapitre 1, généalogie de la réforme, le contexte et le contenu de la loi de santé publique adoptée en 2004 ainsi que celui de la loi de modernisation de notre système de santé adoptée en 2016 suite à la Stratégie Nationale de santé lancée en 2014

> Les résultats de cette analyse, visualisés à travers les figures suivantes, pour chaque acteur montrent ainsi que l'acteur médical s'intéresse principalement à deux sujets : les patients et le gouvernement, puis en termes de fréquence de mots, au public et à la prévention ; l'acteur de santé publique principalement au : le travail, puis aux professionnels et au système de santé. Le discours de l'administration sanitaire est orienté prioritairement sur : le politique, la coordination et le système de santé ; le citoyen, sur le système de santé, les patients et le travail ; les élus locaux, sur le travail et la prévention puis le politique.

Figures 3-1 Nuage de fréquence de mots - Acteurs de santé publique



Figures 3-2 Nuage de fréquence de mots - Acteurs médicaux



Figures 3-3 Nuage de fréquence de mots - Administration sanitaire centrale



Figures 3-4 Nuage de fréquence de mots Cour des comptes



Figures 3-5 Nuage de fréquence de mots Citoyens



Figures 3-6 Nuage de fréquence de mots Elus locaux



Figures 3-7 Nuage de fréquence de mots Hôpital



Figures 3-8 Nuage de fréquence de mots Ministres



Figures 3-9 Nuage de fréquence de mots Parlementaires



> Une analyse plus approfondie dans un objectif similaire de profil cette fois-ci non plus lexical mais en termes de thèmes et problématiques caractéristiques peut être faite grâce à la matrice noeud/cas.

Tableau M3 Matrice Nœuds-Cas

	A acteurs de santé publique	B : acteurs médicaux	C : admist sanitaire centrale
1 : absents des listes d'acteurs politique	0	0	6
2 : carence ou pb de droit commun	0	0	3
3 : coordination des acteurs ET des instit	6	0	99
4 : crise	3	0	3
5 : décentralisation et compétences des	6	0	12
6 : déficit SS et mq der financement nati	2	0	12
7 : démocratie sanitaire	2	1	40
8 : dépenses et déficit de l'AM	0	0	7
9 : déserts médicaux	0	0	1
10 : droitS et utilisation du droit	1	0	52
11 : empowerment	2	0	2
12 : équitable	4	0	5
13 : Etat compétence	2	1	29
14 : gouvernance	5	0	25
15 : inégalités et égalités en santé	13	1	28
16 : justice	1	0	7
17 : mobilisation	0	0	15
18 : modèle de système de santé	0	0	6
19 : pb d'accès aux soins	3	0	27
20 : pb de sécurité sanitaire et autres e	5	4	82
21 : performance	10	0	64
22 : politique local	1	0	10
23 : prévention	18	1	122
24 : proximité	4	1	50
25 : qualité des soins et en santé	6	2	58
26 : santé globale	11	0	15
27 : santé maladie	1	1	6
28 : santé publique	14	3	63
29 : solidarité	2	0	10
30 : territoire et approches territoriales	4	1	78
31 : territorialiser = déconcentration	0	1	25

	D : citoyens	E : cour des comptes	F : élus locaux et RFVSCMS
1 : absents des listes d'...	0	1	3
2 : carence ou pb de dr...	0	0	1
3 : coordination des act...	0	16	4
4 : crise	1	0	0
5 : décentralisation et c...	0	1	11
6 : déficit SS et mq der ...	1	7	0
7 : démocratie sanitaire	8	1	0
8 : dépenses et déficit ...	1	31	0
9 : déserts médicaux	2	4	1
10 : droitS et utilisation ...	13	0	0
11 : empowerment	0	1	0
12 : équitable	2	2	0
13 : Etat compétence	0	6	0
14 : gouvernance	2	1	6
15 : inégalités et égalit...	5	7	3
16 : justice	2	2	0
17 : mobilisation	0	2	1
18 : modèle de systèm...	1	2	0
19 : pb d'accès aux soins	4	4	2
20 : pb de sécurité sani...	0	1	4
21 : performance	2	27	2
22 : politique local	0	3	4
23 : prévention	3	2	4
24 : proximité	1	4	6
25 : qualité des soins e...	1	11	0
26 : santé globale	0	1	1
27 : santé maladie	0	1	0
28 : santé publique	4	2	1
29 : solidarité	2	6	0
30 : territoire et approc...	0	0	7
31 : territorialiser = déc...	0	5	3

	G : hôpital	H : ministreS	I : parlementaires et CC
1 : absents des listes d'...	0	9	5
2 : carence ou pb de dr...	0	3	2
3 : coordination des act...	1	24	36
4 : crise	0	1	12
5 : décentralisation et c...	0	3	4
6 : déficit SS et mq der ...	3	15	6
7 : démocratie sanitaire	0	5	0
8 : dépenses et déficit ...	0	16	4
9 : déserts médicaux	0	4	3
10 : droitS et utilisation ...	0	13	16
11 : empowerment	0	2	0
12 : équitable	0	9	3
13 : Etat compétence	0	21	7
14 : gouvernance	0	12	8
15 : inégalités et égalit...	0	17	23
16 : justice	0	9	3
17 : mobilisation	0	2	0
18 : modèle de systèm...	0	8	4
19 : pb d'accès aux soins	0	11	6
20 : pb de sécurité sani...	0	28	61
21 : performance	0	22	39
22 : politique local	2	1	5
23 : prévention	0	17	17
24 : proximité	1	7	13
25 : qualité des soins e...	0	17	39
26 : santé globale	0	9	2
27 : santé maladie	0	2	0
28 : santé publique	0	24	11
29 : solidarité	0	8	3
30 : territoire et approc...	1	8	20
31 : territorialiser = déc...	0	6	4

> Lorsque l'on analyse la fréquence de mots tous auteurs confondus pour chacun des deux moments de réforme : viennent en premier en 2004: dépenses et politique, puis travail et professionnels ; en 2014 : publique et système de santé, puis médecins et patients. Ces résultats globaux sont cohérents avec tant l'actualité et que les problématiques traitées par les réformes de ces deux moments différents.

Figure 2a Nuage de fréquence de mots dans le corpus 2004



Figure 2b Nuage de fréquence de mots dans le corpus 2014



Analyse qualitative globale du discours

a. Un paradigme tenace

Nous avons des indices de la trame cognitive globale des discours analysés grâce à NVIVO autour des trains de réformes de 2004 et de 2014 à travers les fréquences de mot identifiées sur les deux corpus (Figures 2a et 2b). Recherchant les vingt mots de plus de quatre lettres les plus fréquents, viennent dans les deux corpus en première, puis respectivement en deuxième position, les mots « santé » et « soins », et en quatrième le mot « maladie ». Occupe la troisième position pour 2004, le mot « prévention » et en 2014 le mot « travail ». Ces résultats, nous l'avons dit en introduction ne sont qu'indicatifs, ils sont notamment influencés par la nature des auteurs et des textes qui différencient les deux périodes analysées. C'est notamment le cas de l'« épais » rapport IGAS sur « une prévention durable » dans l'actualité de la canicule et en amont de la loi santé publique, lequel n'a pas connu d'équivalent dans la période 2014.

Ces résultats n'en expriment pas moins, on le voit à travers cet exemple, la tonalité discursive de ces deux moments de réforme. Ceux-ci confirment, à travers la position dominante des mots clefs qui les caractérisent, la forte imprégnation de ces discours dans le paradigme de la santé/non-maladie mais aussi un certain retrait de la prévention. D'autres résultats viennent conforter cette première impression que nous pouvons affiner, d'une part en nous attachant au « portrait cognitif » de chaque acteur à travers le nuage de fréquence de mots qui le caractérise toutes périodes confondues, mais aussi à travers une analyse attentive des résultats des codages effectués concernant la notion de « santé ».

Concernant les acteurs, le mot le plus fréquent, sans surprise pour chacun d'entre eux est bien le mot « santé » (Figures 3-1 et suite) sauf deux exceptions.

La première est cependant la plus flagrante, et concerne la Cour des comptes ; le mot le plus fréquent n'est pas la « santé » mais le « soin », le mot « santé » occupe la deuxième position, puis en troisième, le mot « maladie ». Nous interprétons ce cas particulier d'un acteur ayant pour focale essentielle, la question de l'équilibre des comptes et donc celui de l'analyse financière, non seulement la confirmation de la prééminence du paradigme de la santé/non-

maladie, mais aussi et surtout la valeur économique forte d'une telle conception de la santé.

Nous l'avons déjà mis en évidence dans notre premier chapitre, paradigme de la santé/non-maladie et économie sont liés, ce qui est considéré, improprement comme un secteur d'action publique, est en réalité un secteur économique, celui des soins, mot le plus fréquent des mots (avec ses extensions lexicales, donc soin et soins) employés dans les rapports de la Cour des comptes aux côtés de la santé et de la maladie.

La deuxième concerne le Parlement dont les textes ont pour mot le plus fréquent le mot « travail », viennent ensuite le mot « santé » en deuxième position puis le mot « soin » en troisième, confirmant encore le paradigme de la santé/non-maladie mais avec une focale particulière celle du travail, que nous devons explorer.

L'autre point commun pour l'ensemble des acteurs, est de présenter dans les discours en deuxième et ou troisième position de fréquence, les mots : « soin », « médecin » et « maladie », mais avec de nouveau deux exceptions que nous considérons comme significatives.

La première, ce sont les acteurs de santé publique dont les discours, sans surprise ont pour mots les plus fréquents, après la santé en premier, le mot « public » (lexical, adjectif et nom) en deuxième puis en troisième le mot « prévention », comme si, pour ces acteurs seulement, la santé en tant que domaine de prévention se présentait comme un secteur d'action publique.

La deuxième exception est représentée par les élus locaux, pour lesquels vient en deuxième mot le plus fréquent après la santé et ce sans surprise, les mots « ville » et « collectivités territoriales » puis en troisième le mot « public », comme si pour ces acteurs-ci, la santé se présentait pour eux aussi, comme un secteur public dans une acception qu'il nous reste à préciser mais qui ne s'inscrit pas nettement dans le paradigme de la santé/ non maladie. En effet, pour ces deux acteurs, le mot « soin » arrive en quatrième et la « maladie » n'apparaît pas dans les vingt premiers mots.

Nous l'avons dit en introduction, l'analyse que nous menons n'a pas la prétention de s'appuyer sur une validité statistique, même si certains éléments quantitatifs

globaux nous apportent quelque indication, nous ne poursuivrons donc pas plus avant l'analyse engagée avec cette étude de fréquence de mots.

Nous pouvons en revanche approfondir l'étude de la trame paradigmatique des discours et plus particulièrement celle du sens attribué au concept « santé » sur le plan qualitatif à travers les résultats du codage.

Rappelons que les nœuds ont été constitués à partir de nos hypothèses et des constats tirés de l'étude de textes menée au chapitre précédent. Ainsi, parmi les nœuds que nous avons retenus et mobilisés dans le codage des textes, deux d'entre eux visent le concept de « santé ». Le tableau indiquant pour chaque nœud le nombre de sources référencées ainsi que de références encodées (Tableau 2) nous permet d'avoir un bon reflet de l'importance respective de ces nœuds dans les discours de 2004 et de 2014.

Nous reviendrons sur cette partie des résultats mais notons d'ores et déjà que les nœuds les plus présents dans les textes globalisent plus de 180 références avec plus de 20 sources encodées pour les plus importants, voire pour ceux qui se distinguent aussi en nombre plus de 80 références (toujours avec plus de 20 sources).

Nous avons créé le nœud « santé/non-maladie » pour objectiver les passages dans lesquels la définition de la « santé » en tant que « non maladie » est véritablement explicite et ou manifeste, ceci est en effet rarement le cas. Nous aurons l'occasion, dans la cadre de la revue dans l'ensemble des références, notamment celles portant sur les nœuds « prévention », « qualité » et « sécurité », de confirmer la persistance du paradigme de la santé/non-maladie, en tant que croyance partagée et totalement implicite, en tant que définitions partagées ne souffrant pas de discussions et donc principalement implicite ainsi caractéristique d'un élément paradigmatique.

Cependant, si ces références explicites sont donc rares, puisque seulement 11 références issues de 8 sources ont été encodées sous le nœud « santé/non-maladie », elles n'en sont pas moins significatives. La force de l'évidence et de l'amalgame entre « santé » et « non maladie » est manifeste à travers ces références, dont nous voudrions ici citer pour illustration quelques exemples :

« Encore une fois, rien ne peut raisonnablement justifier qu'on consomme trois fois plus d'arrêts de travail dans un département par rapport à un

autre et bien évidemment en proportion de la population. Cela n'a, à l'évidence, rien à voir avec un quelconque besoin de santé de la population ».

« Or, la politique de santé publique ne se limite pas à la lutte contre ces maladies mais vise également à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies, traumatismes ou incapacités. »

« Le gouvernement entend réformer le parcours de santé des Français, en renforçant la coordination des libéraux de santé autour notamment des pathologies complexes, et en amendant les missions du service public hospitalier. »

« La notion de concurrence par les prix n'est pas un gage d'efficience. En effet, la santé n'est pas un marché comme un autre. Dans ce domaine, la concurrence conduit à une augmentation des prix, le plus cher étant souvent réputé comme le meilleur dans un système marqué par l'asymétrie d'information entre le patient et les offreurs de soins, institutions ou professionnels »

« Ce travail collaboratif permettra de développer les compétences de soin des professionnels en se fondant sur les savoirs expérientiels des patients en complémentarité avec leurs savoirs médicaux et soignants. L'expert de la maladie et l'expert de la vie avec la maladie travailleront ensemble à la mise en place de nouvelles pratiques en santé au bénéfice de l'ensemble des patients »

« En créant les territoires de santé, l'ordonnance du 4 septembre 2003 proposait d'envisager une voie de planification sanitaire innovante par rapport aux secteurs de la carte sanitaire. Le territoire de santé est alors pensé comme un lieu d'organisation des soins encadré par les objectifs quantifiés de l'offre de soins et de concertation entre acteurs de santé (conférences sanitaires de territoire) »

L'autre nœud créé concernant le sens du mot « santé », en miroir du précédent est le nœud « santé globale ». Conçu pour tracer les discours impliquant une conception globale de la santé c'est-à-dire non réduite à la maladie et au soin, il n'est que très peu présent, soit avec 37 références dans 19 sources, confirmant le fait qu'il n'est besoin de définir la « santé », son épistémologie relève de l'évidence partagée. Nous reviendrons sur ce nœud « santé globale » au sujet de la santé publique.

Enfin, nous disposons d'une sorte de marqueur du paradigme de la santé globale, avec le nœud « empowerment », une notion centrale au principe de la promotion de la santé. Ce nœud que nous avons été amenés à créer à la lecture de certains textes, ne présente finalement que très peu d'occurrence dans l'ensemble des discours que ce soit en 2004 que 2014, avec une seule référence encodée en 2004 et six références encodées en 2014, il s'avère le nœud le moins présent de tous les nœuds globalement.

Ainsi, tant les résultats quantitatifs globaux que les résultats qualitatifs confirment le paradigme de la santé/non-maladie, et ce avec une valence économique, comme fond dominant de la trame cognitive discursive tant dans le train de réformes de 2004 que de 2014.

Dernier élément d'analyse à ce sujet, un nœud minoritaire lui aussi en termes de références encodées (21 références concernant 13 sources), celui que nous avons nommé, « modèle de système de santé », il s'agissait d'objectiver l'explicitation dans les discours de ce que signifie le terme de « système de santé » considéré en tant que modèle.

A nouveau, nous avons pu constater ce que nous avons précédemment mis en évidence à travers l'analyse de texte menée dans notre premier chapitre, à savoir la nature totalement implicite de ce que « système de santé » signifie. Regardons les quelques références explicites à ce sujet, elles révèlent un « système » en tout point conforme à la synthèse de Jean de Kervasdoué d'un système bourgeois socialisé par ses cotisations sociales. Il n'y a de ce point de vue de différence entre les années 1980 et les années 2000 :

« Porte d'entrée pour le malade, ce médecin, qu'il soit généraliste, la plupart du temps, ou spécialiste, sera librement choisi par le malade car la liberté est au cœur de notre système. Aucun Français ne se verra imposer son médecin car ce n'est pas notre système, ce n'est pas notre modèle »

« Il ne sera procédé à aucun déremboursement, pas plus qu'à des transferts du régime obligatoire vers les régimes complémentaires. Il est important de préserver le système « à la française » ; c'est bien l'objet du présent projet de loi. »

« Cette réforme vise à sauvegarder notre régime d'assurance maladie, en préservant et en consolidant ses principes fondamentaux auxquels les Français sont légitimement attachés, à savoir l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité ».

« J'en viens maintenant à notre système de santé et d'assurance maladie. Sa qualité, son excellence même, est reconnue. Par comparaison avec le système britannique où dominant le rationnement et les files d'attentes. Par contraste avec le système américain également, qui souffre de plus de 40 millions d'exclus de l'assurance maladie et d'un consumérisme exacerbé. »

« Les politiques publiques restent en France largement dominées par le modèle hérité de la troisième république : à des citoyens réputés tous identiques, et donc tous égaux devant la loi et le service public, vont être dispensés, par des réseaux spécialisés, l'éducation, la culture, la santé, l'hygiène, etc. »

« ... un système de santé solidaire et égalitaire, où chacun contribue en

fonction de ses moyens, et reçoit en fonction de ses besoins. [] Je parle souvent du nouveau modèle français, et on me dit « mais qu'est-ce que c'est ? ». Eh bien le nouveau modèle français, c'est le défi que nous lançons de rester fidèles aux valeurs que j'ai rappelées au début de mon propos, mais de ne pas nier la nécessité de réformer, de transformer, de changer sans perdre notre âme »

« Les performances du système de soins français tiennent en grande partie du système hospitalier public qui allie les soins de proximité, les différents niveaux de prise en charge, l'enseignement, la formation et la recherche de l'excellence »

« Notre système de santé est indissociable de notre modèle de couverture maladie. Or les difficultés économiques que nous connaissons fragilisent dangereusement notre système de protection sociale. »

« Accès aux soins, transition épidémiologique (chronicité, poly-pathologies, situations de perte d'autonomie) et démographique, évolutions scientifiques et techniques, traitements personnalisés, financement durable... Notre système de santé est confronté à de multiples défis, à des tensions qui le fragilisent et menacent sa pérennité. »

Dans ce cadre, le terme de « prévention », un temps présent en 2004, semble plus en retrait dans le moment 2014. Afin de confirmer ou d'infirmer cette impression, nous pouvons ici aussi nous appuyer sur l'évaluation qualitative que nous permet le codage réalisé sous le nœud « prévention ».

b. Une prévention incertaine et problématique

Deux nœuds dans ce champ de la politique de santé sont voisins : « prévention » et « santé publique ». L'un surtout, mais aussi l'autre,⁴²³ dans une moindre mesure font partie des nœuds qui comptent le plus de références et de sources encodées. Le deuxième n'a pas progressé entre 2004 et 2014, il aurait même régressé, le premier n'a progressé que de façon très relative, si l'on prend en compte le fait que les textes de 2014 sont un peu plus nombreux que ceux de 2004.

Deux types de résultats nous éclairent. D'une part la matrice croisant nœuds et cas, donc acteurs, nous permet de repérer quels sont les acteurs dont les discours privilégient ces thèmes plus que d'autres. D'autre part, l'examen attentif

⁴²³ 184 références pour 31 sources pour le mot « prévention » et 129 références pour 28 sources pour « santé publique »

des références encodées, et leur contenu nous éclairent sur la valeur et la signification accordées à ceux-ci, nous pouvons aussi évaluer leur importance relative selon le corpus considéré.

Il nous faut cependant pondérer cette analyse en tenant compte de l'analyse de biais que nous avons menée, « prévention » et « santé publique » faisant partie des nœuds à risque repérés (« coordination », « droits et Droit », « gouvernance », « performance », « prévention », « qualité des soins », « santé publique », « sécurité et risques », « approches territoriales et territoires »).

Nous avons mis en évidence à travers l'étude de fréquence de mots, l'importance du mot « prévention » dans le discours des acteurs de santé publique en 2004, ce qui n'est pas pour surprendre étant conforme à la nature de ce contexte, l'adoption de la loi de santé publique à l'été 2004. Nous avons un aperçu à la fois global, sur les deux corpus confondus, mais aussi plus précis et plus significatif à travers l'étude de la matrice croisant nœuds et cas.

Celle-ci montre que l'acteur majeur de la prévention du point de vue de l'importance de cette référence dans les discours de cet acteur, est l'« administration sanitaire » de très loin, certes avec un fort impact du rapport IGAS, puisque ce rapport à lui seul comporte 60 références sur les 184 encodées, pour l'« administration sanitaire ». Mais, y compris en faisant abstraction de ce rapport, cette dernière reste de loin la plus concernée par ce thème, avec trois fois plus de références que les autres acteurs. Viennent ensuite, les « acteurs de santé publique » précédemment identifiés (18 références) puis les « parlementaires » (17 références) et « ministres » (17 références).

Enfin, le décompte des références encodées infirme l'idée d'un effacement du thème de la « prévention » entre 2004 et 2014, puisque 111 références des 184 références enregistrées concernent le corpus 2014. Il n'y a cependant pas d'équivalent dans le corpus 2014 de l'important rapport IGAS qui génère à lui seul 60 références du corpus 2004.

Il en découle que la « prévention » est une préoccupation constante entre 2004 et 2014 et de surcroît davantage partagée étant assez diversement distribuée entre les textes en 2014.

L'étude de biais confirme ces résultats, les références encodées sous le nœud « prévention » dont le nombre total est de 184 sont issues de 31 sources, avec un

indice élevé donc de 5,9. L'examen attentif de ces sources révèle que plus de la moitié de ces références sont issues du rapport IGAS sur une prévention durable en 2003 (60) ainsi que du rapport de l'IGAS portant synthèse des débats régionaux organisés sur la stratégie nationale de santé en 2014, laquelle comportait un axe prioritaire sur la prévention et dont les références sont en très grande majorité l'expression de professionnels de la santé.

Ce qui nous intéresse ici nous l'avons dit, c'est l'aspect qualitatif de ce codage et de ce point de vue nous pouvons donc approfondir cette étude en examinant attentivement les significations et valeurs attribuées pour ce thème de « prévention » par les principaux acteurs précités. Voici la définition livrée par le rapport IGAS, extraite de la loi :

« L'inscription pour la première fois dans la loi française d'une définition de la prévention, entendue comme ayant pour but « d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents, et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie ».

Cette définition inscrit sans ambiguïté la prévention dans la perspective du paradigme de la santé/non-maladie dans une proximité au soin, affirmée et consensuelle en 2004 comme en 2014. De ce point de vue, elle serait l'épine irritative du système d'ailleurs, comme le révèle la dernière référence que nous avons codée du volumineux rapport IGAS sur la prévention qui indique :

« La prévention (au même titre que la politique de la ville d'ailleurs), agit comme révélateur des faiblesses de formation et d'orientation de nos systèmes publics, volontiers axés sur le recrutement par concours, qui privilégie davantage les aptitudes individuelles que l'aptitude à travailler avec d'autres, »

A travers une importante partie des références, la majorité de l'ensemble les auteurs indiquent que la frontière entre « prévention » et « soin » est infime, insistent sur l'importance d'intégrer la prévention aux soins, à l'organisation du système de santé, ainsi formulée par l'IGAS, mais qui n'est de loin pas le seul acteur à tenir ce discours, et ce que ce soit en 2004 comme en 2014 :

« En définitive, la différence entre action préventive et action curative est moins nette qu'on ne le croit généralement. L'erreur fréquemment

commise a été de vouloir séparer l'idée prévention-santé d'une part, de l'action maladie-sécurité d'autre part.» et « Comme la santé publique requiert l'apport des sciences humaines, la prévention requiert la coopération du sanitaire et du social, la collaboration du médical et du paramédical. »

Ce principe d'intégration n'est cependant pas sans poser quelque problème, illustrés par ces observations de l'IGAS :

« Comment la prévention, avec les connaissances et les outils multidisciplinaires qu'elle requiert, les temps longs qui sont les siens, les incertitudes inhérentes à sa nature même, peut-elle trouver sa place dans un système de santé organisé de fait en fonction des logiques de la réparation, de l'offre de soins, de la spécialisation et de la technicisation médicales, de la régulation à court terme ? »

« Alors que la politique de prévention requiert des approches transversales, interinstitutionnelles et multidisciplinaires, la spécialisation des enveloppes enferme les acteurs dans des stratégies spécifiques de défense de leurs sphères de compétences, de leurs logiques internes, de leurs intérêts financiers ou corporatifs »

« Le champ de la prévention sanitaire est beaucoup trop vaste, beaucoup trop polymorphe, pour se prêter, dans la cadre d'une enquête à temps et ressources limités, à une analyse complète

« La prévention n'est pas un métier, pas une profession. Elle est une démarche, une posture, un état d'esprit, une culture, avant d'être un ensemble de techniques et de moyens d'actions. »

« La politique de prévention doit éviter deux écueils : une normalisation juridique ou sociale qui tendrait à nier que le risque fait partie de la condition humaine et du plaisir de vivre » ;

« Dès lors que la politique de prévention se propose d'infléchir les comportements individuels pour réduire les facteurs de risque, elle se heurte à toute une série d'incertitudes »

On peut adjoindre aux observations précitées, celle d'autres acteurs, tel dans le rapport d'information parlementaire sur l'hôpital :

« Le manque de disponibilité pour chaque patient réduit la possibilité d'effectuer les tâches les plus valorisantes, comme la prévention ou l'éducation à la santé. »

Dans cet esprit, de nombreuses références tant en 2004 qu'en 2014 concernent le déséquilibre entre financement du soin et de la prévention au détriment de cette dernière et de l'insuffisance des financements qui lui sont consacrés. Cependant, l'IGAS est particulièrement critique vis-à-vis des services de prévention, alors que ce sont de fait les premiers acteurs de prévention en

nombre ainsi que dans les faits :

« L'examen de santé de prévention constitue un outil traditionnel de dépistage dans l'arsenal de la prévention. Il justifie en général l'essentiel de l'activité des services de médecine préventive »

« Les besoins de santé de la population ont toutefois évolué, et le réseau des médecins est suffisamment développé pour qu'il ne soit plus nécessaire de disposer de services de médecine préventive spécialisés à vocation universelle. »

« A l'instar des autres services traditionnels de médecine préventive, la médecine scolaire demeure encore marquée par la tradition du dépistage systématique héritée de la médecine hygiéniste et sociale. »

La revue des références reflète la pluralité des acteurs de prévention dont notamment le médecin généraliste plébiscité par l'IGAS :

« Les apports de la MSA en matière de prévention, de maillage du territoire et de dialogue avec les organismes complémentaires doivent être préservés »

« Enfin, même s'ils représentent un volet important du système de organisés chaque année par l'assurance maladie, les 500 000 examens de santé gratuits ... »

« A noter qu'une quarantaine de villes françaises ont adhéré au réseau des « Villes – Santé » créé sous l'égide de l'OMS, et se sont dotées de services de santé menant pour l'essentiel des actions de prévention »

« La prévention est par essence un domaine multisectoriel dans lequel l'ensemble des acteurs institutionnels, administrations d'État, collectivités territoriales, organismes de protection sociale, organisations professionnelles, associations possèdent non seulement une légitimité politique et pratique à intervenir, mais encore des savoir-faire et des ressources utiles »

Tandis que l'IGAS note que la direction légitime de la politique de prévention revient à la DGS⁴²⁴, celle-ci est pourtant considérée comme illégitime pour la plupart de ces acteurs :

« La direction générale de la santé est donc le pivot naturel de la politique de santé publique, les agences sanitaires spécialisées, ainsi que les agences régionales et les services déconcentrés de l'État dans les régions et les départements, étant ses relais directs. Il existe donc une administration sanitaire en charge de la prévention »

Les principaux points de convergence des discours des acteurs sur la prévention,

⁴²⁴ La Direction Générale de la Santé (DGS) est une des directions centrales de l'administration sanitaire de l'État, appartenant donc au Ministère de la santé

outre le trait dominant mentionné ci-dessus, concernent l'importance de la prévention en matière de santé au travail dans un but de prévention des accidents liés au travail mais aussi ainsi que le souligne le rapport IGAS :

« L'augmentation du nombre d'arrêts de travail semble corroborer ce sentiment général de « violence » au travail, de plus en plus intense ou à tout le moins de plus en plus souvent dénoncé par les salariés »

Il en est de même en matière de santé scolaire quant à l'importance des difficultés sociales et psychologiques. Ces deux domaines de la prévention demeurent les favoris en 2014 :

« Des débats et échanges consacrés à la priorisation de la prévention ont fait ressortir la nécessité d'orienter les actions de prévention « spécifiques » à destination des jeunes et des populations en difficulté pour agir directement sur les inégalités en matière de santé. »

On observe dans ces références notamment sur la question de la santé au travail une acception « moderne » de la prévention :

« La santé au travail a évolué d'une problématique liée à l'emploi et à une aptitude médicale au travail vers une amélioration des conditions de travail et une plus grande articulation avec la politique générale de santé publique. »

« Il appartient à l'employeur de mettre en place toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ainsi, il est tenu, notamment, « de planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral »

Enfin, la préoccupation pour la prévention n'est donc pas l'apanage stricte des textes de la période 2004, avec un certain manque de consensus quant à la diversité des opérateurs ainsi qu'aux considérations sur les services de prévention, ce qui s'ajoute aux paradoxes déjà présents en 2004. A travers la remise en cause par les auteurs des choix faits au niveau national, la question de la légitimité de l'État à conduire la politique de prévention demeure ouverte :

« La Fédération Addiction en sait la difficulté et restera vigilante aux modalités d'applications, notamment pour éviter des regroupements administratifs plus coûteux qu'utiles. Elle réclame une politique de

prévention qui optimise le dispositif public existant, évitant son morcellement dans une logique d'opérateur »

« Voir la prévention citée parmi les domaines-clefs du nouveau « service territorial de santé au public » est une satisfaction. Mais pour agir sur les déterminants de la santé, ce service territorial devra prendre en compte les grands services publics de prévention (PMI, santé scolaire, santé au travail...) et les activités de promotion de la santé menées dans les milieux de vie avec tous ses acteurs »

« Les mutuelles ne possèdent pas de service médical et ne participent pas aux relations conventionnelles avec les professionnels de santé. Elles participent à la gestion du risque en menant des actions de prévention comme les campagnes de vaccination contre la grippe ou les dépistages du cancer. »

« Déploiement de son schéma régional de prévention plus territorialisé : les spécificités territoriales obligent à reconsidérer les moyens déployés, les thèmes, les modalités de collaboration entre acteurs, territoire par territoire »

« L'existence de professionnels ou de structures capables de prendre le relais du praticien, notamment pour les actions de prévention les plus longues destinées à modifier le comportement et les habitudes de vie des patients, est par ailleurs indispensable. »

« La loi a reconnu le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient, la prévention, le dépistage, et les missions d'information à l'officine, et où celle-ci est d'accès libre, facile, et constitue une porte d'entrée naturelle, proche et identifiée dans le parcours de soins .»

La notion de « prévention » elle-même se diversifie pour devenir floue quittant le champ du soin, repère consensuel de référence net en 2004, vers une acception plus proche du principe de « promotion de la santé » :

« Les inégalités en matière de santé sont parmi les plus inacceptables, placées par les Français loin devant les inégalités de revenus ou d'accès à l'emploi. Les outils qui permettent de les combattre sont la promotion de la santé et la prévention. Il s'agit d'assurer à chaque citoyen des modes de vie favorables à la santé et de lui permettre d'exercer un meilleur contrôle sur sa propre santé. »

« Les modifications proposées de clarification des missions des ARS permettent un rééquilibrage mettant à un même niveau « prévention, promotion de la santé », « soin » et « médico-social » ».

La référence au soin demeure cependant encore partagée et d'actualité pour plusieurs auteurs en 2014 :

« Avoir l'ambition d'une vision globale fondée sur le parcours du patient ou de la personne prise en charge suppose la reconnaissance d'un continuum, coordonné et surtout visible pour les professionnels et les usagers entre les actions de prévention, les soins ambulatoires, les soins

hospitaliers et les soins de suite lorsqu'il y a un épisode hospitalier et, le cas échéant, l'accueil en établissement du secteur médico-social et le domicile. »

« L'accessibilité économique, culturelle, géographique à la prévention et au soin est un objectif prioritaire »

« Médecine entendue dans son sens le plus large, c'est-à-dire une médecine de parcours, incluant la prévention comme une prise en charge appropriée à tous les âges de la vie, en faisant en sorte que le « soin » et le « prendre soin » soient un seul et même soin. »

« Repenser le cadre territorial d'organisation pour l'accès de tous à un dispositif de prévention et de soins en santé mentale, associant les équipes de soins primaires et les spécialistes hospitaliers, pour une meilleure coordination des prises en charge. »

A l'issue de cette revue qualitative, le thème de la « prévention », s'il n'a pas perdu du terrain, entre 2004 et 2014, il a de plus gagné en pluralité d'auteur, devient incertain. Encore fondu avec le soin, il émargerait aussi à la marge, et c'est la nouveauté de 2014, sur un autre référentiel qui semble se situer dans autre secteur que le soin, la promotion de la santé.

L'inscription dans le soin, son système, sa politique et son financement, à priori souhaitable pour tous, n'est pas sans poser de multiples problèmes non résolus auxquels il faut ajouter une sorte de crise de légitimité de l'État sur fond de pluralisme fait d'acteurs indépendants.

Seule tendance claire et consensuelle, en 2004 et en 2014, l'inscription forte du thème de la prévention dans les questions de santé en travail dont les risques « modernes », tels que les risques psychosociaux.

c. La santé publique comme auxiliaire normatif

Nous pouvons dégager de la même façon les éléments qualitatifs d'évaluation du thème « santé publique ». Rappelons tout d'abord que celui-ci est moins présent que celui de « prévention » dans l'ensemble des discours, en 2004 comme en 2014. De plus, il présente une progression inverse, tandis que 73 références codées en 2004 et 111 références en 2014 concernent la « prévention », 66 références codées en 2004 et 56 références en 2014 concernent la « santé publique ». Ce constat n'est peut-être pas uniquement à rapporter à l'effet « adoption » de loi de santé publique de l'été 2004 et mérite d'être expliqué.

On retrouve d'après la matrice croisant cas et nœuds, une distribution sensiblement identique de ces deux thèmes, « prévention » et « santé publique », entre les différents auteurs.

L'administration sanitaire occupe donc de loin la première place comme auteur privilégié de ce thème, avec cependant encore et toujours le biais représenté par le rapport IGAS. Sont ensuite en seconde position et nonobstant ce biais, devançant nettement tant les acteurs de santé publique que les parlementaires, le « cas » des ministres.

Cette sensible différence en termes d'auteurs privilégiés entre les thèmes « santé publique » et « prévention » semblerait indiquer la valence régaliennne de la santé publique que nous allons vérifier par l'examen qualitatif des références que nous allons passer en revue.

A nouveau, comme c'était le cas pour la « prévention », il nous faut moduler cette analyse de l'analyse de biais que nous avons conduite. Celle-ci confirme néanmoins les résultats interprétés ci-dessus. Avec 118 références encodées, originaires de 27 sources, l'indice que nous avons construit est cependant moins élevé que ce n'était le cas pour « prévention », il est d'ailleurs assez modéré comparé aux indices les plus élevés : 7,3 (score de « droits et Droit ») et 8,8 (score de « sécurité et risques »).

Regardant attentivement les sources principales de ces références, trois sources concernent la moitié d'entre elles : le rapport de l'IGAS sur la prévention durable de 2003 (sans surprise), mais en 2014, la présentation de la loi sur la modernisation de notre système de santé par la Ministre de la santé (9 références) ainsi que le rapport préfigurant cette loi et commandé par le 1^{er} Ministre à Mr Cordier, président du comité des sept sages. Après la haute administration en 2004, le Politique en 2014.

Le trait dominant des discours de 2004 concernant la santé publique est le lien récursif existant ou souhaité entre celle-ci et le système de soin ainsi que l'assurance maladie. Lien paradoxal puisque deux lois distinctes ont été promulguées le même mois d'Août 2004, l'une visant la sécurité sociale, l'autre visant la santé publique.

Cette tendance des discours paraît indiquer le caractère plus volontaire que réaliste d'une implication réciproque de la santé publique et du système de soin

et d'assurance maladie, l'un devant concourir à l'autre et réciproquement, jusqu'à confusion des deux termes :

« Les effets sanitaires dévastateurs de la canicule et leur prise en charge par le système de santé font l'objet d'une mission d'information constituée au sein de la commission et présidée par M. Denis Jacquat » [...] « En effet, si l'ensemble des conséquences de cette canicule pouvaient difficilement être anticipées, il n'en reste pas moins que notre système de santé publique souffre de faiblesses structurelles profondes » « L'assurance maladie concourt à la réalisation des objectifs de santé publique et à la réduction des inégalités, notamment par la promotion de la santé et par le développement du libre et égal accès aux soins et au diagnostic sur l'ensemble du territoire. » « Poser un diagnostic sur l'adaptation du système de santé aux exigences de cette dimension majeure de la santé publique »

Cette caractéristique forte est corrélée à la dimension collective, populationnelle de la santé publique, investie de la finalité et de la définition des objectifs de la politique de santé et du système de santé :

« Il existe un lien évident entre la réforme de l'assurance maladie et les dispositions du projet de loi relatif à la santé publique. L'assurance maladie contribuera à la réalisation des objectifs de santé publique » « Ces exemples illustrent ce qu'est la politique de santé publique : non pas l'intrusion de l'État dans l'intimité de chacun, mais la nécessité de comprendre et de résoudre les problèmes de santé à l'échelle de la population. Car sans ce regard collectif, le système de santé est myope » « Car la vraie question est de savoir si les ressources consacrées au système de santé ont le meilleur impact possible sur l'état de santé de la population. C'est cette correspondance entre les moyens et les résultats que ce projet de loi veut organiser. » « Tout d'abord, le fondement nécessaire de notre politique de soins et d'assurance maladie, c'est la santé publique : la prévention, l'éducation à la santé, le dépistage. » « La politique de santé est dès lors à la recherche de nouveaux objectifs, de nouveaux critères d'évaluation, de nouveaux modes de régulation. La santé publique et la prévention retrouvent leur importance. » « Les préoccupations de santé publique rejoignent la recherche d'optimisation durable des dépenses d'assurance maladie, ce qui conduit à une approche globale des assurés intégrant la dimension préventive. Il faut donc éduquer pour éviter ou retarder la maladie, dépister pour une prise en charge aussi précoce que possible, limiter l'impact des affections chroniques. »

La santé publique se présente ainsi dans les discours de 2004 comme la dimension publique (potentielle ou attendue) de la politique sanitaire et du

système de santé, c'est-à-dire de soins. Ceci n'est pas sans poser deux types de problèmes, d'une part du point de vue politique, d'autre part d'un point de vue essentialiste. Sur le plan politique, la santé publique semble à la recherche d'une légitimité, le rôle de l'État semblant s'affirmer tardivement et non sans quelque ambiguïté :

« Alors que la Santé publique concerne tous les Français, le projet de loi actuellement en élaboration marque le retour en force des décisions en cercles fermés. Or, l'analyse des besoins, des attentes et de l'expérience vécue, n'appartient pas aux seuls experts. »[...]« Sur tous les plans, donc, retour d'une santé publique de << vieux style > qui laisse à distance le Peuple... »

« Dans un intérêt de santé publique qui est la seule motivation du CNOM⁴²⁵ et dans l'intérêt des patients, il ne peut que dénoncer cet amendement »

« Le système de santé ambulatoire étant en majeure partie géré par les partenaires sociaux, l'État intervenait pour réguler les dépenses, mais peu pour orienter le système vers des priorités de santé publique. »

« L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins confie ainsi à la Conférence nationale de santé, destinataire des rapports du Haut comité de santé publique et des conférences régionales de santé, la mission « d'analyser les données relatives à la situation sanitaire de la population ainsi que l'évolution des besoins de santé, et de proposer les priorités de la politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins »

« ... considérant le corporatisme revendicatif des médecins et les incorrigibles velléités d'autonomie de l'assurance maladie, la tentation l'emporte de bâtir un domaine de la santé publique autonome et souverain, fort de sa compétence régaliennne et démarqué du social d'un côté et de l'offre de soins de l'autre, dans des structures publiques spécifiques. »

« Addictions, tabagisme, alcoolisme, déséquilibre nutritionnel, pratiques sexuelles à risques, éducation à l'hygiène et à la santé, il n'est pas un de ces domaines désormais prioritaires de la santé publique qui ne puisse faire l'économie, à la plupart des étapes d'une action ou d'un programme, du recours au médecin. »

Cependant d'autre part, d'un point de vue essentiel donc, à l'instar de la « prévention », la « santé publique » est présentée comme portant de fortes difficultés intrinsèques :

⁴²⁵ Conseil National de l'Ordre des Médecins

« (la santé publique) a trop souvent été vécue comme une intrusion de l'État dans l'intimité des personnes, voire dans le champ de compétence des professionnels de santé »

« Le système de santé français est centré sur l'offre de soins [...] ni de l'espace ni du temps qui lui auraient permis d'apporter une réflexion de santé publique dégagée du court terme et des impératifs financiers. »

« le domaine de la santé publique est par nature polycentrique et interinstitutionnel ».

« Une politique de santé publique est un processus complexe. Elle a pour vocation d'agir sur des déterminants multiples : sanitaires, mais aussi socio-économiques, culturels, environnementaux ; individuels, mais aussi collectifs. »

« La santé publique se construit dans le temps, et qu'il importe avant tout de situer nos propositions dans un continuum ».

« L'expérience du professionnel de santé publique est un «patch-work» de multiples travaux, études, rencontres... Il est plus que vital que, selon des cadres définis, les professionnels de santé publique puissent évoluer au sein de leur champ afin d'enrichir leurs parcours et mobiliser leurs compétences dans des structures et lieux variés, qu'elle que soit l'appartenance institutionnelle ».

La « santé publique » se trouve, de l'avis consensuel des auteurs, dans une situation déficitaire en lien, ce qui lui est spécifique par rapport à la prévention, avec une évolution difficile la partageant entre deux tendances, une « santé publique » du passé et une « nouvelle santé publique » :

« Parent pauvre de l'enseignement universitaire, peinant à trouver sa place dans une médecine caractérisée par l'hospitalo-centrisme et focalisée sur le développement des techniques, la santé publique n'a pas dès l'origine disposé, à l'inverse des pays anglo-saxons ou scandinaves, ni des instituts de recherche et de formation idoines, ni bien sûr des structures d'intervention suffisamment efficaces pour conduire des actions de dépistage et de santé publique organisées ».

« Malgré les progrès indéniables réalisés depuis quinze ans, notamment avec la création des agences sanitaires, le système de santé publique est en retard » ;

« La France manque quantitativement de compétences dans les différents métiers de la santé publique ; il faut se donner les moyens de les acquérir et de professionnaliser le champ de la santé publique » ;

« Le peu de rayonnement de la spécialité de santé publique et la multiplication, dans l'enseignement supérieur, des cloisonnements par disciplines et par professions, ne permet pas d'accélérer la nécessaire mutation du système de santé vers une logique de santé publique »

« Depuis le seconde moitié du dix-neuvième siècle et pour ainsi dire jusqu'à la seconde guerre mondiale, le triptyque : hygiénisme, vaccination et lutte contre les fléaux sociaux, a été le fondement de la politique de santé publique » ;

« La création, à la fin de la dernière décennie, d'agences de sécurité sanitaire (agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, institut national de veille sanitaire, agence française de sécurité sanitaire des aliments, agence française de sécurité sanitaire environnementale) a transformé en profondeur le paysage de la santé publique et les modes d'intervention de la puissance publique en ce domaine ».

Les problèmes de santé au travail dont nous avons vu l'importance accordée par les auteurs au sujet de la santé font partie du tableau de carence de la santé publique en France :

« Les rapports entre médecine du travail et santé publique, marqués par une tradition de forte ignorance, si ce n'est d'opposition. » [...] « du fait de leur formation, leur statut, le déroulement de leur carrière, ni les médecins du travail, ni les médecins inspecteurs régionaux du travail ne sont considérés comme des médecins de santé publique. »

La « nouvelle santé publique » se différencie de l'ancienne principalement du fait de le rôle de l'État et des problématiques envisagées, moins que du point de vue des méthodes, *a contrario* donc du mouvement de la prévention vers la promotion de la santé :

« Dans les facultés de médecine, hormis quelques exceptions, l'enseignement de santé publique reste orienté massivement vers l'informatique médicale et la biostatistique, moins vers la promotion de la santé. L'École nationale de la santé publique, malgré l'effort incontestable accompli en matière de formation à la prévention, forme avant tout des gestionnaires du système de santé ».

« Le paysage a de ce point de vue notablement changé depuis les années quatre-vingt-dix, qui ont vu la création de nombreux établissements publics administratifs dans le domaine de la santé, rassemblant des experts en sécurité et en prévention, comme en surveillance et en observation ».

« Il est important que les préoccupations de santé publique continuent à être portées au plus haut niveau de l'État, afin de garantir l'efficacité interministérielle et que soit développée l'expertise commune et l'équilibre des responsabilités entre les différents départements ministériels, en particulier au sein des agences de sécurité sanitaire ».

Nous venons, à travers cette revue des références encodées dans les discours de 2004 et leur analyse, de brosser le portrait d'une santé publique, fortement chargée d'enjeux politiques. Il s'agit à la fois de légitimer la responsabilité publique à l'égard du système de santé et l'intervention étatique dans le domaine de l'assurance maladie au motif d'une finalité collective pourvue d'objectifs de

santé publique.

L'autre enjeu apparent est celui de l'évolution d'une vieille « santé publique » peu revendiquée par l'État à une nouvelle « santé publique » instaurée par et pour l'État dans une préoccupation typiquement régaliennne de « sécurité sanitaire ».

Le contexte législatif de l'adoption des deux lois tant sur l'assurance maladie que sur la santé publique peut expliquer de façon plausible une telle conception de la santé publique dont on peut se demander si elle est purement conjoncturelle. Aussi qu'en est-il de 2014 ?

L'examen attentif des références encodées dans les textes de 2014 montre que le sens attribué aux termes « santé publique » ainsi que la fonction désignée sous ces termes ne diffèrent pas finalement de ceux mis en évidence à travers les textes de 2004.

On observe même une forte accentuation du nombre de références, ici très majoritaires, dans lesquelles la santé publique est investie de ce rôle de définition des objectifs et d'horizon normatif, concernant tant la dépense publique d'assurance maladie que le système de santé et ses acteurs, hôpitaux et médecins, voir même, ce qui est nouveau par rapport à 2004, de l'ensemble des politiques publiques.

Ce dernier point témoigne d'un timide pas vers le principe de « politiques publiques saines », constituant le premier axe de la Charte pour la promotion de la santé adoptée en 1986 à Ottawa.

Les extraits ci-dessous témoignent de la permanence de la fonction de la santé publique entre 2004 et 2014 :

« L'assurance maladie doit ainsi concentrer les efforts de redressement des comptes sociaux. Son déficit vient augmenter la dette sociale et fait peser sur les générations futures des charges lourdes, sans que l'euro dépensé soit toujours justifié par les exigences de la santé publique »

« Le nouveau « comité interministériel pour la santé » ne pourra inscrire des priorités de santé dans toutes les politiques que s'il dispose des résultats fournis par une recherche en santé publique renforcée et des données des études d'impact sur la santé des politiques publiques. »

« La contribution des savoirs de santé publique, seuls garants des spécificités de la santé en matière de politiques publiques, est indispensable pour objectiver ce type de finalité. Une loi de santé publique serait donc l'opportunité de requérir des cadres d'action

intersectorielle articulant les différents niveaux de décision et explicitant les modalités de prise en compte des connaissances de santé publique dans les processus de décision. »

« En ambulatoire mettre toutes les marges de manœuvre sur la prise en compte du temps clinique et de coordination, massivement sur les rémunérations d'équipes, tout en confortant le mécanisme d'intéressement sur objectifs de santé publique ».

« Le dispositif des CLS est également évoqué pour renforcer l'offre de premier recours et faire partager des objectifs de santé publique sur les territoires de proximité prioritaires ».

« Le déploiement du dossier pharmaceutique doit être poursuivi, en permettant sa consultation par les médecins, services d'urgence et établissements de santé et en prévoyant son utilisation pour des objectifs de santé publique ».

Dans une logique tout à fait similaire aux années 2004, on retrouve dans le sens attribué à « santé publique » en 2014, une forte intrication de celui-ci avec le système de soin, voire même un recoupement de sens :

« Les ruptures d'approvisionnement en produits de santé constituent un problème de santé publique dont la fréquence s'accroît de façon rapide. »

« Vous avez annoncé à Grenoble le 8 février 2013 la préparation d'une stratégie nationale de santé porteuse de réformes « structurelles » du système de santé. Ces réformes doivent trouver « leur place dans la loi de santé publique qui sera votée l'an prochain ».

« Ce sont les déterminants sociaux de ce gradient mais aussi les déterminants environnementaux qu'une Loi de santé publique doit impérativement prendre en compte en même temps qu'elle contribue à adapter le système de santé. »

« La loi de santé, qui sera présentée en septembre au conseil des ministres pour un examen à l'Assemblée nationale au début de 2015, va réformer en profondeur la loi de santé publique de 2004 ».

Au-delà de cette acception du terme de « santé publique » et de la fonction qui lui est assignée, on ne constate pas véritablement d'éléments nouveaux, voire même plutôt un appauvrissement du champ correspondant. Les questions de pluralité d'acteurs et de légitimité, quelques références à la nécessité de la prévention en faveur des jeunes, mais dans le registre des comportements et consommations à risque seulement, ainsi qu'à la prise en compte de la santé au travail complètent ce champ.

La diversité des intervenants en santé publique, telle qu'elle était déjà apparue à propos la prévention demeure. Concernant la question de légitimité cependant, une certaine stabilité des rôles semble contraster en 2014 d'avec 2004, avec

d'une part un rôle affirmé de l'État et d'autre part une place affirmée aux partenaires de la démocratie sanitaire.

La santé publique semble ainsi avoir perdu de sa tension politique en 2014. Le citoyen qui disputait la légitimité en santé à l'État semble être remplacé par la figure plus tranquille du patient-usager participatif :

« ... dans une histoire récente où l'on a prétendu pouvoir imposer la périodicité de « quinquennats » de santé publique qui n'ont jamais vu le jour, ce texte affirme la nécessité d'adapter en permanence le système, ses métiers, son pilotage, aux évolutions des connaissances, des techniques mais aussi des attentes et des aspirations de la population. »

« En quelques décennies, l'hôpital a beaucoup changé. Le progrès médical, scientifique et technologique, ainsi que notre système de protection sociale, ont permis d'en faire un lieu de compétence professionnelle et d'humanité, en évolution constante pour s'adapter aux attentes des patients et aux enjeux de santé publique. »

« La qualité d'un modèle de santé publique se mesure désormais à la place qu'il accorde aux patients. Le ministère de la santé fut celui de l'hôpital, puis des professions de santé : il doit être aussi celui des patients ».

Enfin, les références en rapport avec les limites internes à la santé publique, les carences déplorées en 2004, ne trouvent qu'un très faible écho en 2014, de même que l'évolution de la santé publique sous une forme moderne dominée par la problématique du risque sanitaire.

Certes, une timide ébauche vers la promotion de la santé est perceptible mais elle semble imaginaire, les concepts de ce nouveau paradigme encore source de confusion. Tout se passe comme si, le vocable de la « promotion de la santé », notamment la notion de « déterminants » n'avait intégré la grammaire du texte que pour des raisons « cosmétiques ». Pour illustration, ces références :

« La réduction des facteurs de risque, l'infléchissement des comportements individuels à risque et l'action sur les déterminants collectifs, en particulier ceux facteurs d'inégalités, doivent être la pierre angulaire des politiques de santé publique ».

« Il s'agit de poser les bases d'un Institut national dédié à l'ensemble des missions de santé publique relatives à la santé des populations, centré sur les fonctions essentielles de santé publique. »

« L'approche de l'organisation du système autour du parcours de soin ou du parcours de vie et au service de la personne engagée dans ce parcours conduit à reconnaître un service public territorial de santé qui se définisse par des missions de service public : actions de santé publique (prévention, vaccination, éducation sanitaire, information...) ;

permanence des soins sur le territoire de proximité ; enseignement et recherche ».

« La difficulté à cibler les enfants pour mettre en œuvre les mesures de prévention et priorités de santé publique qui peuvent les concerner (prévention de l'obésité, lutte contre les addictions, amélioration du suivi vaccinal...) en l'absence de médecin désigné pour coordonner leur parcours de soins. »

« La Société Française de Santé Publique (SFSP) ne peut que se réjouir que soit enfin décidée l'actualisation de la Loi de santé publique du 9 août 2004. Notre société s'interroge néanmoins sur l'étendue des réformes envisagées au vu de l'argumentation exposée, qui pourrait faire de la santé une affaire trop exclusivement centrée sur le système de soins ».

Ainsi, la notion de « santé publique », qui semblait en mouvement en 2004, connaît dans la période 2014 une forme de stabilisation et une centration de sens dans sa fonction d'auxiliaire normatif de l'État, au service du contrôle des dépenses ainsi que du système de soin, dans une forme de statu quo quant à la diversité de ses acteurs, la légitimité incontestée d'un État bienveillant et attentif vis-à-vis des attentes du patient-usager. Ainsi, la permanence du paradigme de la santé/non-maladie en toute cohérence s'accompagne d'une focalisation persistante de la politique de santé sur le système de santé/soins en référence duquel cette dernière se pense. Or, nous avons fait le constat dans le chapitre précédent, d'un système de santé-objet très insatisfaisant dont les multiples défauts et dysfonctionnements sont autant d'éléments de justification de la réforme et de la distribution des cartes du pouvoir.

Nous allons pouvoir confirmer ou infirmer cette tendance, et l'analyser plus finement à travers l'étude de références correspondantes.

d. Un système en tension

Un premier constat s'impose en examinant les nœuds auxquels correspondent les plus grands nombres de références que l'on peut lire et suivre entre 2004 et 2014 grâce à la matrice nœud-année. Sont exclus des résultats présentés dans ce paragraphe les nœuds que nous venons de passer en revue dans les paragraphes précédents dont notamment, la « prévention ».

Remportent les scores les plus élevés de très loin, en première place, le nœud « coordination », avec une progression passant de 42 références en 2004 à 144

références en 2014, puis les questions de « sécurité » avec une progression similaire, passant de 47 références à 137, et en troisième place « territoires et approches territoriales », qui connaît la plus forte progression, avec seulement 6 références en 2004 versus 113 références en 2014.

Notons ici d'emblée que ces trois nœuds font partie des huit nœuds repérés comme porteurs potentiels de biais du point de vue de l'importance relative des documents en termes de quantité de texte.

D'autres thématiques ou problématiques sont elles aussi particulièrement présentes, par ordre décroissant : « performance », avec une progression relative depuis 64 références en 2004 à 102 références en 2014, puis « la qualité des soins », avec 42 références en 2004 et 93 références en 2014, enfin la question « droits et Droit », avec une progression similaire et dans les mêmes proportions que dans le cas des territoires, soit six références en 2004 et 89 en 2014.

Ces trois nœuds correspondent aux trois derniers des huit nœuds identifiés comme à risque de biais, en sus des deux premiers et des trois suivants déjà mentionnés.

Nous observons ainsi une continuité certaine des thèmes et problématiques dominant le discours de la réforme que ceux précédemment identifiés, « coordination », « performance », « sécurité », « qualité », en écho les uns et les autres, tant aux multiples imperfections du système justifiant les solutions mises en musique dans la réforme, qu'aux enjeux présidant à cette réforme.

A contrario, le thème de la crise n'occupe pas une place importante parmi les références puisqu'il ne figure pas même dans les favoris. Par ailleurs, « Territoires » et « Droits » apparaissent comme des marqueurs nouveaux du discours de la réforme des années 2000 que nous envisagerons dans le paragraphe suivant.

Vérifions avant d'aborder ces deux nœuds « coordination » et « performance » ce qu'il en est d'un biais éventuel d'interprétation lié aux déséquilibres de proportion de textes. Concernant le nœud « coordination », on relève 184 références encodées dans 27 sources, l'indice calculé est fort (6,8). Trois rapports dominant en tant que sources de ces références, puis deux autres dans une moindre mesure, si bien qu'on ne constate pas véritablement de rapport « envahissant » en soi. Il s'agit pour les trois premiers du rapport « Cordier », du

rapport parlementaire sur la permanence des soins ainsi que la synthèse des débats en région sur la stratégie nationale de santé pour un nombre de références se montant à 79, puis le rapport sur la coordination d'appui ainsi que l'exposé des motifs de la loi votée en 2016, à l'origine de 29 références.

Avec exclusivement des textes issus du corpus 2014, visant tant les enjeux d'organisation des soins que la réforme elle-même la question de la coordination est donc présentée avec un certain biais. Ces cinq rapports, certes équilibrés en poids réciproquement et émanant d'auteurs variés, orientent ainsi fortement l'analyse du sens attribué à ce terme ainsi que l'usage qui en est fait. Celui-ci émane en effet d'un cadre fortement marqué par des textes focalisés sur le système de soin et sa réforme et dont les motifs s'y rapportent.

Il en est sensiblement de même du nœud « performance », avec 166 références issues de 31 sources, l'indice est moins élevé (5,3). Plusieurs rapports se partagent l'origine de ces références de manière équilibrée et diversifiée en termes d'auteurs. Les deux premiers sont le rapport IGAS sur la prévention durable de 2003 et le rapport « Cordier », avec 41 références pour eux deux, puis le rapport sur l'avenir de la sécurité sociale de la Cour de Comptes en 2004, le rapport d'information parlementaire sur l'organisation de l'hôpital, le pacte de confiance 2014, enfin l'exposé des motifs de la loi santé votée en 2016, avec 48 références pour eux quatre.

Aussi, peut-on dire qu'il n'y a pas véritablement de biais rapportable à une disproportion de textes ou d'auteurs qui saturerait le matériau analysé pour ce nœud « performance ». Pour autant, on note une focale sur le système de santé et sa réforme, ce qui implique les mêmes précautions que précédemment émises concernant le nœud « coordination ».

Revenons à ce sujet précisément, nous l'avons vu dans le chapitre précédent, l'impératif de coordination est fortement présent dans les discours institutionnels concernant un système de santé décrit comme complexe, inorganisé, cloisonné... Mais cet impératif, sous-tendant un objectif de rationalisation dans les années 1980, était alors mobilisé au sujet des acteurs du dit système.

Or les premières données du codage révèlent que l'impératif de coordination est loin de ne concerner que les seuls acteurs du système de santé dans les années

2000. Le terme de « coordination » est tout autant mobilisé s'agissant des textes réglementaires que des institutions notamment. Nous l'avons donc considéré sous l'angle d'une problématique traversant la politique de santé et dépassant le seul cadre du système d'acteurs, de leurs pratiques ainsi que de son organisation. Examinons donc successivement ces deux registres, celui d'un système d'acteur et de sa rationalisation, dont nous voulons vérifier ou infirmer la permanence dans les discours de la réforme, depuis les années 1980, de 2004 à 2014, d'autre part celui des instruments et institutions de la politique de santé en tant que politique publique, insoupçonné précédemment en tant que problématique de coordination de la politique de santé et ainsi nouvellement apparu en 2014.

Nous avons, dans notre première partie, mis en évidence le paradoxe résultant de l'intention de transformer un « faux système » en « véritable système », à vouloir coordonner ce qui nous apparaissait être un objet présentant toutes les caractéristiques d'un système, caractéristiques cependant vivantes et par nature, obéissant donc à des règles d'homéostasie peu compatibles avec un exercice de rationalisation imposé de l'extérieur.

Nous voudrions ici, tester cette interprétation en nous attachant tout d'abord à l'exploration des difficultés et paradoxes d'une telle entreprise, tels qu'elles seraient objectivables à travers les références encodées au titre de la coordination du système de santé. Nous explorerons dans un deuxième temps le registre de la performance, ici encore, nous avons construit un nœud exprimant non pas une thématique mais un ensemble de notions constitutives du registre de la « performance », regroupant ainsi les mots clefs constitutifs du new management public dont notamment : efficacité et efficience. Enfin, nous vérifierons l'interprétation de ces résultats en croisant cette analyse de l'analyse de biais.

L'examen attentif qualitatif des références encodées sous ce nœud « coordination » conduit à trois grands constats. En premier lieu, les problématiques de coordination concernent en principal, la coordination des soins, des acteurs du soin, ainsi que du médico-social, notamment entre ville et hôpital, ainsi que, et dans une moindre proportion, entre acteurs sanitaires « non sanitaires ». De nature intersectorielle, enfin, elle vise plus accessoirement les usagers et façon anecdotique les bénévoles associatifs.

La coordination des acteurs de santé demeure ainsi centrée sur le système de soin, en cohérence avec la force du paradigme de la santé/non-maladie.

Toutefois, modalités et désignation du responsable de cette coordination de l'action des acteurs de soins, est controversée, entre vision participative et encadrement dirigé. La question de la légitimité se présente comme un enjeu fort de la réforme :

« Il faut, d'abord, s'attacher résolument à améliorer le fonctionnement du système de soins et la coordination de ses acteurs. C'est là un changement important par rapport à la période où furent conçues les assurances sociales : l'assurance maladie ne peut plus se contenter d'être un simple dispositif de paiement pour des soins qui s'organiseraient tout seuls. »

« Le préambule de la convention de 2005 indiquait que le médecin traitant, pour remplir sa mission, « s'appuie sur un réseau de professionnels de santé qu'il sait pouvoir consulter sur les différents aspects de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique de son patient ». Ce constat mettait d'emblée en exergue le fait que la coordination est le plus souvent le fruit de réseaux relationnels personnels que d'une démarche construite, entérinant ainsi paradoxalement une lacune du système de soins à laquelle la loi de 2004 avait précisément entendu remédier ».

« La mission a également inscrit un principe, celui de confier au médecin de premier recours, et à lui seul, la décision du déclenchement de la coordination, au cas par cas. Ceci permet au médecin, qui joue un rôle pivot dans la prise en charge des patients, d'assurer la cohérence de la coordination. Ce rôle ne doit pas être confié au patient ou à d'autres professionnels, car la multiplicité de décideurs nuirait à l'efficacité du dispositif. En outre, si le patient décidait de sa propre coordination, son objet pourrait être élargi à l'excès, au-delà de la stricte incidence sur son état de santé »

« Le CHU ne peut plus avoir une stratégie centripète et par là même « assécher » son territoire pour concentrer l'activité au motif de l'excellence ou de l'efficacité, ou plus trivialement pour accroître le volume de son activité. Il doit au contraire développer une stratégie d'ouverture, de coopération et prendre une position de coordonnateur, de facilitateur, être le « cœur qui irrigue les territoires sous sa responsabilité » ;

« En Aquitaine, si la coordination, notamment pour les situations complexes (maladies graves, handicap, polypathologies des personnes âgées, etc.), apparaît comme un impératif, la gouvernance des modalités de coordination elles-mêmes est interrogée ».

« Mais à chaque fois que la coordination s'avère payante, ce sont toujours les mêmes clés de succès qui sont réunies, dont deux paraissent déterminantes : une démarche de planification régionale de santé véritablement participative, dans laquelle les élus et les représentants de l'assurance maladie ne sont pas seulement considérés comme des payeurs ; une capacité d'entraînement des services de l'État fondée sur le partage

des analyses, des résultats, des fruits de la réussite ».

« Une telle architecture conduit par exemple à refuser d'édicter d'en haut un métier de coordination entre les professionnels, mais à élaborer le cahier des charges des objectifs à atteindre, confiant aux acteurs territoriaux la charge de retenir la solution la plus appropriée. »

Notons ici, une observation concernant un nœud minoritaire en termes de références encodées, il s'agit du nœud « mobilisation ». Celui-ci fait partie des quatre nœuds les moins référencés avec huit sources seulement et seulement vingt références. Ainsi, dans un contexte de conflit de légitimité sur « qui » dirige, la mobilisation des acteurs en vue des objectifs de la politique de santé n'est la préoccupation que de peu d'auteurs. Il importe ici d'observer ce point de plus près.

Créé de façon inductive car il est mobilisé par certains auteurs lui accordant une certaine importance. Une source constitue à elle seule huit de ces vingt références, le rapport IGAS sur la prévention durable de 2003. Le thème de la « mobilisation » semble ainsi n'intéresser principalement que le champ de la prévention. Les autres références sont réparties de manière dispersée dans les autres sources concernées, plusieurs d'entre elles concernent aussi le champ de la prévention. Peu d'entre elles visent le système de santé et le soin. Se pose de nouveau la question de la légitimité :

« Pour ceux qui en ont la curiosité, il est bon de rappeler la mobilisation des administrations et de personnalités qualifiées autour du professeur Robert Debré dans les années cinquante, mobilisation qui a conduit à la réforme de 1958. »

« L'absence de mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé autour d'objectifs convergents explique notamment les retards persistants de la diffusion des médicaments génériques ».

« Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales assurera le pilotage administratif de cette stratégie. Elle sera aussi l'occasion de mobiliser le plus largement possible les acteurs de la santé, tant au niveau national que dans les régions. »

« La volonté seule des politiques est essentielle mais elle n'y suffira pas si tous les acteurs de santé ne se mettent pas, ensemble, en mouvement. »

« Si on regarde les autres secteurs de l'action publique de poids comparable, on voit très clairement que la santé est aujourd'hui plutôt sous-investie en termes de mobilisation citoyenne et grand public ».

Revenons à la « coordination », se placent en second lieu d'importance en nombre les références visant la coordination interinstitutionnelle et au chef

desquels, de loin, le problème de la coordination interministérielle, puis la question de la coordination entre État et assurance maladie, État et Collectivités locales. Enfin, dans cette même rubrique et dans de moindres proportions, les questions de coordination entre régimes de la sécurité sociale, services et activités de contrôle de planification de financement et de pilotage de l'action publique. Or, cette coordination pose tout autant la question de la légitimité :

« De même la politique de régulation de la médecine de ville ne peut ignorer les priorités de prévention. Cela suppose que deux conditions soient réunies : l'existence de modes de coordination et de coopération précis, à prérogatives égales, entre le pôle de santé publique et le pôle chargé de l'offre de soins ».

« Une vraie coordination ne verra le jour qu'à la double condition d'une clarification des rôles des différents acteurs (notamment de l'État et de l'assurance maladie) et de la mise en place d'un véritable échelon régional du régime général d'assurance maladie se substituant à la totalité des structures existantes »

« A défaut, stabiliser les frontières de compétence sur des bases claires, afin de mieux organiser le dialogue entre les institutions appelées à se coordonner ; enfin, instaurer aux divers degrés des formes de délégation et de responsabilisation plus nettes à l'égard des cadres dirigeants. »

« Il est nécessaire aujourd'hui de passer à une nouvelle étape dans la conduite des politiques de gestion du risque pour améliorer l'efficacité de ces actions et mieux garantir la coordination des services de l'État et ceux de l'Assurance maladie ».

« Cet article propose également d'organiser le renforcement de la coordination des opérateurs de l'État intervenant dans le champ du ministère chargé de la santé. Aujourd'hui assurée au sein du comité d'animation du système d'agences (CASA), instance informelle présidée par le directeur général de la santé, l'enjeu est de donner à cette coordination une base légale renforcée ».

Le deuxième constat issu de la revue des références encodées sous cette problématique de la « coordination » pour un nombre important d'entre elles, consiste en une forte valeur attribuée au niveau local, aux territoires, comme lieu pertinent et ou nécessaire de la coordination. Ce principe consensuel entre en collision non seulement avec le problème de la coordination interministérielle et interinstitutionnelle, mais aussi avec la controverse sur la nature de gouvernance de cette coordination, telle que mise en évidence ci-dessus. Ces différents registres entrent ainsi en tension :

« Une approche de proximité et de santé communautaire est, en matière

de prévention, une nécessité absolue dont il faut tenir compte lors de la définition des modes d'organisation et de coordination entre les intervenants dans les domaines du curatif et du préventif, du sanitaire et du social. »

« Cette réflexion menée en France n'est pas isolée puisque tous les pays de l'OCDE ont exprimé un besoin de coordination. Il est pourtant difficile de faire des comparaisons et des bilans des coordinations existantes du fait de l'absence d'une définition consensuelle de ce qu'est une coordination en matière de parcours de soins, a fortiori de ce qu'est une coordination territoriale d'appui. »

« Les coordinations se heurtent en outre aux cloisonnements entre les soins à l'hôpital et les soins en ville ou entre les différentes administrations (nationales, locales, sociales), cloisonnements que des nomenclatures plurielles des différents territoires de mise en œuvre viennent encore complexifier. »

« La coordination et la répartition de l'offre de soins sur le territoire de santé (établissements et ville) ne peut ignorer la politique générale d'aménagement de territoire ; il importe que les élus (région, département, communautés urbaines ou de territoire), déjà associés à la gouvernance de l'ARS (il existe un collège d'élus dans le conseil de surveillance de l'ARS), soient mieux informés et plus en amont des décisions. Une coordination entre les PRS et les schémas de cohérence territoriale (SCOT) s'impose par ailleurs. »

« Coordonner les politiques publiques et réunir leur financement en matière de prévention, via notamment les contrats locaux de santé, en réunissant les acteurs (exemple médecins traitants, PMI, médecine scolaire, médecine du travail), en élaborant des plans départementaux et en soutenant les initiatives associatives de proximité sur les territoires de santé. »

« La coordination soignante relève par nature de la médecine de proximité. Et c'est aux établissements de santé de lui fournir, au bon moment, l'apport puissant de compétences cliniques et techniques dont le « parcours » d'un malade peut avoir besoin. »

Le dernier constat découlant de l'analyse des références encodées sous ce nœud « coordination » concerne le besoin et les bénéfices de la « coordination » des soins, lesquels apparaissent comme principalement en lien avec la valeur qualité. La rationalité économique, certes présente à travers les gains en efficacité et efficiences recherchés, se situe au second plan de cette valeur « qualité », ce qui invalide la thèse de la crise économique au principe des réformes :

« En ce qui concerne d'abord l'augmentation de la qualité des soins, l'effort doit porter en priorité sur la coordination. Il s'agit de répondre ainsi au constat du cloisonnement de l'offre de soins »

« Or, le rapporteur vient de souligner ce qu'apportera le dossier médical partagé en matière de coordination et de qualité des soins mais a exprimé des doutes sur les économies qu'il entraînerait à court terme ».

« Selon de nombreuses études, une coordination efficace en appui aux médecins permet d'améliorer la qualité des soins, dans un système de santé complexe et fractionné ».

« La coordination vient en complément de l'exercice clinique et en appui à celui-ci pour une amélioration de l'état de santé global au sens de l'OMS ».

« Cette structuration des coordinations. [...] Cette organisation, qui ne fait l'objet d'aucune évaluation médico- économique, s'avère au final coûteuse pour l'État, les collectivités locales et la sécurité sociale ».

De fait, s'agissant de la crise, nous avons construit un nœud à ce sujet qui s'est révélé infructueux. Ce thème est très présent dans les discours des années 1980 mais plus rare dans les années 2000 et sans évolution significative entre 2004 et 2014. Ce constat nous permet de confirmer la conclusion tirée de l'analyse du nœud « coordination » selon laquelle la crise n'est pas le moteur de la réforme.

Finalement, l'analyse qualitative conduite sur les références encodées sur le nœud « coordination » conforte la thèse de l'horizon normatif d'un modèle de système idéal au principe des réformes du système, et ce dans un climat de conflit de légitimité.

Celle-ci met de plus en évidence le caractère « endogène » des problèmes qu'affronte la réforme à travers l'importance des questions de coordination de nature institutionnelle qui, par certains égards, apparaissent comme *sui generis* :

« Au vu des informations communiquées à la mission, la coopération des directions d'administration centrale entre elles sur cette affaire apparaît très faible. Chaque direction (DGS, DGAS, DHOS) a mis en place, avec les moyens du bord, un système d'information d'urgence ad hoc, sans relation ni mise en réseau avec les autres directions. La majorité des correspondants sont « verticaux » : le cabinet, les administrations déconcentrées ou le réseau personnel de chaque agent. Dans cette crise, le passage d'information horizontal d'une direction à l'autre a été réduit. »

« Dans le même ordre d'idées, on peut déplorer le manque de relations avec les services qui dépendent du ministère de l'Intérieur, pourtant informés par les sapeurs-pompiers d'une forte augmentation d'activité (COGIRC, direction de la sécurité civile, direction des collectivités locales), avec les collectivités locales (conseils généraux, mairies) et avec les services du ministère de l'Environnement. »

« Les financements affectés à la coordination sont organisés en silos, malgré les progrès réalisés grâce à la mise en place du FIR, et ne contribuent ainsi pas à structurer une coordination transversale. »

On note à travers les références encodées pour « coordination » dans les discours de 2014, la persistance, non seulement d'une absence de coordination effective de l'action acteurs, mais aussi des institutions en charge. Il n'y aurait eu aucun effet d'une réforme de fait, quasi perpétuelle. Les références extraites ci-dessous, issues du corpus 2014, en témoignent. Les deux premières sont issues des rapports d'information parlementaires à propos de la lutte contre le tabagisme, les deux suivantes concernant la permanence des soins :

« Sur ce point, la proposition n° 1 visant à renforcer la coordination interministérielle reste pour le moment lettre morte, avec pour conséquence une absence de clarification des compétences. »

« Si nous en sommes là, c'est parce que la coordination entre les différents opérateurs est presque inexistante. Je rappelle que, dans cet esprit, nous avons notamment demandé que le tabac figure explicitement dans l'appellation de la mission interministérielle chargée de la drogue et de la toxicomanie pour renforcer son rôle de coordination, position approuvée par sa présidente que nous avons rencontrée lors de la préparation de notre précédent rapport ».

« On ne peut également que constater que l'organisation de la permanence des soins souffre d'un manque patent de coordination entre les acteurs ».

« Notre système de soins qui reste très cloisonné entre médecine de ville, reposant sur des praticiens libéraux et des établissements hospitaliers dont les statuts juridiques limitent souvent les possibilités de coopération avec des professionnels de santé dépendant d'un autre statut. Il ne sera pas possible d'améliorer le fonctionnement de la PDSA⁴²⁶ sans s'attacher à mieux coordonner les différents acteurs du système de santé. »

« Les régions ayant débattu sur le thème de la prévention évoquent le morcellement des politiques au niveau régional, et la coordination souvent insuffisante de projets conduits sur les mêmes territoires par les services des différents ministères (Santé, Environnement, Éducation nationale, etc.) ou par les organismes d'assurance maladie. »

« Cet article propose également d'organiser le renforcement de la coordination des opérateurs de l'État intervenant dans le champ du ministère chargé de la santé. Aujourd'hui assurée au sein du comité d'animation du système d'agences (CASA), instance informelle présidée par le directeur général de la santé, l'enjeu est de donner à cette coordination une base légale renforcée. »

Le nœud « performance », de même que celui de « coordination » que nous venons d'analyser finement, est un nœud de type « problématique » et non « thématique ». Nous avons en effet construit ce nœud comme correspondant

⁴²⁶ Permanence Des Soins Ambulatoires

aux questions de recherche et ou de besoin d'efficacité, d'efficience et d'optimisation de résultats. Ce sont les mots clefs du new management public présent dans le discours de la réforme en santé, de la même façon que cela a été largement décrit par les auteurs dans d'autres politiques publiques. Nous n'entrerons donc pas dans le détail qualitatif de ce terme car nous n'apprendrions rien de plus que nous ne savons déjà. Il nous importe cependant d'en tracer l'évolution d'une part et les protagonistes d'autre part, dans le cas de la politique de santé, nous étudierons donc pour ce faire, les matrices nœuds/cas et nœuds/années nous le permettent.

L'importance significative de ce nœud atteste de la volonté de rationalisation du système de santé que nous avons observé dans l'étude du nœud « coordination ». Cependant, on ne note pas d'évolution spectaculaire du nombre de références encodées sous ce nœud entre le corpus des discours de 2004 par rapport à 2014, seulement une progression à relativiser compte tenu du nombre de textes plus important dans le corpus 2014 que dans le corpus 2004.

Nous pouvons donc considérer la question de la « performance » comme, certes à l'œuvre dans les réformes de la santé de cette dernière décennie, et en quelque sorte consubstantielle des questions de coordination. La coordination permettrait d'améliorer la performance d'un système, certes à rationaliser mais surtout à corriger dans ses imperfections.

Cependant la question de la « performance » reste relativement stable entre 2004 et 2014 comparée à d'autres problématiques ou thématiques inflationnistes telles que « sécurité » et « territoires » pour citer les plus importants, mais comparé aussi à des thèmes tels que la « proximité », « l'égalité », « les droits », la « démocratie sanitaire », la « gouvernance », les questions « d'accès aux soins ». Ces derniers sont certes bien moins importants en termes d'occurrence, mais ils ont tous progressé de façon spectaculaire entre 2004 et 2014. Ainsi, la « performance » ne peut pas être considérée comme au principe des évolutions de la politique de santé.

Dans ce contexte d'un système de santé sous tension, objet de réformes incessantes tout autant qu'infructueuses, fait d'une complexité irréductible, la montée en charge des « territoires », explosive entre 2004 et 2014, s'accompagne d'un autre terme important, la « proximité ».

Si le nœud « proximité » ne fait pas partie des plus importants du fait de le nombre de références encodées, il émerge au rang de ceux dont on observe de loin la plus forte progression entre 2004 et 2014 à l'instar de « territoires » ainsi que « coordination ». En fait, tous trois, « coordination », « proximité » et « territoires » procèdent l'un de l'autre, nous l'avons constaté à travers notre analyse qualitative, la proximité est au principe de la coordination, le lieu en sont les territoires.

Il nous faut cependant croiser ces observations des constats tirés de notre analyse de biais puisqu'en effet, le nœud « approches territoriales et territoires » émerge parmi ceux qui ont été repérés comme à risque de biais. Avec 115 références encodées à ce titre issues de 17 sources, ce nœud présente en effet un indice fort (6,76). L'examen attentif de ces sources révèle la prédominance de trois textes qui génèrent plus de la moitié de ces références (62). Il s'agit du pacte de confiance, du rapport « Cordier » et de la synthèse des débats en région autour de la stratégie nationale de santé en 2014. Le nœud « approches territoriales et territoires » doit donc être analysé comme émanant principalement du cadre de la réforme de 2014, ainsi que nous l'avions déjà observé au sujet du nœud « coordination », avec ici, une très forte influence des textes préfigurateurs de la loi santé votée en 2016.

Un point mérite ici d'être soulevé, une recherche de fréquence de mots avec le mot « territoire » en 2004, où les références au territoire étaient bien moins nombreuses, met en évidence deux textes, celui de restitution de la rencontre des villes ayant fondé l'association ESPT ainsi que le rapport sur l'avenir de la sécurité sociale publié par la Cour des comptes. En 2014, c'est le rapport « Devictor » sur le service territorial de santé au public qui comptabilise de très loin la fréquence la plus élevée du mot « territoire ».

De plus, notons ici qu'une recherche de fréquence de mot sur les deux corpus pour le mot « gouvernance », place ce même rapport de loin devant les autres textes en 2014. En 2004, où le terme était moins fréquent, c'est dans le rapport sur l'avenir de la sécurité sociale, à nouveau, qu'il apparaît le plus souvent.

Ainsi, « gouvernance » et « territoires » étaient envisagés en 2004 du point de vue des auteurs dont l'objet est la sécurité sociale. En 2014, ils le sont du point de vue de ceux visant l'organisation du système de santé. Le « territoire », tel que

nous allons l'observer dans les discours semble donc être en 2014, le produit du discours de la réforme.

e. Les territoires, incontournables mais indéterminés

Nous voudrions donc observer et analyser plus finement ce nœud, dont nous ne pouvons dire qu'il constitue un nœud de type problématique, ce serait plutôt un thème, en fait, après examen, une sorte de notion indéterminée à géométrie (géographie) variable. Nous avons construit ce nœud de façon extensive, c'est-à-dire comme un nœud intéressant tant la notion de territoire que le qualificatif « territorial », en bref, tout ce qui procède du territoire.

Notons cependant ici que nous avons construit deux nœuds ayant trait à la notion de « territoire », nous reviendrons dans un second temps sur le deuxième, que nous avons nommé « territorialiser= déconcentrer ».

Le fait marquant concernant les références encodées sous les nœuds « approches territoriales et territoires », est une diversité forte des sortes de territoires invoqués dans le discours de la réforme. Cette conception géométriquement variable du territoire pouvant même englober le sens du mot « santé » :

« Développer la production de données de santé ambulatoires et leur exploitation, par le financement de compétences de gestion de l'information médicale sur les territoires au sein de plateformes territoriales d'appui, pour mieux orienter et évaluer les actions de santé territoriale. »

Dans la très grande majorité des cas, le territoire ne correspond à « rien », dans la mesure où ce mot fait l'objet d'un emploi générique qui n'est ni déterminé ni tangible. Ce « rien » est en effet parfois explicité comme restant à définir :

« La question du territoire est alors conçue comme le lieu de rassemblement des intérêts des usagers et des professionnels pour commencer à concevoir les parcours et donc les interfaces entre les professionnels »

« Articuler dans chaque territoire les acteurs de la recherche en santé, les structures et équipes de soins et de santé, et les collectivités territoriales pour mieux guider les actions en matière de politique de santé »

« Il conviendrait que s'engagent une réflexion et une action sur la reconnaissance des missions de service public sur le territoire,

notamment les missions suivantes [...] ce qui suppose des liens structurés et plus étroits avec les acteurs de la prévention tels que la médecine scolaire et la médecine du travail. »

« Définir d'autre part des territoires infra départementaux permettant de prioriser les zones cibles et prioritaires de projet ».

« Il s'agit enfin de définir le rôle respectif des professionnels de santé et de promouvoir le travail en équipe sur le territoire et autour de la personne, pour améliorer les conditions de sa prise en charge, et d'aborder la question des échanges d'information entre professionnels et des systèmes d'information en santé ».

« Pour étayer cette organisation, la définition du territoire et la clarification du positionnement des différents acteurs doivent disposer d'outils adaptés ou nouveaux tels que projet de territoire et contrat de territoire. »

Dans d'autres cas, le territoire présente dans les discours une dimension variable dans un contexte marqué par les logiques de rationalisation de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière. Cette acception est souvent marquée par l'emploi du pluriel, on parle alors des « territoires ». La vision « sanitaire » et « hospitalo-centrée » n'est pas sans lien avec cette notion indéterminée et ou variable :

« La mise en œuvre de mécanismes de concertation obligatoire aux différents niveaux d'intervention en santé tant dans les établissements que sur un territoire donné. »

« Prévoit la mise en cohérence des différents dispositifs relatifs à l'attractivité des territoires, notamment les règles de zonage ».

« Pour étayer cette organisation, la définition du territoire et la clarification du positionnement des différents acteurs doivent disposer d'outils adaptés ou nouveaux tels que projet de territoire et contrat de territoire. »

« Cette vision territoriale conduit à Définir le périmètre du territoire ; Clarifier le positionnement et la responsabilité des acteurs, professionnels et institutions qui assurent ce service public ... »

« Le territoire de référence n'est pas identique selon que l'on organise l'accueil des urgences, la gériatrie ou la neurochirurgie ou encore les activités de greffe d'organe. »

« Au sein des territoires, les CHU ont une importante responsabilité locale, régionale ou inter-régionale. Dans le parcours de soins, ils sont tout à la fois hôpital de proximité pour la population de la ville d'implantation, et hôpital de référence ou de recours sur la région ou l'inter-région, selon la pathologie ou l'activité concernée. »

« Le CLSM correspond à un territoire de proximité qui doit être pertinent pour les acteurs locaux : infra-communal, communal ou intercommunal et pour les acteurs du secteur de psychiatrie ».

« Les débats régionaux mettent l'accent sur le besoin de politiques de proximité déclinées au niveau des territoires pour prendre en compte les inégalités de santé au niveau infrarégional, en s'appuyant sur une

connaissance fine des spécificités des territoires et des indicateurs de santé. »

En passant en revue avec attention l'ensemble des références encodées sous ce thème, nous avons pu identifier cinq types de territoires dont quatre d'entre eux sont nettement majoritaires en termes de nombre de références. Le premier des quatre est le territoire d'implantation et de rayonnement, pour le dire autrement, ce qui « environne » l'Hôpital :

« Un grand nombre d'interlocuteurs de la mission ont répété la nécessité d'ouvrir les portes de « l'hôpital - forteresse » sur le territoire qui l'entoure. En effet, rendre plus autonome l'hôpital ne doit pas signifier que l'établissement se replie sur soi. Au contraire, il doit développer une approche territoriale qui privilégie les stratégies de complémentarité. »

« Ces groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui se substituent aux communautés hospitalières, sont responsables de l'élaboration d'un projet médical unique entre les établissements publics de santé d'un même territoire, dans le cadre d'une approche orientée vers la réponse aux besoins de santé de la population et pas seulement de coordination de l'offre de soins. »

« Huit propositions viennent appuyer la reconstruction du service hospitalier, son inscription dans un territoire adapté au parcours du patient ou de la personne prise en charge, le rôle et le positionnement de chacun des acteurs et l'adaptation des outils de coopération ».

« Cette démarche est essentielle pour les professionnels de l'hôpital, mais également pour tous leurs partenaires sur le territoire. La démarche d'élaboration du projet d'établissement doit être conduite dans la bonne connaissance de l'environnement de l'établissement, du contexte économique et financier et dans la perspective de s'inscrire dans un projet territorial de santé. »

Le deuxième de ces types est le corollaire du premier, c'est le territoire « de soin », c'est -à dire, là où s'organise (ou non) l'offre de soin, auquel nous rattachons les territoires « de garde » et les territoires « de permanences des soins » :

« Ces coopérations sont particulièrement adaptées pour certaines situations et certaines pathologies (soins palliatifs, maladie mentale, douleurs chroniques ...) et pour l'organisation de la permanence des soins dans un territoire donné. »

« Cette démarche conduit à rénover le service public hospitalier et à l'inscrire dans un territoire de santé en définissant dans son environnement des missions de service public pouvant être confiées à d'autres acteurs. L'objectif est de faire coopérer toutes les structures et tous les professionnels concernés pour une bonne prise en charge des

patients tout au long de leur parcours de soins ou de vie. »

« Alors même que l'ensemble des acteurs s'accordent à considérer le territoire comme l'échelon déterminant pour mettre en œuvre les parcours de soins, le mouvement de démocratie sanitaire au niveau local peine à trouver ses marques et tend à s'essouffler après un premier élan impulsé par les plans régionaux de santé publique »

« Leur contenu, essentiellement descriptif, varie d'une région à l'autre et reste très orienté vers l'ajustement des territoires de garde aux moyens existants. »

« L'hôpital hors les murs » qu'est envisagée la télémédecine, conjointement avec la création d'équipes mobiles de territoire déployées par les professionnels de santé libéraux »

« Il est proposé de mettre en place sur chaque territoire de santé une instance dotée d'un rôle d'alerte, de veille et d'accompagnement à la qualité ».

La troisième des types de territoires est le « territoire de santé », territoire organisé par l'ARS et qui recouvre tantôt le premier type de territoire (hospitalo-centré), explicitement ou non, tantôt le deuxième, (lieu d'organisation de l'offre de soin). Celui-ci correspond à une conception du territoire comme lieu de déploiement des dispositifs et outils de la politique de santé dont sous la responsabilité de l'ARS : contrats locaux, conseils territoriaux de santé :

« Les conseils territoriaux de santé ont un rôle important à jouer dans l'élaboration du "diagnostic territorial partagé", qui doit permettre d'évaluer les besoins de chaque territoire en matière sanitaire, médicosociale et sociale et d'identifier les éventuelles difficultés d'accès aux services et à l'offre de soins. »

« Le service territorial de santé au public reposera sur un engagement collectif - matérialisé par un contrat - des différentes parties prenantes qui s'organisent en vue d'apporter une réponse commune et coordonnée aux difficultés d'accès aux services de santé ou de continuité de ces services sur un territoire identifié ».

« En créant les territoires de santé, l'ordonnance du 4 septembre 2003 proposait d'envisager une voie de planification sanitaire innovante par rapport aux secteurs de la carte sanitaire. Le territoire de santé est alors pensé comme un lieu d'organisation des soins encadré par les objectifs quantifiés de l'offre de soins et de concertation entre acteurs de santé (conférences sanitaires de territoire) ».

« Engager les ARS à mettre en place un repérage des formes extrêmes de vulnérabilités et de précarités, et à coordonner leur prise en charge dans chaque territoire de santé. »

« Définir les différents niveaux de territoires concernés (territoire de proximité, territoire de santé, région et inter-région) et le positionnement des différents acteurs sur ces territoires. »

Le quatrième des types de territoire est « le territoire de proximité », mystérieux quant à son périmètre, celui-ci correspond aux logiques procédant de l'impératif de coordination tel que nous avons pu l'étudier :

« Les conférences de territoires devraient associer plus concrètement tous les acteurs (établissements, professionnels, élus), et auraient à examiner la constitution des territoires de proximité et les contrats territoriaux de santé conclus pour les missions de service public ».

« Le dispositif des CLS⁴²⁷ est également évoqué pour renforcer l'offre de premier recours et faire partager des objectifs de santé publique sur les territoires de proximité prioritaires ».

Le cinquième et le plus accessoire en termes quantitatif des types de « territoire », correspond au territoire d'une collectivité territoriale, pour les élus locaux au sens fort avec l'adjectif possessif :

« Les maires et présidents d'intercommunalité sont particulièrement attentifs à toutes les décisions pouvant impacter l'offre de soins de leur territoire et demandent à être associés aux instances de gouvernance, afin de répondre aux préoccupations de leurs administrés. » [...] « Un établissement de santé n'est pas une entité indépendante mais bien ancré dans un territoire et a des impacts forts sur celui-ci en termes d'emploi, de services, de transports. »

« En lien avec les ARS, les associations, les établissements, les villes créent des logiques solides autour de Contrats Locaux de Santé qui fondent des projets de santé de territoire. »

« L'organisation des territoires de santé placés sous l'égide de l'ARS ne recoupe plus celle des départements, ce qui peut occasionner des divergences entre acteurs. Alors que les pompiers sont organisés selon l'échelon départemental ».

« Différences d'organisation de l'offre de soins s'expliquant par l'histoire des territoires. Certains territoires sont en effet caractérisés par une forte implication des communes dans l'organisation de dispensaires ou d'autres formes de soins de proximité. »

Enfin, la notion de « territoire » peut se décliner à l'envie, au-delà de ces cinq figures principales du territoire, il note aussi des « infra » territoires, des territoires de « vie », des territoires « de projet » :

« Des forums de santé locaux sont organisés par territoire de projet en constituant des groupes de travail thématiques ».

⁴²⁷ Contrats Locaux de Santé

Finalement, cette indétermination s'explique du fait de l'orientation très instrumentale de la notion de « territoire » comme instrument de régulation et d'organisation de l'action publique, dans le champ sanitaire (hôpital, offre de soins libérale, politiques conduites par l'ARS). Rappelons ici le constat fait au début de ce paragraphe « résultats », à savoir le fait que le mot binôme efficacité-territoire examiné en termes de fréquence n'a aucune occurrence dans aucun des deux nœuds en rapport avec les territoires.

Le « territoire » semble ainsi un pur outil de principe de l'action publique. Cette explication est cohérente avec la forte montée en charge de ce mot dans les discours d'actualité de la loi de « modernisation de notre système de santé » que nous avons constaté. C'est donc un outil de modernisation mais pas nécessairement un moyen orienté vers la performance même s'il est orienté, nous l'avons vu, vers la réduction des imperfections présumées d'un système présenté comme, leitmotiv de la rhétorique de la réforme, cloisonné, complexe, inorganisé...

Répondant sur mesure à une nécessité d'adaptation de l'action publique en situation complexe, la « vertu » du territoire peut aussi s'expliquer ainsi simplement, le « territoire » permet de rompre avec le « secteur » :

« En matière d'instance de représentation territoriale, le vocabulaire choisi au sein des régions est parfois hétérogène, mais les idées sont convergentes : il s'agit de favoriser la mise en place de commissions d'usagers territoriales pour sortir de la logique de représentation d'usagers sectorielle ».

Le territoire indéterminé à géométrie variable décliné à travers quatre types principaux pour les nécessités d'une action conduite à titre principal par l'État, principalement l'État en Région à travers les ARS, n'a que peu à voir avec le « territoire » institutionnel de démocratie locale, que représentent pourtant constitutionnellement les collectivités territoriales.

A cet égard, notons que, le nœud que nous avons intitulé « politiques locales » pour désigner des politiques et ou des dynamiques locales émanant des acteurs locaux n'a généré que très peu de références encodées. De surcroît, contrastant avec la montée en charge spectaculaire du mot « territoire » dans les discours de la réforme entre 2004 et 2014, la très faible importance du nœud « politique

locale » persiste de façon égale entre 2004 et 2014.

Il nous faut compléter cette étude ayant trait aux « territoires » par l'analyse du nœud « territorialiser=déconcentrer », construit pour rendre compte de l'explicitation d'un territoire, comme circonscription de l'action publique de l'État. Avec 44 références encodées dans 17 sources, ce n'est pas un nœud majeur. Cependant, celui-ci dépasse en importance les nœuds minoritaires précédemment cités ayant trait au concept de « santé » ou bien de « modèle de système de santé ». La territorialisation comme déclinaison déconcentrée de l'action de l'État, est donc un peu plus explicite que ne le sont les éléments socle du paradigme de la santé/non-maladie.

Les références encodées sous ce nœud sont assez bien réparties entre les sources mis à part 7 références émanant du rapport IGAS sur la prévention durable. L'analyse qualitative de ce nœud montre que « territorialiser » équivaut à « régionaliser » et repose sur les ARS, comprenant l'échelon régional de l'assurance maladie, de plus, au « cœur » du territoire, l'hôpital :

« Si l'État stratège doit arrêter les priorités, il doit s'appuyer sur des opérateurs très divers pour les mettre en œuvre, médecins libéraux, hôpitaux, élus, entreprises, enseignants... Pour ce faire, le niveau régional apparaît bien comme le niveau pertinent de la cohérence adapté au territoire, et décliné ensuite. »

« Le projet de loi confirme le niveau régional comme l'échelon territorial de définition et de mise en œuvre des politiques de santé publique. Le représentant de l'État dans la région a la responsabilité de la déclinaison des objectifs et des plans nationaux ».

« La mise en œuvre de la politique de prévention doit être largement déconcentrée et l'organisation d'un pôle de santé publique pensée à partir des services existants, agences régionales de l'hospitalisation et directions régionale, des affaires sanitaires et sociales notamment ».

« Les moyens des agences régionales de santé chargées d'organiser l'offre sanitaire au plan territorial doivent être renforcés ».

« Le CHU ne peut plus avoir une stratégie centripète et par là même « assécher » son territoire pour concentrer l'activité au motif de l'excellence ou de l'efficacité, ou plus trivialement pour accroître le volume de son activité. Il doit au contraire développer une stratégie d'ouverture, de coopération et prendre une position de coordonnateur, de facilitateur, être le « cœur qui irrigue les territoires sous sa responsabilité ».

« Sur la base des objectifs fixés par l'ARS sur chaque territoire, les établissements assurant les missions de SPH se concertent et proposent à l'ARS les organisations des parcours de soins sur le dit territoire. »

« En somme, l'État et l'assurance maladie dans leur représentation régionale doivent certainement réguler et plus clairement fixer les règles

et les objectifs, accompagner les acteurs dans leurs démarches, évaluer et moins se préoccuper de la gestion interne. »

« Dans la perspective de cette vision prospective sur l'ensemble des champs de compétence et dans le cadre du dispositif proposé de l'insertion du service public hospitalier sur un territoire et de la définition de missions de service public territoriales de santé confiées aux acteurs sur un territoire de proximité autour du parcours de soins ou du parcours de vie, les ARS devront utiliser les nouveaux outils : projet de territoire et contrats de territoire. »

« Déconcentrer vers les ARS les concours nationaux versés aux collectivités locales dans le champ de l'autonomie, afin que les ARS puissent contractualiser avec les collectivités territoriales concernées des programmes d'amélioration de la prise en charge des soins de support à domicile et dans les EHPAD. »

« Le pilotage du système de santé doit reposer sur une forte capacité de maîtrise d'ouvrage de l'administration d'État et sur le parti pris de la subsidiarité confiant la maîtrise d'œuvre à l'assurance maladie et aux ARS. »

« Les agences régionales de santé se sont fortement impliquées dans l'amélioration de l'existant, en procédant notamment aux nécessaires restructurations des territoires de soins, concentrant les efforts sur la régulation médicale et élaborant les cahiers des charges de la permanence des soins. »

Seul le discours, cependant inaudible (avec seulement trois références sur 44) d'ESPT, rompt avec ce discours dominant :

« Là encore, la « territorialisation » voulue par la loi ne peut s'arrêter au niveau régional et les Collectivités locales ne peuvent seulement « associées », car c'est beaucoup de leur engagement que dépend la réussite des mesures environnementales favorables à la santé des populations. »

« Cependant, le Territoire de démocratie sanitaire, le Conseil Territorial de Santé, le diagnostic territorial de santé sont décidés par le directeur général de l'ARS. »

A ce sujet précisément, l'analyse des notions de « territoires » doit encore être complétée par l'étude de deux nœuds ayant certes généré peu de références encodées mais qui méritent notre attention. Le premier intitulé « décentralisation » avait vocation à encoder toutes les références aux compétences des collectivités locales en santé envisagées largement, c'est-à-dire sans se restreindre à leurs compétences légales obligatoires et ou facultatives. Il s'agit ici de recueillir les indices d'une légitimité reconnue par les auteurs, en tant que puissance publique locale à l'égard de la politique de santé. Le deuxième, intitulé « État compétence » est le pendant du précédent concernant

cette question de légitimité.

Nous observons tout d'abord qu'aucun de ces deux nœuds n'est véritablement important du fait de son nombre de sources dont sont issues les références encodées sous ces nœuds, à savoir respectivement, 19 pour les collectivités, et 22 pour l'État. Il en est de même pour nombre de ces références, 41 et 64. Ce n'est donc pas le sujet explicite des auteurs, les questions de légitimité sont en réalité traitées implicitement ou indirectement ainsi que nous avons pu le constater de façon manifeste en analysant les références encodées sous le nœud « approches territoriales et territoire »

Si l'État semble avoir une courte avance en importance quantitativement, il nous faut approfondir cette première impression en regardant ce qu'expriment les références. Concernant les collectivités, celles-ci sont globalement réparties dans les sources à l'exception de neuf d'entre elles émanant du rapport IGAS sur la prévention durable, et cinq d'entre elles émanant du courrier adressé par le RFVSOMS à la Ministre de la santé au sujet de la loi santé votée en 2016. Hormis ces dernières, lesquelles valorisent le rôle des collectivités et leur légitimité à conduire les actions de santé localement, et ce dans une logique intersectorielle, la plupart des références soulèvent la question de la décentralisation, question totalement absente, nous l'avons vu des discours sur les territoires et la territorialisation de la politique de santé, et qui demanderait pourtant un travail de mise en cohérence et d'actualisation important :

« A cet égard, l'équilibre constant du régime particulier de l'Alsace-Lorraine constitue un exemple de décentralisation réussi. »

« Décentralisation, responsabilisation, promotion des médicaments génériques, formation des médecins ne sont pas des solutions miracle, mais des dispositifs qui ont déjà fait leur preuve ailleurs en Europe ».

« Entre l'État, l'assurance-maladie, les collectivités locales, - régions, départements, communes ou groupements de communes - les associations ou les entreprises, la répartition des responsabilités est confuse. »

« En matière de lutte contre le cancer : le dépistage précoce et la surveillance des anciens malades sont confiés au département ; le traitement de la maladie relève du système de soins de droit commun ».

« Si les maires disposent d'un pouvoir général de police sanitaire, les communes n'ont bénéficié, à l'occasion des lois de décentralisation de 1983, d'aucun transfert de compétences dans le domaine de la santé. Au contraire, les villes de plus de 20 000 habitants, qui étaient auparavant soumises à l'obligation de créer un bureau municipal d'hygiène chargé de

la lutte contre les épidémies, ont vu cette obligation levée en 1984. »

« Deux services de médecine préventive interviennent en direction des enfants : les services de protection maternelle et infantile (PMI), dont la compétence a été décentralisée au bénéfice des départements, et les services de santé scolaire, qui sont rattachés au ministère de l'Éducation nationale. »

« Dans un contexte de fusion des agences régionales de santé, les GHT « ne peuvent se passer de l'expertise locale des maires et présidents d'intercommunalité sans prendre le risque d'être déconnectés des réalités de terrain » ».

« ... en cette période de restrictions budgétaires, le risque est que les Villes abandonnent ces missions volontaristes de santé publique qui ne sont pas des compétences réglementaires, avec toutes les conséquences qui en découleraient » ;

« La loi apporte des avancées sur la prévention, la promotion de la santé, l'organisation territoriale, mais cela ne peut fonctionner que si les élus sont impliqués et leur action reconnue. Il nous faut donc plaider pour que la loi leur accorde une compétence partagée sur les organisations et le pilotage des politiques territoriales de santé. »

« En novembre 2012, après de multiples plaintes et pétitions de la part de la population, les élus du secteur de l'autunois ont signé, avec l'ARS de Bourgogne, un contrat local de santé, dont un des objectifs concerne l'accès aux soins et l'amélioration des systèmes de gardes médicale et des pharmacies pour tenter de mieux les coordonner. »

« Alors que l'interconnexion des plateformes informatiques des pompiers et Centres 15 devrait être effective depuis plusieurs années, les acteurs de terrain soulignent l'existence de nombreux blocage d'ordre technique mais aussi relationnel, voire politiques, les collectivités locales étant les principaux financeurs des services d'incendie et de secours ».

Cette revue de références concernant les compétences des Collectivités peut être utilement mise en perspective avec celles visant la légitimité de l'État, incontestable, bien que véritablement contestée, puisque reposant sur l'idée même d'État républicain garant, lequel apparaît tantôt dominant, tantôt défaillant de ces responsabilités mêmes :

« Chaque fois que leur santé ou celle de leurs proches est menacée, c'est bien vers l'État que les Français et les Françaises se tournent pour exiger que la santé soit efficacement protégée. »

« L'État n'est en rien « omni acteur » dans la politique de santé. Ses fonctions sont claires. Il est tout d'abord le garant de l'égalité d'accès aux soins, à la prévention et à la meilleure qualité de soins. Il est également responsable de la politique nationale reprise au niveau régional » ;

« On peut craindre une volonté rampante d'étatisation du système lorsqu'on constate le rôle de l'État consacré par le projet de loi alors que la crise sanitaire de l'été a plutôt montré les risques de la centralisation et la nécessité d'une plus grande responsabilisation au niveau local ».

« Malgré nos demandes réitérées le Gouvernement a procédé à une réforme importante de la médecine du travail sans consultation du Conseil national de l'Ordre des médecins. »

« Les organismes d'assurance-maladie et les collectivités territoriales jouent un rôle important d'impulsion et de financement d'actions diverses, en vertu le plus souvent des compétences qui leur ont été conférées par la loi. Il importe donc de resituer l'action de ces différents intervenants dans le cadre d'une politique globale et cohérente de l'État, »

« La lutte contre l'alcoolisme est une compétence d'État [] Les relations entre l'État et l'ANPAA⁴²⁸ ont parfois manqué de suivi : les services de l'État n'ont pas toujours assumé les missions d'orientation et d'information qui leur incombent. »

« Définissant les priorités de Les limites de cette institution tiennent aussi à l'inertie de l'État, qui n'a pas mis en place les conditions d'une réelle tutelle scientifique à l'égard d'un organisme paritaire, qui n'avait pas vocation à assurer, au nom des pouvoirs publics, l'évaluation de tous les risques professionnels. Il revenait à l'État à se donner les moyens d'une recherche indépendante dans le domaine de la santé au travail. »

« le partage de compétences entre l'État et les départements auquel a procédé le législateur il y a vingt ans s'est révélé inadapté à l'évolution des enjeux sanitaires, en particulier dans le domaine du cancer et de la prévention des maladies transmissibles. »

« La suprématie stratégique de la direction générale de la santé doit être reconnue, les compétences et la capacité de proposition de la caisse nationale d'assurance maladie, respectées ».

« Les compétences, et notamment les compétences de l'État et des organismes d'assurance maladie, sont la plupart du temps empilées et enchevêtrées. Ce qui non seulement gêne l'action de chaque institution, mais surtout conduit à ce que certaines fonctions ne sont pas correctement assurées. »

« Il appartient à l'État d'organiser le débat, de rassembler les avis d'experts, puis de trancher quand une option doit être choisie. »

« En introduisant la responsabilité de l'assurance maladie, le projet de loi consacre une démission de l'État face à ses pouvoirs régaliens. La sécurité sociale doit concourir à la bonne répartition de l'offre de soins et à l'égalité des droits à la santé mais il ne relève pas de sa responsabilité de la garantir. »

« Le mauvais scénario : L'étatisation et la centralisation : les hôpitaux deviendraient des « services régionaux de santé ».

« L'État, c'est son rôle, est le plus souvent à l'initiative des réformes, et il participe à leur mise en œuvre. Mais il a en outre deux responsabilités qui lui sont propres. La première responsabilité, c'est de protéger nos concitoyens. Je suis convaincu que nous n'avons pas encore tiré toutes les leçons des affaires du Médiateur et des prothèses PIP [...] Et l'autre responsabilité de l'État, c'est d'organiser de la meilleure façon pour mener à bien ses missions. Or l'administration de la santé est devenue un archipel, avec autour de l'État central une myriade d'agences sanitaires et

⁴²⁸ Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

de caisses. »

« La diversité des acteurs publics et privés et la multiplicité des objectifs sanitaires et sociaux expliquent sans doute pour partie la nécessité constante de réaffirmer la légitimité de l'État à fixer le cap politique d'un secteur historiquement cloisonné. »

« D'un pilotage déficient des politiques de santé, fruit d'une bipartition majeure de ce pilotage, héritée de l'histoire : pilotage de l'État pour la prévention, la sécurité sanitaire, les soins hospitaliers, et pilotage Assurance maladie pour les soins de ville, le remboursement et l'indemnisation ».

f. Qualité, sécurité et droits, inséparables ?

« Qualité » et « sécurité » sont des thèmes importants de la réforme et dont l'importance s'est encore accrue entre 2004 et 2014. Rappelons ici qu'aux côtés de « coordination » et « territoire », la problématique de la « sécurité » fait partie des trois thèmes les plus présents dans les discours de la réforme en termes de nombre de références encodées sous ce nœud-ci.

La « qualité » figure parmi les trois thèmes se plaçant en importance, de ce point de vue encore, au deuxième rang suivant les trois précédents, aux côtés de « performance » et « droits et Droit ». Les notions de « sécurité » sont non seulement très présentes dans le discours mais on note une progression forte du nombre de références à ce sujet entre 2004 et 2014 tandis qu'il n'en est de même pour « qualité » que de façon modérée. Disons que l'exigence de qualité, semble un trait permanent qui s'est renforcé sans pour autant se démarquer de façon plus remarquable en 2014 qu'en 2004.

Précisons à ce stade que ces deux nœuds ont été construits à nouveau comme des nœuds de type « problématique », envisageant sous le terme de « sécurité » toutes les problématiques de sécurité et de façon extensive liées à des risques, que ceux-ci soient de nature « sanitaire », ou autre. Il en est de même des questions de qualité qui n'intéressent pas que la qualité des soins mais d'autres activités, dispositifs ou outils, mobilisés dans le cadre de la politique de santé. Cette construction large provient de façon inductive, en cours d'encodage, d'un constat, celui de l'importance des questions et problématiques de risques et de sécurité et de qualité envisagées au-delà des soins proprement dit, au sein de

l'argumentaire visant le système de santé, ses imperfections ainsi que des difficultés auxquelles s'affronte la politique de santé.

Avant de passer en revue et d'analyser qualitativement le contenu de ces références, il nous faut faire une dernière vérification, en effet, « qualité » et « sécurité » font partie des nœuds à risque de biais du fait de la prédominance de certaines sources à l'origine des références encodées sous ces nœuds-ci.

Pour la « qualité », il s'agit en effet de 134 références encodées à partir de 25 sources soit un indice nombre moyen de références par source de 5,36, certes modéré. L'on n'observe pas de prédominance particulièrement significative d'une source particulière puisque les quatre rapports les plus pourvoyeurs de références sous ce nœud ne comptabilisent à eux quatre que 45 des 134 références encodées. La « qualité » se présente ainsi comme un thème répandu sans biais particulier lié à la source.

Concernant la « sécurité », 184 références ont été encodées à partir de 21 sources, soit un score de 8,8, qui est le plus élevé des scores enregistrés. Il s'agit là d'un thème partagé principalement d'auteurs de source émergeant sur le corpus de 2014, puisque parmi les huit rapports comportant le plus de références, seule une d'entre elles (la première en nombre de références soit 34) émerge sur le corpus 2004 avec 34 références, il s'agit du rapport IGAS sur la prévention durable de 2003. Hormis ce rapport, les deux sources ayant le plus de références encodées quant au nœud sécurité, pour un total de 66, sont le texte de présentation de la loi santé votée en 2016 ainsi que les rapports d'information parlementaire sur les arrêts de travail puis celui sur la permanence des soins.

Ainsi, la « sécurité » est un thème privilégié de 2014, lequel est traité par des auteurs ayant pour objet principal l'organisation des soins, la réforme du système de santé mais aussi des questions en lien avec la santé au travail tandis qu'en 2004, ce thème était envisagé du point de vue de la prévention.

Le premier élément observé sur le plan qualitatif est que ces deux termes sont étroitement associés dans les usages qu'en font les auteurs. Ceci est vrai pour la « qualité et la sécurité » des soins et ce concernant principalement les soins dispensés à l'hôpital, d'où l'intérêt d'envisager conjointement ces deux termes :

« L'objectif est de disposer de l'ensemble des compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des parcours de santé et de vie des

populations, dans une logique de coopération afin que, sur chaque territoire, les dimensions de la prévention, du soin et de l'insertion soient intégrées ».

« La mise en œuvre de ce projet médical unique suppose une unicité de système d'information, de gestion de l'information médicale, de la qualité et de la sécurité des soins et des achats, missions désormais confiées aux GHT. »

« La place des usagers dans les établissements de santé [...] la volonté de renforcer la place de la commission. Dans ce but, la commission dont le nom est rénové sera notamment informée et consultée sur les questions de politique de l'établissement en termes de qualité, de sécurité des soins et d'organisation du parcours de soins. Elle donnera son avis sur les actions correctives mises en œuvre pour lutter contre les évènements indésirables graves. »

« De surcroît, il délibérera sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, et sur le règlement intérieur de l'établissement, ainsi que sur la stratégie financière de moyen et long terme. »

« Nous recommandons un élargissement des missions de la CRUQPC et un positionnement renforcé au sein des établissements, selon une triple mission : - garantir, évaluer et développer le respect des droits des usagers ; - participer à la politique qualité et de sécurité des soins ».

« Les contraintes économiques fortes que connaissent aujourd'hui un grand nombre d'établissements de santé peuvent faire craindre à une polarisation des structures de gouvernance sur les questions économiques au détriment de la réflexion sur le rôle des établissements de santé dans le système de santé, l'accessibilité à l'offre en santé qu'elle soit géographique ou financière, les questions de qualité et de sécurité des soins ».

« La présence des représentants des usagers auprès des professionnels à des phases du patient traceur, à des revues de morbi-mortalité, ou à d'autres méthodes d'analyse d'évènements indésirables doit être facilitée afin d'inciter à des démarches collaboratives dans le domaine de la sécurité et qualité des soins.»

« Le CS doit donner son avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Il convient de renforcer cette modalité souvent non prioritaire dans les ordres du jour des CS et dans les CA des établissements privés ».

« Renforcer la place des usagers en en faisant un des moteurs de processus aptes à améliorer la qualité et la sécurité des soins mais aussi à régler les dysfonctionnements locaux »

« Il a été proposé une permanence sur place d'une IDE (infirmière diplômée d'État) pour cinq établissements répartis en fonction de leur proximité géographique et de leur capacité. Cette IDE aurait pour mission de : - sécuriser et qualifier les soins aux personnes âgées. »

« Pour les médecins déjà diplômés cette organisation a aussi proposé la création d'un volet de développement professionnel continu (DPC) au

titre de la PDSA, dont l'objectif serait d'évaluer les pratiques professionnelles, de perfectionner les connaissances, et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. »

Concernant la « qualité », ce terme recouvre principalement un impératif pour lequel les auteurs énoncent les différentes conditions ou solutions permettant de garantir et ou d'améliorer, en matière de soins et de prévention, les programmes de soins et les projets de santé. Il s'agit aussi d'énoncer les causes ou conditions qui dégradent ou menacent ce qui apparaît ici comme une valeur supérieure. Nous observons ici que la qualité est rarement considérée en termes de rendement financier. On note cependant quelques références au titre de la performance :

« Parallèlement, le système de soins a fait l'objet de critiques de plus en plus sévères : la qualité n'est pas à la hauteur des investissements »
« L'objectif prioritaire de la qualité du service rendu a, de fait, marginalisé des questions importantes telles que l'organisation territoriale des réseaux, l'amélioration de la productivité ou la réduction des coûts ».

L'impératif de qualité est le plus souvent implicite. Il est cependant parfois explicite, relevant de l'éthique, d'une exigence contingente à l'enjeu « vital » qui caractérise les soins, et qui est due au patient et au citoyen :

« Quand il s'agit de soigner, la non-qualité est tout simplement inadmissible ».
« [...] un même respect par les professionnels de santé des référentiels de bonne pratique, la même adhésion aux démarches d'évaluation, le même engagement en faveur de la qualité des soins. Il n'y a pas lieu de douter de l'adhésion des médecins à une démarche qui met le patient au cœur des préoccupations. »
« Le Conseil national de l'Ordre des médecins n'acceptera pas qu'une augmentation de la cadence des examens médicaux, permise par la nouvelle réglementation, puisse conduire à une dégradation de la qualité des actes médicaux que les médecins du travail effectuent au bénéfice des salariés. »
« Cette réforme vise à sauvegarder notre régime d'assurance maladie, en préservant et en consolidant ses principes fondamentaux auxquels les Français sont légitimement attachés, à savoir l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. »
« D'une prise de conscience par leurs interlocuteurs conventionnels, et l'État, de la nécessité de faire évoluer un régime tarifaire que la préoccupation exclusive de maîtrise de la dépense avait fini par détourner de son objectif premier : la qualité des soins dans leur acception la plus large. »
« La recherche permanente de qualité est devenue une exigence légale et

éthiquement incontournable. »

« La nécessité de faire des choix fondés sur des critères scientifiques, sans remise en cause de l'universalité de la couverture, et opérés dans l'intérêt de la qualité des soins et de la santé des patients ».

Les principaux facteurs de la qualité des soins résident d'une part dans des outils classiques tels que certification, recommandation, évaluation et régulation du système et de ses acteurs. Cependant, les auteurs se partagent quant à cette logique classique institutionnelle, objet de controverse :

« L'ONDAM⁴²⁹ doit permettre de favoriser une maîtrise médicalisée des dépenses, qui préserve la qualité des soins. »

« On doit déplorer que les tarifs, et pas seulement les tarifs des actes médicaux et soignants du secteur libéral, ne contribuent pas aujourd'hui, parmi d'autres instruments, à la promotion de la qualité de la pratique » ;

« La création d'une Haute autorité de santé qui renforcera la qualité de l'évaluation de l'utilité médicale de l'ensemble des actes et des prestations ».

« L'engagement des professionnels pour la qualité des soins a permis l'émergence dans notre pays d'une culture partagée dont la Haute autorité de santé est l'émanation ».

« Le renforcement du rôle des commissions scientifiques indépendantes sur le contrôle de la qualité de l'offre de développement professionnel continu. »

« Structurer davantage le fonctionnement du système de soins, éprouver la qualité et l'utilité de ce que l'on rembourse, entrer dans des démarches exigeantes d'évaluation des pratiques et d'accréditation, c'est tout simplement mieux soigner. »

« L'objectif était d'améliorer la qualité de la PDSA en réunissant sous l'autorité unique des ARS l'organisation et le financement du dispositif. »

Deux tendances nettes se dégagent ainsi des références encodées pour « qualité ». L'alternative aux logiques précédentes institutionnelles et descendantes, objet de critiques, repose sur des logiques autonomes des professionnels, acteurs et producteurs des leviers de la « qualité ». Ceci est principalement en lien avec des principes dont nous avons déjà mis en évidence l'importance, que sont, « coordination des soins » et « proximité » :

« L'accréditation, trop formelle, n'intègre pas l'évaluation de la qualité des soins ».

« On peut se contenter d'imposer des mesures dictées d'en haut, demander toujours plus à des individus sous tutelle, au risque de leur

⁴²⁹ Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

faire perdre le sens de leur action et la qualité de leur service ».

« Il faut les consulter, et s'appuyer sur les compétences, le vécu, l'expérience des professionnels de santé pour décider avec eux les instruments, les règles et les contrôles qu'il faut mettre en place pour leur permettre d'exprimer le souci d'excellence et de qualité qui anime l'immense majorité d'entre eux ».

« En particulier, le mode de rémunération, lorsqu'il est basé exclusivement sur la tarification à l'acte, ne permet pas que se développent ces pratiques nouvelles [...] ces professionnels qui prennent conscience de la nécessité de gérer eux-mêmes l'évaluation de la qualité des prestations qu'ils fournissent. »

« Favoriser l'enseignement des concepts et outils de développement de la qualité, clinique et en santé publique, au cours des études des différents professionnels de santé ».

« Ainsi propose-t-il de rémunérer la fonction de médecin traitant qui est, à ses yeux, "un facteur essentiel de la qualité des soins". C'est le médecin traitant qui doit assurer le premier niveau d'accès au système de santé, orienter et suivre le malade tout au long de son parcours et faire en sorte qu'il bénéficie de la permanence des soins. »

« En ce qui concerne d'abord l'augmentation de la qualité des soins, l'effort doit porter en priorité sur la coordination. Il s'agit de répondre ainsi au constat du cloisonnement de l'offre de soins »

« La qualité de la prise en charge appelle aujourd'hui des formes plus structurées, appuyées sur des rôles mieux définis pour les différents intervenants, et qui sauraient dégager, notamment, la notion de soins primaires. »

« L'accent doit être particulièrement mis sur l'unanimité qui s'est dégagée pour promouvoir la notion d'équipes pluri professionnelles seules à même d'assurer la qualité de la prise en charge, la cohérence des actions et la cohésion interne. »

« C'est autour de l'amélioration de la qualité des « parcours » de soins, en portant prioritairement l'attention aux situations complexes pour lesquelles il y a le plus d'évidences de non-qualité, que –[]– se situe aujourd'hui un des gisements décisifs de qualité soignante et d'efficacité économique de notre système de santé. »

« Fixer un objectif ambitieux de développement du dossier médical partagé :

- en faisant évoluer les logiciels métiers dans l'optique d'une base de données patients partagée,
- en intégrant des outils de prescription automatisée, d'aide à la décision, d'amélioration de la qualité des pratiques, d'aide à la gestion, d'aide au recueil et à l'utilisation de données cliniques à des fins de recherche ».

« La pertinence des actes est garante de la qualité d'une prestation et de la bonne utilisation des ressources collectives ».

« C'est autour de l'amélioration de la fluidité des « parcours » de soins que se situe aujourd'hui la voie prioritaire pour la qualité du service rendu aux personnes et l'efficacité économique de notre système de santé. »

A contrario l'hôpital est le lieu de « tous les risques » de dégradation de la « qualité ». C'est en effet à ce sujet que sont évoquées les causes de dégradation de la qualité, principalement en lien avec les questions d'organisation et plus encore de financement. Plus globalement les questions de contraintes financières pesant sur l'assurance maladie sont parfois évoquées :

« Restreindre subrepticement le périmètre des soins remboursables ne permet de maintenir – ou de ne pas trop dégrader – le taux de remboursement qu'en apparence, puisque c'est sur une base qui se réduit, et se fait au détriment de la qualité des soins. »

« L'édifice de solidarité face aux risques, notamment la maladie, construit après 1945 et inspiré par les idéaux du Conseil national de la résistance, a tenu le choc. D'abord sans trop de difficultés car il a longtemps été alimenté par la croissance, notamment pendant les Trente Glorieuses. Pourtant, il est menacé sur le plan financier, et critiqué pour la qualité de ses prestations qui se dégrade.»

« S'assurer que le nouveau modèle de financement soit simple et robuste, qu'il valorise la qualité et la pertinence des prises en charge et des parcours plus que la quantité d'activité produite ».

« L'hôpital occupe une place centrale dans le système de soins français en raison de la qualité des soins qu'il assure. A ce titre, toute réforme de l'hôpital a un impact fort sur l'ensemble du système de soins. »

« Le scénario du pire : L'inaction et une politique « au fil de l'eau » conduiraient à une dégradation continue des conditions de travail des personnels hospitaliers et de la qualité de la prise en charge des malades »

« Les hospitaliers se sentent sous pression constante et toujours plus forte entre contrainte économique d'une part, qualité et quantité des prises en charge d'autre part. »

« La nécessité de l'évaluation de la qualité augmentera dès lors que la tarification à l'activité se développera : la quantité pourrait alors se développer au détriment de la qualité. »

Enfin, on observe une référence significative au citoyen/usager considéré comme un levier de la qualité des soins. Cette nouvelle tendance dans le pilotage et la gestion du système fait écho à deux des nœuds dont nous avons fait le constat de nœuds certes minoritaires en nombre de références encodées mais pour lesquelles on note une très forte progression entre 2004 et 2014. Il s'agit en l'occurrence des thèmes de « démocratie sanitaire » (quatre références en 2004 et 53 en 2014) et de « gouvernance » (5 références en 2004 et 54 en 2014). La revue des références encodées à ce sujet montre que le rôle reconnu au citoyen/usager est principalement en lien avec les questions vues précédemment de qualité des soins à l'hôpital.

On note cependant que de façon quelque peu contradictoire, professionnels et usagers, sont tantôt du même bord, tantôt opposés. Ainsi, pouvons-nous avancer l'idée comme quoi, si « démocratie sanitaire » et « gouvernance » sont des thèmes émergents forts de la politique de santé, ils n'en sont pas moins instables dans leur épistémologie :

« Les informations sur la qualité du système de santé doivent être mises à disposition des patients en utilisant les moyens modernes de communication. Cela suppose également une politique de développement de l'évaluation des pratiques professionnelles. »

« Il pourrait alerter le directeur ou le conseil d'établissement sur les questions relatives à l'accueil des patients et à la qualité des soins. Ce comité serait présidé par un représentant des usagers élus par les membres du comité. Il pourrait être composé de représentants des usagers, de représentants de la CME, du CTE, de la CSIRMT et de la direction.»

« Les plaintes peuvent remettre en cause les pratiques médicales et les modes organisationnels des services de soins, des services administratifs et techniques constituant tout naturellement des moyens de détection des dysfonctionnements des établissements. À ce titre, elles peuvent être considérées comme un élément central de la politique d'évaluation et d'amélioration de la qualité. »

« La présence des représentants des usagers auprès des professionnels à des phases du patient traceur, à des revues de morbi-mortalité, ou à d'autres méthodes d'analyse d'évènements indésirables doit être facilitée afin d'inciter à des démarches collaboratives dans le domaine de la sécurité et qualité des soins ».

« Une réunion annuelle ou semestrielle entre le service ou le pôle et des associations de malades ou d'accompagnement, doit être organisée en présence des représentants des usagers de l'établissement. Son objet serait de permettre d'échanger sur l'expérience des uns, les projets des autres et faire ainsi avancer la qualité dans les services. »

« Il n'y a pas de formation de qualité sans adossement à une activité de recherche. Si on veut aujourd'hui pousser les modalités de collaboration entre les professionnels et les usagers ».

« Qualité des soins aux patients ou de la prise en charge des personnes accueillies et qualité de vie au travail pour les professionnels, loin d'être antinomiques, s'alimentent mutuellement. »

« La qualité d'un modèle de santé publique se mesure désormais à la place qu'il accorde aux patients. Le ministère de la santé fut celui de l'hôpital, puis des professions de santé : il doit être aussi celui des patients »

« La concertation permet, sous certaines conditions, d'améliorer la qualité des projets et des actions mis en débat et de renforcer la capacité de participation des citoyens ».

« Il est essentiel que la certification développe le volet évaluation de la représentation et de la participation des usagers ».

Les questions de « qualité » ne concernent pas que les activités de soins et de

prévention, elles peuvent concerner de façon très marginale des éléments impactant la santé tels que l'eau, la nutrition, des produits tels que la nicotine. Nous confirmons sur ce point, à nouveau et indirectement, la faible pénétration des principes de la promotion de la santé. La qualité, lorsqu'elle est rapportée à des objets hors du domaine des soins proprement dit, se rapporte le plus souvent à des outils de gestion du système :

« Qualité des outils, notamment comptables, qui permettent d'établir les comptes de la sécurité sociale. »

« Le redressement des comptes sociaux doit en outre être servi par une amélioration de la qualité des prévisions financières intégrées aux lois de financement de la sécurité sociale. Cet enjeu de fiabilité est absolument majeur, sauf à risquer de mettre en cause la sincérité même des lois de financement de la sécurité sociale ».

« Les activités de gestion des plaintes qui nécessitent une activité soutenue, autour de leur analyse, des mesures de corrections à apporter, de la qualité des réponses apportées au plaignant ».

« Une information de qualité pour la santé, sur le système de santé et l'offre médico-sociale doit être largement accessible à tous les citoyens »

« Garantir la cohérence du recueil ou de l'extraction des données, et la qualité des bases de données existantes ».

« La qualité du service est quasi inexistante pour les mutuelles étudiantes. »

« En outre, la Cour des comptes (4) a déploré la mauvaise qualité de la liquidation de ces mutuelles, ce qui a conduit à maintenir une réserve lors de la certification des comptes du régime général de la Sécurité sociale pour 2014. »

Nous l'avons préalablement noté « qualité » et « sécurité » sont deux thèmes importants de la réforme, lesquels sont liés. Cependant, si ceux-ci étaient d'importance équivalente en 2004 (47 références encodées pour sécurité sanitaire et risques, 41 pour qualité des soins), les questions de sécurité et de risques ont pris le pas sur les questions de qualité en 2014. Tandis que celles-ci ont fortement progressé en nombre de références encodées en 2014 (137), ceci est nettement moins flagrant pour ces dernières (93 références encodées en 2014).

Les questions de « sécurité et de risques » ne concernent pas que les activités de soins, mais d'autres sujets et ce dans des proportions plus flagrantes que ce n'était le cas pour la qualité pour laquelle la revue des références encodées montre que ce thème concerne en principal la qualité des soins.

La notion de « sécurité et risques » utilisée dans la grande majorité des références encodées vise la santé, à travers trois grandes catégories différenciables. La première est celle du risque professionnel et des maladies professionnelles, recouvrant tant des risques liés à une exposition à des toxiques que des risques liés à des situations de conditions de travail, d'organisation ou une pénibilité au travail néfastes de manière durable pour la santé.

La deuxième catégorie a trait aux risques sanitaires collectifs liés à une exposition à des toxiques et ou des agents infectieux, environnementaux mais aussi et surtout à des produits et médicaments nocifs pour la santé correspondant au vocable « sécurité sanitaire » et « crises sanitaires ».

La troisième catégorie correspond à la conception épidémiologique du risque, notamment à travers les notions de facteurs de risques, de comportements à risques et de population à risque, auxquels nous rattachons la politique de réduction du risque de transmission virale par injection.

A noter une utilisation significative de la notion de risque en dehors du champ de la santé, même si elle est plus marginale, concernant le domaine de l'emploi et de la perte d'emploi mentionnés dans plusieurs références.

Enfin, l'hôpital occupe une place particulière, on observe dans ce domaine, une pluralité de nature des risques mentionnés, dont dans des proportions égales, outre la question de la sécurité des pratiques de soins et des patients, la notion de risque médicolegal et juridique, mais c'est aussi un lieu de risque professionnel significatif. Notons que le couplage qualité-sécurité des soins est observé ici aussi dans les références. L'hôpital, que nous avons déjà identifié comme tel en analysant les résultats du codage concernant la qualité, se confirme comme le lieu à haut risque du système de santé de façon globale. C'est donc parmi les références visant l'hôpital qu'est utilisée majoritairement une version générique du mot « risque » :

« Nous mesurons bien que cette recommandation s'inscrit dans une vision très institutionnelle avec des risques certains : - cela risque de ne servir à rien, les décisions qui parviennent au directoire sont déjà discutées en amont et le représentant des usagers n'aura aucune marge de manœuvre pour faire valoir un autre point de vue ».

« Mis en situation de cogestion, le représentant des usagers sera tenu responsable des décisions du directoire et cela risque de le faire perdre en crédibilité. »

« Ce tiers doit être formé à la défense des personnes. Le risque qu'il parle pour lui-même serait contenu par le seul fait qu'il serait systématiquement accompagné par la personne vivant la situation »

« Les situations de blocage sont porteuses de risque pour le devenir de l'établissement et préjudiciables tant au patient et aux personnes accueillies qu'aux équipes. Elles peuvent se traduire par un désaccord persistant et de caractère conflictuel entre une direction et tout ou partie du personnel concernant des mesures d'organisation, les conditions de travail, les effectifs... »

« Le risque s'accroît de voir se développer au sein même de nos sociétés riches, des segments paupérisés ou des comportements malthusiens par nécessité, côtoyant, à l'inverse, des secteurs inconsidérément pourvus au regard de l'intérêt général ou de leur efficacité sanitaire ».

« Pourtant, en cette période de restrictions budgétaires, le risque est que les Villes abandonnent ces missions volontaristes de santé publique qui ne sont pas des compétences réglementaires, avec toutes les conséquences qui en découleraient ».

« Les premières versions des décrets d'application des GHT témoigneraient, selon elle, d'un «risque réel de dérive bureaucratique et technocratique allant à l'encontre de l'objectif premier de construction du parcours de soins ».

Le rapport IGAS publié en 2003 « pour une prévention durable » se distingue des autres textes à deux égards. D'une part les auteurs se réfèrent explicitement à la société du risque, prenant en référence les travaux de Giddens, pointant ainsi l'évolution de la notion de risque dans le champ de la santé, entre d'anciens risques naturels (consubstantiel d'un risque maladie essentiel) coexistant avec de nouveaux risques liés à un développement industriel mal maîtrisé du point de vue de la santé humaine. En conséquence, les auteurs distinguent le traditionnel champ de la prévention du champ du principe de précaution avec une mention concernant son corollaire, le mythe du risque « zéro ».

D'autre part, les auteurs de ce rapport soulignent l'évolution entre les conceptions épidémiologiques du risque, génératrices de politique de prévention moralisatrice, axée sur la responsabilité individuelle en termes de comportements et une conception du risque articulée avec la notion de déterminant de la santé impliquant le développement de politiques publiques « saines ».

Ces considérations sont absentes des autres textes et donc du corpus de 2014, lesquels manient la notion de risque indifféremment à travers chacune des trois catégories présentées ci-dessus selon le domaine qui les intéresse.

Enfin, le terme de « crise sanitaire » proprement dit n'est utilisé qu'en 2004 même si les thématiques correspondantes, notamment les risques liés à l'amiante sont encore évoqués dans les textes de 2014. Dans ce registre, le risque est envisagé du point de vue de la responsabilité des pouvoirs publics, de leur devoir de protection de la population. Deux instruments sont mobilisés, d'une part la veille sanitaire, d'autre part l'usage de la réglementation et de la norme :

« L'Agence dont les activités, dans le champ de l'évaluation des risques, de la recherche, de la veille, de la vigilance et de l'épidémio-surveillance constituent des piliers essentiels des politiques de protection de la santé définies par les pouvoirs publics ... »

« En 1998, notre pays s'est doté d'un premier ensemble complet d'outils destinés à garantir la sécurité sanitaire de notre environnement, de notre alimentation et des produits de santé, tels les médicaments, et à organiser un réseau de veille sanitaire ; la création, à cette époque, des agences sanitaires correspondait à une première étape sur la voie d'une meilleure approche du devoir de santé publique » ;

« Cet article autorise le Gouvernement à prendre par ordonnance les mesures législatives nécessaires d'une part au renforcement de la prévention, de la veille et de la sécurité sanitaire par la création d'un Institut national de prévention, de veille et d'intervention en santé publique et le renforcement de la coordination du système des agences sanitaires. »

L'usage de l'outil réglementaire est fortement affirmé tandis qu'il n'est pas sans poser quelques problèmes en soi. Cet outil irrigue par ailleurs le champ du risque professionnel et des risques à l'hôpital non sans quelques problèmes ici aussi :

« Au titre de la simplification et de la clarification du cadre juridique des agences, il est proposé à droit constant et pour l'ensemble des agences ayant une responsabilité en matière de sécurité sanitaire, de procéder au regroupement et à l'harmonisation des dispositions législatives relatives à leurs missions, leur organisation ou leur fonctionnement. L'enjeu est la cohérence et l'articulation rédactionnelle pour une meilleure compréhension des dispositifs. »

« Concerne le traitement des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI). L'article L. 1335-2 du code de la santé publique fait référence à la loi de 1975 sur les déchets. Or cette loi a été abrogée par l'ordonnance n° 2000-914 du 18 septembre 2000. Il convient donc de mettre à jour cet article du code de la santé publique, qui ne peut donc être mentionné utilement dans les textes règlementaires pris sur son fondement. »

« La législation en vigueur relative aux substances et préparations vénéneuses, c'est-à-dire aux substances stupéfiantes, psychotropes et aux substances présentant un risque pour la santé (dites inscrites sur les listes I et II) ainsi qu'aux médicaments contenant ces substances est source d'interprétations divergentes et de difficultés d'application tant pour les opérateurs que pour les juridictions amenées à juger les auteurs des manquements à cette réglementation. »

« Par ailleurs, en matière de toxicovigilance où le dispositif repose sur la déclaration de produits et mélanges par les industriels, les inexécutions de telles obligations relèvent de la contravention alors que le code de l'environnement, qui comporte également des dispositions sur les substances et mélanges, a érigé en délit les infractions aux prescriptions qu'il définit. Il est donc envisagé d'ajuster l'échelle des sanctions figurant dans le code de la santé publique sur celles sur code de l'environnement. »

« Ce changement d'appellation illustre l'approche globale des pouvoirs publics qui envisagent l'addiction en général plutôt que son objet. Dès lors, le mot « tabac » n'apparaît pas au risque de ravalier le tabagisme à un problème de santé publique comme un autre, alors qu'il est responsable du décès prématuré de 73 000 personnes par an. »

L'étude des références concernant l'hôpital comme la santé au travail, montre en effet, que la règle a de sérieuses limites, se révélant entre autres comme une solution tout autant qu'un problème. Enfin, ces outils classiques de l'action publique, majoritaires dans les références, sont percutés par de nouveaux acteurs. Quelques références mentionnent en effet, participation, action de groupe, intervention de la société civile et la nécessité d'un débat, comme moyen de lutte contre ces risques :

« La loi du 31 décembre 1991 portant transposition d'une directive européenne relative à la santé et à la sécurité au travail, marque une deuxième évolution, via l'obligation faite aux employeurs d'évaluer les risques et la mise en place de services de santé et de sécurité dans les entreprises. Il faudra toutefois attendre plus de dix ans pour que cette obligation devienne effective dans notre pays, et elle ne fait que commencer à être appliquée. »

« Les substances utilisées et les combinaisons de produits sont de plus en plus nombreuses et, malgré les réglementations nationales et communautaires qui en régissent l'usage, leur impact à long terme sur la santé humaine selon les degrés d'exposition est mal connu (cf. infra). »

« Le risque sanitaire n'est en effet pas le seul paramètre de la décision publique. »

« L'État est responsable de la fixation d'objectifs de santé nationaux, arbitrés après débat public avec les autres acteurs de politiques publiques ; il est responsable également de l'application des normes internationales et nationales tendant à réduire le risque ou l'exposition aux risques collectifs ».

« la sévérité accrue des normes sanitaires à l'hôpital signe des avancées majeures en matière de sécurité et d'hygiène.[]Ayant pour objectif de renforcer la sécurité sanitaire, ces normes ont été implicitement conçues comme des incitations fortes à motiver des restructurations de l'hospitalisation publique autour de plateaux techniques très médicalisés. Or, compte tenu de la lenteur des restructurations, l'application de ces normes devient soit extrêmement coûteuse (en dépenses en personnel et en investissements) soit impossible. » [...] Les moyens correspondants n'ayant pas été engagés et les restructurations indispensables n'ayant pas été opérées, ces normes constituent un facteur de désorganisation pour l'hôpital et, surtout, un facteur d'insécurité juridique ».

« Chaque nouvelle réglementation en matière de sécurité sanitaire devrait faire l'objet d'une étude d'impact. »

Les références au risque professionnel sont les plus riches, les plus denses et les plus complexes, globalement, le constat est celui de l'insuffisance, de connaissance, de prévention, de prise en compte... Enfin, le principal outil qu'est la médecine du travail est décrite comme devenue inadéquate dans ses principes mêmes, c'est-à-dire axée sur l'évaluation de l'aptitude professionnelle et non sur les risques pour la santé au travail, inadaptation peu prise en compte dans le train des réformes :

« Généralement la fragilisation des relations de travail via le développement de l'intérim, de la sous-traitance, compliquent davantage la perception du risque et le suivi des populations exposées. »

« Plus généralement, les nouvelles formes d'organisation du travail, souvent caractérisées par une intensification des cadences et une charge mentale plus importante, suscitent des risques nouveaux, en particulier pour la santé mentale de salariés, dont le repérage et la reconnaissance sociale sont difficiles. »

« Plusieurs intervenants rencontrés par l'IGAS partagent le sentiment que dans les entreprises, la fonction « santé et sécurité » est de moins en moins organisée, de moins en moins bien positionnée sur le plan hiérarchique, et ne bénéficie donc pas d'un circuit court dans le processus de décision ».

« La pauvreté du vivier de chercheurs est d'autant plus criante que le risque professionnel exigerait, du fait de sa complexité et son évolutivité, une politique de recherche d'envergure ».

« D'abord et par construction, ne figurent dans ces statistiques que les accidents et les maladies reconnues d'origine professionnelle. Or, les difficultés de reconnaissance sont nombreuses et rendraient utile une connaissance des accidents et maladies déclarées. Ensuite, elles ne révèlent qu'une partie du risque, la part réalisée, ce qui limite leur interprétation pour soutenir une politique de prévention. »

« Une démarche de prévention sanitaire en milieu du travail est aussi un arbitrage entre plusieurs risques, dont celui de perte d'emploi, de dégradation des conditions économiques et sociales de vie. »

« Si nous pouvons nous réjouir que la conférence sur l'emploi débouche sur une mesure facilitant l'accès aux soins individuel, à travers la généralisation du financement d'une couverture maladie complémentaire, nous aurions souhaité qu'une attention aussi grande soit accordée à la préservation de conditions d'emploi et de travail favorables à la santé et à la prévention des risques professionnels ».

« C'est pourquoi il paraît essentiel de faire évoluer le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail pour d'une part, qu'il prenne en compte l'ensemble des professionnels en exercice dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics, et, d'autre part, qu'il puisse articuler ces travaux et réflexions avec les trois autres instances consultatives que sont la CME⁴³⁰, le CTE, et la CSIP par le biais de réunions institutionnelles de contact. »

« Il convient de noter qu'une partie des arrêts liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle est déclarée au titre des arrêts maladie. Cette sous-déclaration des risques professionnels et des accidents du travail s'explique par de multiples facteurs : en premier lieu, du côté de l'assuré, ce dernier ignore souvent les risques qu'il encourt ou a encouru dans son environnement professionnel et la procédure de déclaration d'une maladie professionnelle auprès de l'assurance maladie est complexe.»

Enfin, les questions de santé au travail représentent une dimension manifeste de la question sociale et de l'emploi, laquelle est par ailleurs présente, nous l'avons mentionnée, en tant que telle dans le registre des risques évoqués dans les références encodées :

« ... la complexité de la négociation avec les partenaires sociaux et la difficulté à recenser dans un document unique l'évaluation des risques professionnels ».

« Lors de son audition, la DREES a confirmé que ses études montraient une corrélation entre le risque de chômage et la diminution des arrêts maladie. »

« Le poids du risque professionnel dans la surmortalité serait considérable pour certaines tranches d'âge (15 % des décès par cancer du poumon sont attribuables à des facteurs d'origine professionnelle des travailleurs de sexe masculin entre quarante-cinq et cinquante-neuf ans),

⁴³⁰ Commission Médicale d'Établissement, la loi HPST a restreint les missions de la CME sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions de prise en charge des usagers. La CME est consultée sur les matières soumises à la délibération du conseil de surveillance dont notamment le projet d'établissement (plan stratégique), le compte financier, le rapport annuel d'activité ; le projet médical, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) passé avec l'Agence régionale de santé (ARS) ; la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles ; la politique de recrutement des emplois médicaux (révisions des effectifs) ; le plan de développement professionnel continu (DPC) relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ; le programme d'investissement concernant les équipements médicaux ; le règlement intérieur de l'établissement.

et constituerait l'une des principales explications des inégalités sociales de santé ».

L'irruption des questions sociales, du travail et de l'emploi dans le cadre des problématiques de « sécurité » fait écho à un nœud particulièrement important du fait de sa progression spectaculaire entre 2004 et 2014 (six références encodées en 2004 pour 89 références encodées en 2014), le nœud « Droits » dont il nous reste à étudier les références.

Nous avons construit ce nœud-ci ici encore en termes de problématique, plutôt que thématique, et ce dans une approche inductive. En effet sous ce terme, nous avons encodé ce qui se rapporte d'une part aux « droits » tels qu'ils donnent accès à des bénéfices c'est-à-dire en tant que dispositif de compensations sociales mais aussi au « Droit » en tant que domaine juridique, de la loi. Ces deux catégories sont apparues comme liées lors de la première phase d'analyse de contenu, celle du codage initial.

Au préalable, rappelons que ce nœud fait partie des nœuds à risque de biais, avec 95 références encodées à partir de seulement 13 sources, c'est-à-dire donc un score de 7,3, ce qui est élevé. Trois sources seulement sont à l'origine de plus de la moitié des sources encodées sous ce nœud « droits et Droit », tout d'abord le rapport sur l'an II de la démocratie sanitaire, ensuite dans une proportion de moitié chacun par rapport à celle-ci, et à égalité, l'exposé des motifs de la loi santé votée en 2016 et le rapport IGAS de synthèse des débats sur la stratégie nationale de santé. Ce sont trois sources émergeant sur le corpus 2014, toutes les trois ont un même objet, le souci du politique sous la pression des associations (le rapport sur l'an II a été confiée à une responsable du mouvement associatif des malades) de conforter le droit des malades instauré par la loi Kouchner en 2002.

On comprend dès lors l'effacement relatif des textes de 2004 sur 2014 compte-tenu de la grande proximité entre ces textes originels et cette période. Ainsi, la signification et les usages de ces mots sont à resituer dans un biais, celui des discours ayant trait aux « droits des malades ». A noter enfin, qu'en termes de fréquences de mots, le mot « droit » n'apparaît cependant pas que dans les sources mentionnées ci-dessus. Il est aussi présent dans le rapport sur l'avenir de la sécurité sociale de la Cour des comptes en 2004 de façon assez

compréhensible. De façon plus surprenante, il est aussi fortement présent parmi les sources de 2014, outre le rapport précité sur l'an II de la démocratie sanitaire, dans le rapport « Devictor » concernant le service territorial de santé au public.

Sans surprise donc, la référence au « Droit » est en fait minoritaire au sein des références encodées sous ce nœud. Celle-ci, est peu mobilisée dans ces références :

« L'article habilite le Gouvernement à procéder par ordonnance à la simplification de procédures ou l'harmonisation du droit, avec l'abrogation de plusieurs dispositions devenues obsolètes. »

« La généralisation du tiers payant permettra d'inscrire dans le droit commun un gain d'équité substantiel pour chacun. »

« Il prévoit quatre mesures de simplification relatives aux données de santé. Il s'agit de mesures techniques principalement d'harmonisation de règles de droit dans un domaine où l'évolution rapide de la législation a pu conduire à des écarts. »

« Le b propose de clarifier le droit applicable à la création des centres de santé en ouvrant cette possibilité aux établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ».

La distinction entre le « Droit » et les « droits » s'opère par l'usage du pluriel, Ceci est caractéristique dans le champ des droits du malade et des droits de usagers, lequel fait l'objet de la majorité des références. Pourtant, ceux-ci sont aussi fondus avec celui du droit des personnes, c'est-à-dire de l'homme et du citoyen, lequel fait tantôt l'objet du pluriel comme du singulier. Le plus flagrant à cet égard est l'utilisation du terme de « droit » dans le cadre de la loi dite « Kouchner » adoptée en 2002. Cette loi, qui opère pourtant une différenciation entre droits collectifs et individuels, ne distingue pas très clairement le registre des droits civiques de celui des droits spécifiques des malades et usagers du système de soins :

« Ce dossier répond à une demande d'information médicale de la part de nos concitoyens ; il est aussi un droit donné aux patients par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. »

« Prévoir un espace de défense des droits au niveau territorial commun au sanitaire, notamment l'ambulatoire, et au médico-social ».

« Des cellules de traitement de remontées d'informations préoccupantes concernant la maltraitance aux personnes âgées et aux personnes handicapées sont en voie d'expérimentation dans plusieurs régions françaises. Ces cellules sont composées a minima de représentants des

ARS, du Conseil général, certaines intègrent le représentant local du défenseur des droits. Actuellement, seule une expérimentation intègre des représentants des usagers. Le recouvrement est important entre les notions de maltraitance et de respect des droits, entre les publics visés. C'est pourquoi nous attirons l'attention des pouvoirs publics en charge de ces expérimentations de veiller à la plus grande cohérence entre ces dispositifs alors qu'il s'agit dans tous les cas de penser des mécanismes de respect des droits de personnes. »

« Il est de fait extrêmement violent pour les personnes d'avoir le sentiment que leur est dénié leur droit à choisir et à parler pour eux-mêmes. [...] Aussi s'intéresser et réfléchir aux modes d'accompagnement et de respect des droits pour les plus fragiles d'entre nous peut être bénéfique pour l'ensemble de la population ».

« La rénovation des instances de santé avec une nouvelle commission des usagers (art 44) ainsi que les expérimentations de guichet unique des droits dans les conseils territoriaux de santé (art 38). Cette rénovation touche aussi le domaine de la fixation du prix des médicaments avec le droit d'audition des associations devant le Comité économique des produits de santé (art 43) « L'article consolide l'accès permanent du patient à son dossier, l'affirmation de son droit au masquage ».

« Au niveau médico-social, l'inverse s'est produit : la législation ne consacre pas la reconnaissance de nouveaux droits de la personne, mais cherche à garantir l'existence de droits préexistants mis à mal par une situation de vulnérabilité. Aujourd'hui, la question de la défense des droits dans ce secteur est insuffisamment traitée et prise en compte. »

« Fin 2008, la CNS présentait son premier rapport des droits des usagers du système de santé dans lequel, au cœur de huit autres propositions, il était question d'un statut de leurs représentants ».

« L'intérêt de renforcer la place des usagers qui entraîne nécessairement qu'ils soient mis à même de participer aux décisions de santé par l'attribution de financement, l'effectivité du droit à la formation, la reconnaissance d'un droit d'audition et d'un droit d'alerte, la mise en œuvre d'actions de groupe... »

En cohérence avec l'importance de la notion de droits des personnes dans le champ des droits des usagers du système de soin et notamment de l'hôpital, on observe que le registre des droits de l'homme et du citoyen et des droits constitutionnels est mobilisé dans les références, certes dans de moindres proportions, mais de façon cependant significative, parfois sous d'autres dénominations telles que les « droits sociétaux » par exemple :

« Réformer l'accès aux données de santé afin que leurs potentialités soient utilisées au mieux dans l'intérêt de la collectivité, et du principe de valeur constitutionnelle de protection de la santé, tout en assurant la confidentialité des données personnelles, qui procède du droit au respect

de la vie privée, autre exigence de rang constitutionnel, d'autant plus forte qu'il s'agit de données sensibles. »

« La loi HPST n'a pas prévu d'encadrement juridique pour assurer la promotion homogène du droit à l'expression libre et collective des professionnels, en considérant que la liberté d'organisation de ce dialogue social de proximité devait être privilégiée. »

« Onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 qui énonce que « tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

Enfin, sous la dénomination « droits sociaux » mentionnée dans les références, ici aussi de manière significative, sont confondus droits des assurés au bénéfice de la sécurité sociale, référence la plus présente, avec des droits hors du champ de la protection sociale, de nature civique, certes mentionnés de façon plus marginale :

« L'enjeu des droits sociaux est aujourd'hui le plus saillant notamment à travers le poids des ALD⁴³¹ dans les dépenses publiques de santé ».

« L'accès à la santé ne peut être obtenu par le seul accès aux droits sociaux, c'est-à-dire à une protection sociale. L'accès aux droits sociaux, incluant tous les éléments d'une vie digne et décente, lui semblait un préalable fondamental ».

« Le préambule de la Constitution de 1946 reconnaît aux fonctionnaires (titulaires et stagiaires), comme aux salariés (contractuels), une série de droits sociaux tels que le droit syndical, le droit de grève dans le cadre des lois qui le règlementent et le droit à la participation, à la gestion et au fonctionnement de l'administration au sein d'instances consultatives ».

« Si les associations agréées bénéficient depuis la loi du 4 mars 2002 de certaines prérogatives comme le droit au congé de représentation ou à la formation pour leurs membres ».

« Certains débats régionaux évoquent aussi la nécessité d'améliorer l'accès des patients aux droits sociaux et de simplifier les procédures, l'intérêt d'une revalorisation des remboursements des soins dentaires. »

Plus globalement, les constats repris dans ces références pointent l'insuffisance d'accès aux droits, dont les renoncements, un droit à géométrie variable selon les situations des personnes en lien avec des dispositifs réglementaires complexes, pour ne pas dire aberrants, ainsi qu'un droit fragmenté, situation ainsi résumée :

« Un écart important demeure entre les droits théoriques et les droits

⁴³¹ Affections de Longues Durées, celles-ci concentrent 80% des dépenses de l'assurance maladie, pour environ seulement moins de 20% de bénéficiaires

réels ».

« Les conditions d'ouverture des droits et l'étendue de la couverture en cas d'arrêt maladie diffèrent selon le régime d'assurance maladie auquel est rattaché l'assuré. »

« Selon la Cour des comptes, ce serait entre 20 % à 30 % de la population salariée du secteur privé qui ne remplirait pas les conditions d'ouverture des droits aux indemnités journalières et se trouverait ainsi pénalisée. »

« Une reprise d'activité du demandeur d'emploi est susceptible de faire perdre le bénéfice des dispositions relatives au maintien de droits. »

« Pour mettre fin à l'absurdité de ces situations, il est nécessaire de modifier les décrets R.3111 et R.161-8-2 du code de la sécurité sociale ».

« Quant à la gestion de ces droits, elle est également défailante. Les délais de remboursement des soins sont particulièrement élevés. La LMDE⁴³² rembourse jusqu'avec un an de retard ».

« Le CISS propose de mettre fin à cette inégalité des assurés sociaux vis-à-vis du bénéfice de ce dispositif qui présente un intérêt indéniable à la reprise d'une activité professionnelle. »

« Comment rapprocher et faire converger ces droits quel que soit le type de prise en charge et d'accompagnement, conformément aux préconisations formulées par la conférence nationale de santé le 18 juin 2013, qui appelait à la définition d'un « tronc commun » de droits individuels et collectifs pour le secteur des soins de ville, tout autant que le secteur hospitalier et le secteur social et médico-social. »

« C'était dans l'esprit de la loi du 4 mars 2002. En avril 2000, le groupe de travail piloté par Étienne Caniard avait été très clair sur la question des moyens. Il écrivait alors à propos du financement : « La conviction du groupe de travail est qu'il ne servirait à rien d'affirmer un droit si ne sont pas prévues en même temps les conditions d'exercice effectif de ce droit. »

« Généraliser en ambulatoire la diffusion de supports d'information sur les droits des usagers afin de rendre la loi sur le droit des malades plus effective. »

« Ce dernier n'étant toujours pas paru, la jurisprudence de la Cour de cassation en a précisé le contenu ; elle a, à ce titre, indiqué que l'absence de décret ne faisait pas obstacle au contrôle. Elle veille à faire respecter un équilibre entre les droits et obligations du salarié et ceux de l'employeur. »

Finalement, la revue de ces références fait apparaître un champ foisonnant marqué par l'intrication étroite de tous les droits, des fusions de sens. Même si la figure de l'utilisateur du système de soin domine, celui-ci émerge sur un ensemble de droits se situant très largement au-delà de droits qui seraient spécifiques au champ sanitaire :

« La demande sociale franchit la frontière ténue qui sépare le droit aux soins du droit à la sécurité, et le droit à la sécurité du droit à la santé ».

⁴³²La Mutuelle Des Etudiants

« Pour faire pression sur un texte qui reconnaît de nouveaux droits aux citoyens dans leur usage du système de santé ».
« Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement ».

De tous les nœuds dont la fréquence d'encodage est patente quantitativement et ou du point de vue de leur dynamique exceptionnelle, que nous venons de passer en revue, il nous reste à analyser celui ayant trait à l'égalité, et aux inégalités. Ce nœud, construit d'un point de vue thématique cette fois-ci, est double, constitué d'un terme, l'égalité et de son contraire mis au pluriel, une fois de plus de façon inductive. De fait, dans les discours il est plus souvent question des inégalités que de l'égalité, terme que nous voulions toutefois analyser aussi, et ce dans une mise en perspective réciproque.

La question de « l'égalité » nous l'avons vu, traverse le discours de la réforme discrètement. Sans que ce ne soit une thématique majeure, celle-ci est mobilisée dans les critiques faites à un droit fractionné et partial, elle l'est aussi en matière de sécurité quand il s'agit de santé au travail, il en est de même de l'impératif de qualité. A travers la thématique des « territoires », se profile aussi celle de « l'égalité » et des « inégalités d'accès aux soins ».

Ce n'est cependant pas une préoccupation majeure des auteurs parmi celles que nous avons pu mettre en évidence dans l'analyse qualitative des références encodées au titre des « approches territoriales » :

« Les inégalités territoriales constituent à l'évidence un frein majeur à l'accès aux soins. D'autant qu'à la traditionnelle opposition entre territoires urbains et territoires ruraux, il faut ajouter la situation particulière des territoires isolés, par exemple les zones de montagne, ou les fractures infra-urbaines ».

« Surtout, votre rapporteure déplore les entorses au principe d'égal accès aux soins dont la mise en œuvre se heurte à des disparités territoriales, ainsi que la persistance d'inégalités sociales ».

« Si les médecins semblent suffisamment nombreux à l'échelle nationale, des inégalités manifestes apparaissent à l'échelle régionale et départementale. »

« Le cas des Outre-mer est particulier car l'éloignement et l'insularité renforcent les inégalités territoriales s'agissant de la répartition des soins ambulatoires. »

« Les débats régionaux mettent l'accent sur le besoin de politiques de proximité déclinées au niveau des territoires pour prendre en compte les inégalités de santé au niveau infrarégional, en s'appuyant sur une connaissance fine des spécificités des territoires et des indicateurs de

santé. »

« Les difficultés de la généralisation du dépistage du cancer du sein sont révélatrices de l'inégalité de l'investissement des départements dans le domaine sanitaire. »

« Les inégalités territoriales constituent à l'évidence un frein majeur à l'accès aux soins. D'autant qu'à la traditionnelle opposition entre territoires urbains et territoires ruraux, il faut ajouter la situation particulière des territoires isolés, par exemple les zones de montagne, ou les fractures infra-urbaines ».

On observe cependant que le territoire est devenu une sorte d'attribut automatique des inégalités de santé, dans l'expression consacrée « inégalités sociales et territoriales de santé », mobilisée de façon générique, y compris quand le territoire n'est pas impliqué dans le propos ou l'argumentaire de l'auteur :

« Il existe encore des marges de progrès très importantes dans la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Ces progrès nécessitent que soit déployée une politique de promotion de la santé dans tous les secteurs d'activité de la société, conçue non seulement pour, mais aussi avec l'ensemble des citoyens ».

« En Franche-Comté, les débats ont mis en avant un accroissement des inégalités sociales et géographiques en relevant notamment que certaines catégories de la population plus vulnérables ne sont pas dans le circuit « classique » des actions de prévention ».

La thématique des « inégalités », de « l'égalité », qui n'est donc pas une thématique mineure du registre des discours de la politique de santé, mérite donc notre attention. Aussi avons-nous passé en revue et analysé qualitativement les références encodées au titre de ce nœud.

Le premier constat est celui de l'extrême importance, en termes de nombre de références, en fait la grande majorité d'entre elles, du thème des « inégalités de santé », ou dit autrement des « inégalités sociales de santé », à moins qu'elles ne soient qualifiées « d'inégalités sociales et territoriales », tout ceci dans un même recouvrement de sens amalgamé. Le caractère social des inégalités de santé est parfois rapporté en termes de causalité. Les auteurs recourent alors aux concepts de « déterminants sociaux de la santé » :

« L'ambition de réduction des inégalités sociales de santé, que les objectifs de la loi de 2004 ne faisaient qu'évoquer, doit permettre d'intégrer une approche multisectorielle des déterminants de la santé pour promouvoir

la santé dans tous les milieux de vie, selon l'approche également portée par le Comité interministériel pour la santé créé par décret du 18 juin 2014. »

« L'accroissement des inégalités sociales de santé, sous l'influence de la crise économique et sociale qui frappe notre pays, aggrave encore l'impact des choix personnels sur la santé. Les écarts n'ont jamais été aussi grands, avec une situation particulièrement défavorable pour les chômeurs et les inactifs, comme pour les habitants des zones urbaines défavorisées (cf. les données récentes de l'ONZUS⁴³³), mais ceci est la manifestation extrême d'un gradient qui traverse l'ensemble de la société ».

« Dans un rapport de mai 2011, l'IGAS rappelait que les inégalités sociales se forment très tôt dans l'enfance, notamment en termes de développement cognitif et d'éveil intellectuel... »

« Partant du constat que les inégalités de santé apparaissent et se creusent dès l'enfance, les tables-rondes ont fait émerger la nécessité de définir une stratégie intersectorielle relative à l'enfance ».

« Une des premières décisions à prendre serait à ce titre de faire de la lutte contre les inégalités sociales de santé un des buts de la politique de santé. Un des outils pour y parvenir est de développer les études d'impact de l'ensemble des politiques publiques sur la santé ».

« Développer les recherches sur l'analyse des déterminants sociaux de la santé, la prise en compte des inégalités socio-économiques dans la survenue des maladies, en particulier chroniques. »

« Promouvoir cette culture de l'anticipation et une approche globale des déterminants de santé apparaît également indispensable pour réduire les inégalités sociales de santé et favoriser l'accès à la santé des personnes en situation de handicap ».

S'agissant du « social », notons ici que certaines des références analysées mobilisent de façon significative une approche sociétale voire politique à travers entre autres, les questions d'inégalités de revenu, de situation professionnelle, d'inégalités devant l'information :

« L'inégalité dans l'information, notamment en fonction du capital relationnel dont dispose le malade, constitue une des plus profondes inégalités dans l'accès aux soins. »

« Les inégalités d'accès à l'information sont déterminantes en matière de santé car elles influent directement sur les comportements à risque, les conduites addictives, l'orientation dans le système de santé et l'efficacité de la prise en charge médicale ».

« Cette ambition de démocratie sanitaire reste encore à approfondir : l'horizon dans lequel nous souhaitons inscrire ce rapport est celui d'une participation qui aille au-delà de l'information des usagers ou de la simple concertation, visant une politique de santé qui prenne en compte à la fois

⁴³³ Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles

les enjeux de pouvoir, les inégalités et la conflictualité dans le débat démocratique, dans une perspective de transformation sociale ».

Outre ces constats immédiats, la revue systématique des références encodées pour ce nœud thématique « égalité/inégalités » montre en synthèse que l'égalité en santé est un principe, les inégalités sont quant à elles, une réalité, laquelle fonde l'objectif d'une lutte au cœur de la politique de santé. Ce principe d'égalité, de nature variable selon les auteurs, relève cependant pour tous, de la constitution :

« En clair, toutes les mesures de pénalisation doivent répondre à l'exigence constitutionnelle d'un « accès aux soins pour tous » ».

« Or, la multiplication des files d'attente dégrade aussi les conditions de travail des personnels et l'image de l'hôpital public. En outre, elle porte préjudice aux principes constitutionnels du respect de la protection de la santé et de l'égalité devant le service public de santé ».

« Mais Universalité n'est pas Egalité. L'égalité, bien que découlant de l'article 11 du Préambule de la Constitution de 1946, subit quotidiennement de nombreuses atteintes ».

Ce principe d'égalité en santé, lié au principe de solidarité, a pour déclinaison principale, l'égalité d'accès aux soins, l'égalité devant le service publique (hospitalier), et l'égalité de traitement (de l'administré). Aux côtés de celle-ci, on observe dans les références son pendant négatif à travers la thématique des « inégalités d'accès aux soins ». Notons ici que l'on observe dans les références étudiées, en miroir de cette dernière, constats que nous avons déjà vus, celui des inégalités des assurés et d'une législation d'assurance maladie inégalitaire en matière d'arrêt de travail.

Afin d'en évaluer l'importance nous avons donc conçu un nœud, en quelque sorte un marqueur, recouvrant la thématique des « inégalités d'accès aux soins », thème important dans les références encodées que nous analysons ici. Notons que celui-ci n'a généré qu'un nombre faible de références en 2004 (vingt références) mais connaît une forte progression en 2014 (77 références). Celui-ci, ainsi que le précédent exprime remarquablement le paradigme de la santé/non-maladie.

A travers les références encodées au titre de l'égalité et des inégalités en santé et ou d'accès aux soins, se trouve cette référence aussi explicite :

« M. Jean-Luc Prével a ajouté que l'égal accès à la santé doit relever de la responsabilité de l'État qui garantit cet accès aux soins en y associant tous les acteurs concernés, y compris les collectivités territoriales. »

« Ni privatisation, ni nationalisation, c'est mon objectif. Notre système est reconnu comme excellent parce qu'il est solidaire et qu'il garantit un égal accès à la santé. »

« Cette réforme vise à sauvegarder notre régime d'assurance maladie, en préservant et en consolidant ses principes fondamentaux auxquels les Français sont légitimement attachés, à savoir l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. »

Pour compléter cette analyse, s'agissant de la notion d'« égalité », et de « droits », nous avons été surpris de constater que le nœud « justice » soit minoritaire. Conçu comme un nœud « thématique » envisageant la justice au sens large comprenant l'emploi du qualificatif « juste », ce nœud, qui n'a généré que peu de références, 24 au sein de 13 sources, fait partie des nœuds minoritaires aux côtés des quatre autres, « santé/non-maladie », « mobilisation », « *empowerment* », « crise ». L'examen de ces quelques références montre que l'utilisation de l'adjectif « juste » est étroitement associée au financement et dépenses de soin ainsi qu'à des questions d'efficacité :

« Nous devons disposer d'un regard et d'une analyse sur les groupes d'individus, sur les populations si nous voulons que le système de santé soit juste, efficace et performant ».

« Tirons-en toute la détermination nécessaire pour mettre en place, ensemble, une maîtrise des dépenses juste et efficace. »

« la juste répartition de nos ressources doit nous conduire à réorganiser nos flux de dépenses de l'assurance maladie ».

« Le coût de la mesure relative au départ anticipé des travailleurs âgés, 1,1 milliard d'euros, est comme un investissement pour l'avenir. Elle a permis d'apporter plus d'équité et de justice sociale dans notre régime de retraite et dans notre pays. »

« La santé est un bien primordial, oui c'est un bien, et c'est la condition de tous les autres biens, de l'exercice par chacun de ses talents et de ses libertés. Et c'est pourquoi il ne saurait y avoir de justice sociale sans équité face à la santé, sans que la collectivité n'assure à tous les citoyens les moyens d'échapper à la maladie ou à la mort prématurée. »

« Si l'engagement premier est le soin, cherchons le ton juste dans l'énergie dépensée pour mesurer, évaluer, contrôler sa pertinence »

« La juste mesure en matière de prévention et de dépistage - éviter l'intrusion sans générer de perte de chances ».

Peu de références font état des principes de justice sociale au fondement du système de protection sociale et du système de santé. De plus, la notion de

« justice » telle que conçue par les auteurs renvoie plus souvent au principe d'« équité », qu'à, hors la notion d'égalité des chances, la notion d'« égalité » citée dans une seule référence :

« La sécurité sociale est au cœur de notre contrat social. Elle est le principal garant de la justice sociale et de la solidarité dans notre pays. »

« M. Jean-Marie Le Guen s'est déclaré prêt à amender le texte. Le rendre acceptable semble difficile : le projet est en effet injuste, insuffisant et dangereux. Il est d'abord injuste. Le 1er janvier 2005, l'augmentation de la CSG va frapper salariés et retraités alors que les revenus du capital comme les entreprises seront épargnés. La dette sociale est reportée sans limite sur les générations futures pour un montant de 35 milliards d'euros qu'il est parfaitement injuste que 1,5 million de Français ne puissent accéder à une assurance complémentaire faute de moyens. »

« Promouvoir une société plus juste et solidaire, seule garante d'un développement optimal de la santé ».

« Et c'est pourquoi il ne saurait y avoir de justice sociale sans équité face à la santé, sans que la collectivité n'assure à tous les citoyens les moyens d'échapper à la maladie ou à la mort prématurée. »

« La nécessité, enfin, de poursuivre le combat pour l'égalité, d'améliorer l'accès aux soins et de continuer de faire progresser la justice sociale en matière de santé ».

Il est ainsi tout à fait étonnant de constater que le nœud « inégalités et égalité » ait généré trois fois plus de références et ce, au sein de deux fois plus de sources, que le nœud « justice », lequel a si peu de connexion avec la notion d'égalité. Tout se passe comme si la lutte contre les inégalités en santé ne relevait pas du principe de « justice sociale », mais principalement d'un objectif de « solidarité » sous la haute bienveillance de l'État républicain. Pour le dire autrement, et ce pour les auteurs de 2014, le principe d'égalité en santé semble procéder du modèle républicain plus que d'un modèle de justice sociale.

g. La réforme sans la crise

Nous n'oublions pas pour terminer notre analyse qualitative des nœuds encodés, ceux qui n'ont généré que peu de références et que nous n'avons pas déjà eu l'occasion de mentionner au cours de la revue que nous venons de réaliser. Il en reste ainsi un à étudier, celui de la « crise ». Avec seulement huit sources ayant généré seulement vingt références encodées, ce thème fait donc partie des

quatre nœuds les plus minoritaires en termes de références encodées aux côtés de « *empowerment* » (5 sources, sept références), « mobilisation » (huit sources, vingt références), « santé/non-maladie » (huit sources, onze références).

Concernant la question de la « crise », rappelons que la rationalité économique est secondaire par rapport à la valeur « qualité » et nous avons ainsi invalidé la thèse d'une réforme trouvant ses origines dans la crise.

Approfondissons maintenant l'analyse de ce nœud si peu fructueux quantitativement. On constate que les références encodées sous ce neuf concernent majoritairement l'hôpital public (onze références sur vingt, les neuf autres sont dispersées dans les autres sources) et à cet égard se présentent principalement comme de causalité externe, confortant l'hypothèse d'une réforme en 2004-2014, générée par la réforme :

« Cette crise est structurelle. Elle a été amplifiée par des contraintes récentes. Si elle se poursuit, elle s'aggravera et mettra en cause, sinon en péril, les missions mêmes de l'hôpital public. »

« Deux facteurs externes sont venus récemment aggraver la crise et ont agi comme des révélateurs : l'application de la réduction du temps de travail et la sévérité accrue des normes relatives à la sécurité sanitaire »

« Un symptôme de la crise est l'absence d'application de certaines dispositions législatives et réglementaires. »

« Le sens du service public dont ont fait preuve la plupart des hospitaliers a retardé ou compensé les effets de la crise d'organisation et de pilotage ; mais il ne l'a pas réglée ».

« La crise hospitalière française présente trois dimensions principales : le moral des personnels hospitaliers, et en général des acteurs de l'hôpital public, est au plus bas, les établissements traversent une crise financière aiguë et les établissements ont des difficultés à recruter. »

« La demande accrue adressée à l'hôpital public est une des causes de la crise de l'hôpital, dont l'organisation s'est révélée de moins en moins apte à prendre en compte ces nouveaux besoins. »

La crise de l'hôpital est liée pour certains auteurs à des problèmes identifiés en dehors de l'hôpital lesquels, quant à eux n'émargent pas dans le registre de la « crise » :

« Le malaise des personnels médicaux hospitaliers doit être rapproché de la crise globale de la profession médicale ».

« La tutelle – c'est-à-dire le ministère en charge de la santé – est taxée de schizophrénie par beaucoup d'interlocuteurs de la mission »

« Or, la crise hospitalière se manifeste aussi par des difficultés croissantes de recrutement, la politique de resserrement du *numerus clausus* ayant joué un rôle moteur dans cette désaffection. »

Deux références mentionnent explicitement la « crise » financière et sanitaire, habituellement invoquée, nous l'avons vu dans notre chapitre précédent, comme à l'origine des réformes de la santé. Cependant, l'approche économique est ici fortement relativisée :

« Notre pays fait face, depuis maintenant plusieurs années, à une crise économique qui conduit les pouvoirs publics à prendre des orientations conjoncturelles et structurelles fortes, plus ou moins contraintes par nos engagements européens, mais qui tiennent insuffisamment compte du désastre social causé par le fort taux de chômage et la précarisation de millions de citoyens. »

« Les crises récentes ont mis en lumière les limites de notre système de surveillance sanitaire essentiellement construit par strates successives, souvent en réaction à des crises, de fait sans cohérence globale. »

Enfin, concernant la crise financière, nous avons un autre indicateur montrant le peu d'importance de ce thème dans les réformes de 2004 et de 2014. Deux nœuds ont été créés sur les aspects financiers, de nature problématique, l'un vise les dépenses de l'assurance maladie comme jugée excessives et ou préoccupantes, l'autre vise les problèmes de déficit de l'assurance maladie. Ni l'un ni l'autre n'ont généré de références en nombre, pour la première, 59 références au sein de 15 sources, pour la deuxième, 47 pour 18. Il n'y a pas d'intérêt à en faire une analyse qualitative qui ne nous apprendrait rien que nous ne connaissons déjà mais ceci conforte encore l'hypothèse que les réformes de 2004 et de 2014 sont des réformes sans crise.

En synthèse

Nous pouvons conclure, suite à l'exposé de ces résultats, à la persistance du paradigme de la santé/non-maladie, certes dominant mais cependant traversé d'un conflit interne traversant le champ de la prévention.

Tout d'abord nous avons montré la nature paradigmatique de la trame des discours des réformes à travers le peu de références explicites contrastant avec un sens implicite très présent concernant les notions de santé et de système de santé qui relèvent ainsi de la croyance plus que de la connaissance.

Cependant à la marge, le discours de l' élu local est écrasé par l'énorme production centrale étatique, tant de l'administration sanitaire que du politique.

Ensuite, les résultats que nous avons produits, montrent l'importance de la problématique « coordination ». Les solutions mises en œuvre à travers les réformes, non seulement ne produisent pas les résultats escomptés, mais de surcroît génèrent d'autres types de problèmes du point de vue des instruments et des institutions mobilisés par la réforme.

Nous avons mis en évidence que la question de la « performance » est liée aux questions de coordination. Cependant, la performance est comprise ici par les auteurs de 2004 et de 2014 du point de vue d'un système, certes à rationaliser, mais surtout à corriger dans ses imperfections. L'impératif financier s'est estompé, le thème de la crise a presque disparu. Nous avons en effet constaté la disparition de la « crise », et l'importance relative du thème de l'égalité, à l'issue de cette étude des discours autour de ces réformes 2004 et 2014.

En quelque sorte, la réforme, en 2004 et en 2014, se régénère elle-même à ses propres fins, déconnectée de la notion de crise elle-même. Celle-ci semblait pourtant au principe (même si nous pouvons maintenant dire que ceci est contestable), des réformes des années 1980.

Un autre point important de ces résultats réside dans l'émergence du territoire et du citoyen-porteur de droits. *A contrario* de la figure de l' élu local, le thème du territoire est « à la mode ». Cependant, derrière la polysémie manifeste de ce

mot, celui-ci n'apparaît en définitive que comme instrument de déconcentration de la politique de santé menée à titre principal par l'État.

Enfin, autre élément nouveau, la montée en charge forte de la question des droits en 2014, coïncidant avec le projet d'un an II de la démocratie sanitaire. Cette question, absente du moment d'adoption de la loi de santé publique et de la loi sur la sécurité sociale adoptées toutes deux en Août 2004, se poserait à nouveau avec force en 2014. La loi « Kouchner » adoptée en 2002, qui consacrait précisément les droits des malades, est considérée comme l'acte fondateur de la démocratie sanitaire, n'avait-elle pas épuisé la question ?

Cet élément est à replacer dans le contexte d'une légitimité de l'État controversée. Nous avons vu en effet, qu'à travers les questions de « coordination » mais aussi de « prévention », la légitimité de l'État est fortement disputée. Certes, dans le domaine de la santé publique, celle-ci semble plus assurée, mais ceci ne peut nous étonner s'agissant d'une santé publique conçue dans les discours comme un instrument normatif au service de la fonction régaliennne, ce qui la distingue précisément de la prévention. Or, cette acception s'est encore accentuée en 2014, nous avons noté un nombre de références, ici très majoritaires, dans lesquelles la santé publique est investie de ce rôle de définition des objectifs et d'horizon normatif. Ceci concerne, tant la dépense publique d'assurance maladie que le système de santé et ses acteurs, hôpitaux et médecins, voir même, ce qui est nouveau par rapport à 2004, de l'ensemble des politiques de santé.

Enfin, deux thèmes importants de la réforme sont particulièrement liés, qualité et sécurité. Ceux-ci apparaissent comme des valeurs portées par une exigence, non pas purement managériale, mais relevant du droit à la santé.

Revenons ici à la discussion de nos résultats, nous centrerons celle-ci sur les deux attendus forts des réformes en 2004 puis en 2014 : politique de santé publique et territorialisation de la politique de santé.

Chapitre 2. Santé publique et territorialisation, clefs d'une refondation publique à la française?

Introduction

Ainsi, le thème de la « prévention » est à la fois un thème majeur et confirmé de la réforme, mais il est tout aussi incertain et problématique, ce qui témoigne de la mise en tension du référentiel public en ce domaine. En empruntant à la théorie de Kuhn, telle qu'elle peut être transposée dans le champ des politiques publiques, nous disons que ce paradigme est entré dans la phase prérévolutionnaire où il s'épuise face aux problèmes posés par une réalité qu'il n'est plus en capacité d'expliquer et qu'il s'affronte à des controverses internes.

Nous avons par ailleurs confirmé l'importance significative du point de vue du paradigme de la santé/non-maladie, du secteur du soin, en tant que secteur économique, dominant la réforme. Ceci contraste avec la situation du domaine de la prévention (il en est de même de la santé publique). Envisagé par ces acteurs de référence, que sont principalement l'administration sanitaire, celui-ci est considéré de façon univoque comme un véritable secteur d'action publique.

Nous nous trouvons dès lors devant une quasi antinomie, celle d'une prévention comprise par les auteurs comme devant être intégrée au soin et participant du paradigme de la santé/ non maladie tandis que ces deux termes forment deux secteurs distincts différenciés. Cette dichotomie avait été consacrée à travers l'adoption en 2004 de deux lois distinctes, l'une ayant pour objet la santé publique, secteur publique, l'autre ayant pour objet le système de soin, secteur économique via l'assurance maladie.

Enfin, dans un tel contexte, le statut de la santé publique devient problématique. En effet, il y aurait une « antique santé publique » démodée, une « nouvelle santé publique », moderne (mais impuissante?!), tandis que la France, de l'avis unanime, serait en retard dans ce domaine. Ici encore le cadre cognitif de l'action devient instable. Un tel consensus à propos d'un retard de la France en la matière

étonne, si celle-ci est véritablement entrée dans une nouvelle ère. Par ailleurs, cette « santé publique », fortement instrumentalisée et en proie à des difficultés internes et externes, semble se situer entre deux mondes. L'un, celui du soin, émerge donc au paradigme de la santé/ non maladie, l'autre, celui de la promotion de la santé, émerge dans un nouveau paradigme, celui de la santé « positive », conçue comme le produit de l'interaction avec les milieux de vie humaine, conceptualisée à travers la notion de déterminants de la santé.

Afin de pouvoir conclure cette deuxième partie en répondant à la question posée à l'issue de notre première partie, nous allons à présent approfondir l'analyse de ces deux termes de la refondation de la politique de santé, sources d'ambiguïtés, de tensions et de contradictions que nous avons constatées dans les discours autour de ces réformes.

1/ La santé publique, gardienne du paradigme de la santé/non-maladie

L' « ancienne santé publique », encore d'actualité

Pour bien comprendre ce qu'est l' « ancienne santé publique » et ainsi pouvoir en déceler les caractéristiques à travers celles qui se profilent dans les discours des années 2000, révélées par nos résultats, il nous faut faire un bref rappel historique.

Didier Fassin, dans son petit ouvrage devenu une référence, *Faire de la santé publique*⁴³⁴, rappelle que les médecins grecs, dont le plus fameux, Hippocrate, firent non seulement progresser la médecine clinique et la connaissance sur le corps et les maladies. Ce sont aussi eux qui inventèrent les principes de la santé publique dès le Vème siècle avant J.C. Ce sont cependant les romains, excellents administrateurs et ingénieurs, qui mirent en application ces principes et développèrent les premières institutions et aménagements de santé publique :

« Un véritable dispositif sanitaire public voyait le jour vers la fin du 1er siècle avant JC. Paradoxe d'autant plus remarquable que le corpus hippocratique contient le célèbre texte « airs, eaux, lieux » qui devait fonder l'approche environnementale de l'hygiène pendant deux millénaires : on y trouvait notamment une description des conditions d'apparition de certaines fièvres dans des zones marécageuses et un ensemble de recommandations sur la manière d'en protéger les villes »⁴³⁵.

Ce dispositif sanitaire des premières heures de la santé publique, mis en place par les romains, comporte deux dimensions de ce que l'on dénomme encore communément « santé publique ». Il s'agit d'une part de l'hygiène environnementale (avec la mise en place d'un réseau d'eau potable et d'assainissement), d'autre part, d'une forme de médecine sociale (préoccupation de prévention et de soin à l'égard des populations les plus exposées et les plus pauvres) qui rompt avec l'approche artisanale et libérale classique de la médecine :

« Alors que les médecins grecs étaient jusqu'alors des praticiens le plus souvent ambulants en tout cas rémunérés à l'acte par leurs clients, une médecine publique de thérapeutes appointés par les villes romaines est progressivement mise à la disposition des malades qui sont dans l'incapacité de payer leur traitement. »⁴³⁶

⁴³⁴ Fassin, D. *Faire de la santé publique*, op.cit.

⁴³⁵ Ibid.,p.17.

⁴³⁶ Ibid.

Quittant cette époque reculée, l'auteur rapporte dans ce même ouvrage l'histoire des premières structures de santé publique de l'Europe moderne à partir du XIV^{ème} siècle. Les premiers règlements sanitaires sont alors pris. Des conseils de santé se développent ensuite dans les grandes villes italiennes, étendant leurs mesures dans les différents domaines d'activité de la société en dehors des épisodes d'épidémies, ce qui précipita leur fin :

« C'est (...) lors de la terrible épidémie de peste qui décima en 1348 le tiers de la population européenne que furent mises en place les premiers conseils de santé dans les cités de l'Italie du Nord (...) L'opposition de l'église interdite de procession en cas d'épidémie, des marchands gênés dans leur négoce par la mise en quarantaine des navires (...) auront peu à peu raison de cette Santé Publique jugée envahissante et autoritaire ».

Bien avant que la contagion ne soit pas démontrée scientifiquement, il existait en effet des mesures pour éviter celle-ci, des simples mesures d'études et d'isolement en cas d'épidémie (cordon sanitaire, quarantaines). La médecine de cette époque est alors impuissante face à la maladie, les médecins n'ont que peu de connaissance sur les épidémies et leur rôle est alors secondaire dans la décision politique. La santé publique, dont Didier Fassin trace la genèse est de nature politique et à son origine, une affaire d'État : « Ainsi le souverain manifeste-t-il à la fois son autorité et sa bienveillance. Plus même : il assoit sa grandeur sur la démonstration de sa générosité ».⁴³⁷

La santé publique ne se constitue en tant que discipline scientifique autonome qu'à la fin du XIX^{ème} siècle avec le mouvement des hygiénistes. Une scission se fait alors jour dans le corps médical, entre hygiénistes et cliniciens, du fait de divergences irréductibles. Pour Pierre Louis, « la statistique est la base fondamentale et unique de toutes les sciences médicales », tandis que, pour Claude Bernard, l'individu est toujours singulier : « l'usage des moyennes et l'emploi de la statistique en médecine et en physiologie conduisent pour ainsi dire nécessairement à l'erreur » (citations reprises par Didier Fassin)⁴³⁸. Cette partition est aujourd'hui encore bien vivante, pour nous elle trouve son expression dans l'adoption de deux lois distinctes de la santé à quelques jours

⁴³⁷ Ibid., p.21.

⁴³⁸ Ibid., p.25.

d'intervalle du même mois d'Août 2004, l'une visant la santé publique, l'autre visant l'assurance maladie, c'est-à-dire le financement du soin.

La santé publique d'aujourd'hui, telle que nous avons pu l'appréhender à travers les discours de 2004 et de 2014, ressemble à cette « vieille santé publique » d'hier telle que nous venons de la décrire. D'un côté les médecins cliniciens, acteurs dominants d'un système de soin que la réforme tente de maîtriser; de l'autre, la santé publique dont l'État se porte garant et responsable, lequel justifie ainsi son intervention en santé et légitime donc son pouvoir.

Dans son ouvrage, *une société à soigner*, Gérard Jorland livre un portrait de la société et de cette époque particulière de « naissance » de la santé publique médicale et à travers elle, une analyse approfondie de cette nouvelle discipline. L'auteur souligne tout d'abord que faute de pouvoir soigner les maladies, la médecine du XIX^{ème} siècle s'est employé à les prévenir dans un contexte où prédominent les maladies infectieuses, épidémies et « fléaux sociaux » :

« L'urbanisation au rythme de l'industrialisation avait favorisé les épidémies. Aux séculaires comme le palu et la variole de nouvelles s'étaient ajoutées essentiellement le choléra, la fièvre typhoïde et la tuberculose...Mais une toute autre explication des épidémies en termes d'infection du milieu et non plus de contagion morbide avait fait son chemin (...) une théorie infectionniste des maladies, la théorie miasmatique ». ⁴³⁹

L'hygiène publique renouait ainsi avec les préceptes de la médecine grecque et les enseignements d'Hippocrate : « Les préconisations des hygiénistes sont toujours les mêmes : faire circuler l'air et l'eau, désinfecter, vacciner »⁴⁴⁰. Les hygiénistes s'emploient à assainir non seulement les milieux mais aussi les mœurs; les fléaux contre lesquels ils luttent sont aussi des fléaux sociaux, l'insalubrité est une question matérielle autant que morale.

L'industrialisation débutante va creuser les inégalités sociales face à la santé. Dans ce contexte, les hygiénistes Français se distinguent des anglais lesquels pratiquent une arithmétique politique (calcul d'espérance de vie) et des allemands ayant opté pour une statistique descriptive (connaissance d'un peuple un territoire). En France : « dans l'usage qu'en font les hygiénistes, la

⁴³⁹ Jorland, G. *Une société à soigner: hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*, op. cit.

⁴⁴⁰ Ibid.

« statistique morale » ne se contente pas de compter les vivants et les morts. A travers ce dénombrement, elle énonce et dénonce des injustices.»⁴⁴¹ Villermé mit ainsi en évidence dès 1828 l'inégalité sociale face à la mort, plusieurs enquêtes de la fin du XIX^{ème} confirment ce fait. A Paris, vers 1885, le taux de mortalité des quartiers aisés était deux fois moindre que celui des quartiers populaires. Villermé établit que les inégalités de mortalité observées entre les quartiers de Paris ne sont pas dues à des différences de densité ou même de salubrité, mais à des disparités dans la répartition de la pauvreté. Il montre en 1840 que l'espérance de vie très réduite dans les manufactures est liée moins à la dureté du travail en soi qu'à la faiblesse des salaires et aux conditions d'existence qu'elle génère. La loi statistique de Villermé sur l'inégalité sociale devant la mort et la maladie sera déterminante pour la limitation législative du travail des enfants.

Ce bref rappel historique montre toute l'actualité de la « vieille santé publique » à la française, à travers deux préoccupations majeures, dont l'une est particulièrement manifeste dans les discours que nous avons étudiés, celle des inégalités sociales de santé. L'idée d'une égalité en santé ne relève pourtant pas de l'évidence.

Les résultats d'une étude faisant l'objet d'un ouvrage, *L'égalité une passion française ?*, réalisée par Michel Forsé, Olivier Galland, Caroline Guibet Lafaye et Maxime Parodi⁴⁴² éclairent utilement cette question. Le point de départ de cette étude part de l'idée que : « La « passion insatiable pour l'égalité », qu'Alexis de Tocqueville associait chez les peuples démocratiques à leur « goût naturel pour la liberté », serait émoussée.»⁴⁴³ En synthèse, ces auteurs démontrent que les français sont conscients de vivre dans une société inégalitaire.

Si ces derniers déplorent cette situation, ils ne jugent pas que l'égalité de tous en tout ne soit ni souhaitable ni possible. Sont considérées par les français comme inacceptables les inégalités injustes, celles que subissent celles et ceux dont le sort est en dehors de leur volonté et de leur action. Les inégalités arbitraires, liées à la naissance, assujetties au milieu parental et familial et donc les

⁴⁴¹ Ibid.

⁴⁴² Forsé, M., Galland, O., Guibet-Lafaye, C., Parodi, M., Boudon, R. *L'égalité, une passion française ?* Armand Colin, 2013.

⁴⁴³ Ibid.

ressources éducatives, culturelles, psycho-affectives sont celles qui posent de fait le plus de problèmes en termes d'égalité non pas absolue mais d'égalité des chances. Ce principe d'égalité des chances, bien que porteur d'une « dimension proprement tragique : impossible, il est en même temps nécessaire »⁴⁴⁴, s'est imposé à nos sociétés modernes comme principe de justice sociale en lieu et place de l'égalité de fait.

Transposé à la santé ce principe explique que les inégalités de santé ne sont pas en soit un sujet pour nos concitoyens, et que les inégalités d'accès aux soins, en tant que perte de chances, le soient. Nos résultats montrent sur cette question, certes une progression du thème de l'accès aux soins entre 2014 et 2004, mais une référence plus nette et plus importante au thème d'«égalité». Il y aurait ainsi un hiatus entre le discours de la réforme en santé et l'état de la société. Pour le dire autrement, l'objectif d'égalité en santé semble une préoccupation propre à la réforme en santé-produit d'une fabrique de politique publique déconnectée d'un problème public. Cet écart ne serait pas spécifiquement français, il est aussi décrit au sujet des politiques de santé dans le monde, ainsi Jonathan Mann, ancien directeur du programme SIDA de l'OMS, déclarait :

« Depuis un certain temps, il y a un décalage de plus important entre le désir des peuples et la réponse des institutions. Cet écart est politique ! (...) Qui réfléchit aujourd'hui à l'épouvantable vulnérabilité du monde ? »⁴⁴⁵

Au sujet de la prévention, nous avons retrouvé dans les discours la seconde et ancienne préoccupation de la « vieille santé publique », celle d'assainir les comportements, caractéristique de l'accent porté en France en matière de prévention aux comportements nuisibles à la santé. Celle-ci s'ancre dans une approche épidémiologique, statistique, objectivant risques et comportements à risques. Cette connaissance épidémiologique détermine de la même manière les objectifs de la politique de santé, ainsi que les indicateurs de « performance » du système de santé.

Cette orientation de la prévention en France se distingue des politiques de promotion de la santé telles qu'elles sont conçues aujourd'hui dans les pays francophones notamment. Réal Morin, dans une communication « Agir sur les

⁴⁴⁴ Savidan, P. *Repenser l'égalité des chances*, op.cit.

⁴⁴⁵ Deveaud, B., Lemennicier-Bucquet, B. *L'OMS: bateau ivre de la santé publique*, Paris, ISBN 2-7384-5703-7, 1997.

environnements ou sur les individus : comparaisons France-Québec en promotion de la santé », publiée à l'issue d'une conférence des troisièmes journées de la prévention de l'INPES le 29 mars 2007, expose très clairement ces différences. Ainsi, souligne-t-il :

« On s'est cependant vite rendu compte qu'influencer les comportements individuels était une tâche difficile qui donnait des résultats limités, si on ne travaille pas à altérer les environnements dans lesquels les gens vivent... ». ⁴⁴⁶

Environnements, santé et comportements sont intimement liés et ce par une relation complexe, ainsi illustrée par René Baumann ancien président de Médecin du Monde :

« Il est inutile de convaincre des gens dont les parents et les grands-parents boivent de l'eau du marigot depuis des générations que cette eau est un poison...Les populations qui boivent l'eau du marigot ont un statut immunitaire plutôt solide ». ⁴⁴⁷

Finalement quel est l'objet de la santé publique dans les discours étudiés? Il s'agit de maladies, surveiller leur apparition, leur évolution, lutter contre ces fléaux. La « vieille santé publique », participe de la confusion entre santé et absence de maladie. Même si ses moyens diffèrent du soin, elle participe du même paradigme, dont elle se fait le gardien en tant qu'auxiliaire normatif de l'État dans la fabrication et la mise en œuvre de sa politique de santé à travers notamment la définition et l'évaluation de sa finalité. La « santé publique », telle qu'elle est encore d'actualité dans le discours de la réforme que nous venons d'étudier, ne diffère pas véritablement de la célèbre définition énoncée par Charles-Edward Winslow en 1920, au fondement de l'institutionnalisation académique de l'hygiénisme, ci-dessous, citée par Didier Fassin :

« La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physique à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement de service sociaux qui

⁴⁴⁶ Morin, R. « Agir sur les environnements ou sur les individus: comparaisons France-Québec en promotion de la santé. », *Santé publique*, 2007, vol. 19, no 5, p. 439-448.

⁴⁴⁷ Deveaud, B., Lemennicier-Bucquet, B. *L'OMS: bateau ivre de la santé publique*, op.cit..

assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé ».448

Il faut cependant apporter deux nuances, le versant environnemental de la santé publique originel, l'hygiène publique, a quasiment disparu. C'est en effet celui qui fut le moins toléré, il n'a pas résisté durant le XXème siècle à la double pression, d'une part d'une médecine curative toute puissante, d'autre part aux attaques contre son côté liberticide. Ainsi, à l'instar de la disparition des conseils de santé italiens de la renaissance, le dispositif d'hygiène publique instauré en France par la loi de santé publique de 1902 et confié aux services communaux d'hygiène et de santé (anciens bureaux d'hygiène), est progressivement tombé dans l'oubli. La revue *santé publique* consacra en 1995 un numéro spécial aux actes du colloque organisé à l'initiative de la SFSP portant sur : *Santé publique et Territoires, 10 ans de décentralisation*. Les auteurs soulignent que cette décentralisation n'a consisté qu'à transférer des dispositifs anciens sans les actualiser, dispositifs dont l'État s'est ensuite totalement désintéressé. La vétusté des textes concernés en témoigne :

« La loi de 1983 est une loi de répartition financière des compétences en matière de santé publique et non une loi de répartition des compétences en ce domaine, (...) elle s'est opérée à législation constante sur les grands enjeux actuels de santé publique et que la législation, dix ans après, n'est toujours pas adaptée ».449

« Pourquoi la loi du 6 janvier 1986, dont l'intitulé est l'adaptation des législations sanitaires et sociales aux transferts de compétences, est-elle si prolixes sur le plan social et aussi limitée sur le plan de la santé ? » 450

Outre cette vétusté, les lois de décentralisation de 1983 et 1986 en matière de santé publique eurent pour effet collatéral de complexifier la situation juridique au point qu'en 1989 : « l'État a consulté le conseil d'État pour un avis sur l'interprétation d'une législation...dont il est à l'origine. »451 Cette situation s'est aggravée par la suite du fait de l'empilement de nouveaux textes produits dans le cadre du code de l'environnement et de la législation européenne.

⁴⁴⁸ Fassin D., *Faire de la santé publique*, op.cit., p.9-10.

⁴⁴⁹ École nationale de la santé publique, Centre national de la fonction publique territoriale, *Actes du colloque Santé publique et territoires: 10 ans de décentralisation, Rennes, Ecole nationale de la santé publique 25-26 janvier 1995*, Programme interdisciplinaire de recherche sur la ville, et Société française de santé publique, Eds., Paris, CNFPT, p.35.

⁴⁵⁰ Ibid., p.36.

⁴⁵¹ Ibid.

Les « crises sanitaires » ont conduit à mettre sur le devant de la scène une version moderne de ce versant abandonné, sous la dénomination de « sécurité sanitaire » considérée comme « nouvelle santé publique ». Ce terme, à l'origine relatif aux risques imputables au système de soin, médicaments et actes médicaux, s'est progressivement élargi à la protection contre les risques alimentaires et environnementaux. Dédiée aux nouvelles menaces sanitaires notamment virales provenant de l'environnement et non des individus, ses mots clefs, nous l'avons vu à travers nos résultats, sont la veille sanitaire et l'alerte. On peut donc légitimement s'interroger sur son caractère véritablement nouveau en comparaison à l'ancien : *Surveiller et prévenir*, intitulé d'un sous-titre de l'ouvrage de Didier Fassin ⁴⁵² résumant parfaitement la « vieille santé publique ». La deuxième nuance à apporter concerne le versant social, la définition de Winslow est explicite sur l'importance des moyens d'existence. Or, l'avènement de la protection sociale et plus particulièrement de l'assurance maladie, ouvrant droit à des prestations ciblées sur les soins, a détourné l'attention portée à ces moyens d'existence. Le sujet est pourtant d'actualité et le rapport public annuel 2013 de la Cour des Comptes : *Les accidents du travail et maladies professionnelles : les faiblesses de la politique de prévention du régime général de la sécurité sociale*⁴⁵³, rend indirectement compte de l'actualité problématique de ce versant oublié de la santé publique, telle que conçue initialement. En sus de ce rapport il convient de mentionner le rapport d'information parlementaire sur les arrêts de travail et indemnités journalières, texte intégré au corpus 2014 que nous avons étudié, lequel confirme les insuffisances et inégalités actuelles en la matière.

A l'instar de Pierre Rosanvallon, notons que si l'État hygiéniste s'est développé sur le terrain du social, il n'a pourtant aucun point commun avec l'État providence, lequel « est fondé sur la détermination de règles de justice et de normes de redistribution qui fixent les devoirs de la société envers chaque individu et les formes de solidarité ». ⁴⁵⁴ De fait, nous avons constaté le peu de

⁴⁵² Fassin, D., *Faire de la santé publique*, op.cit., p. 22.

⁴⁵³ voir ce rapport dans la bibliographie du corpus de textes « 2004 » en annexe.

⁴⁵⁴ Rosanvallon, P. *L'État en France: de 1789 à nos jours*, op.cit.

références faites à la notion de « justice » dans les discours étudiés. Ainsi, la politique de santé aujourd'hui telle qu'elle apparaît dans les discours des réformes de 2004 et de 2014, relève bien plus de l'État hygiéniste que de l'État providence, confirmant que la « vieille santé publique » est toujours bien actuelle, bien que diminuée en termes d'étendue de son champ.

Nouvelle santé publique, nouveau paradigme

Reprenons l'article cité ci-dessus publié par Réal Morin, *Agir sur les environnements ou sur les individus : comparaisons France-Québec en promotion de la santé*.⁴⁵⁵Après un propos introductif sur cette comparaison : la France ciblant les comportements des individus en matière de prévention, le Québec insistant davantage sur les mesures favorables aux individus, l'auteur commence sa démonstration par cette question : quelle analyse de la notion de santé ? Nous avons pu constater que celle-ci est peu présente dans les discours de la réforme embarquant implicitement une conception de la santé comme absence de maladie et donc dépendante de l'accès aux soins. Or pourtant, selon le type de conception de la notion de santé admise, le type d'intervention en santé publique diffère grandement.

L'auteur rappelle que la santé en 1986 lors de la première conférence internationale en « promotion de la santé » était présentée « comme une ressource de la vie quotidienne et non le but de la vie ». Rappelons que cette conférence a posé la définition d'une nouvelle approche en santé publique le 21 nov. 1986 : « La Promotion de la Santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé [...] Pour parvenir à un état complet de bien être [...], l'individu, le groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter ».

Ainsi découle le fondement d'une « nouvelle santé publique », présentée ici en synthèse par l'auteur :

⁴⁵⁵ Morin, R. « Agir sur les environnements ou sur les individus : comparaisons France-Québec en promotion de la santé. », op.cit.

« La santé publique moderne considère aujourd'hui la santé comme : - Un concept positif, non basé sur la pathologie ou le déficit de santé – Un concept inclusif, tenant compte d'un vaste ensemble de déterminants et d'attributs – un concept attentif, non seulement aux aspects de la santé physique, mais aussi à la santé mentale, à la qualité de vie et à la spiritualité ». ⁴⁵⁶

Cette définition ainsi que les principes d'intervention de cette « nouvelle santé publique » n'ont pas été compris en France. La « promotion de la santé » a été incorporée à des fins instrumentales dans l'arsenal de la « vieille santé publique » laquelle demeure enracinée dans le paradigme de la santé/non-maladie. Ainsi, la loi de Santé Publique adoptée en 2004 donne une définition de la « santé publique » à la Prévert. Dans cette liste-définition mêlant missions et outils, figurent notamment : la surveillance et l'observation de l'état de santé, la prévention des maladies des traumatismes et des incapacités, l'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires, « la réduction des inégalités par la promotion de la santé » par le développement de l'accès aux soins, la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé; la démographie des professionnels de santé, l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps.

Dans le même esprit, les différents articles de cette loi sont organisés selon les compétences du Ministère de la santé. Hors la prévention de l'alcoolisme, du tabagisme et la protection de la santé face aux risques environnementaux, objets d'une réglementation, il n'y a pas d'article concernant les conditions de travail, ni aucun des axes stratégiques de la charte d'Ottawa. Aucune référence donc, dans la loi de santé publique adoptée en 2004, aux questions de bien-être, de capacités, de conditions sociales de vie, de santé communautaire.

L'anniversaire de la charte d'Ottawa en 2016, année d'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé, fut l'occasion à nouveau de regretter cette « mésentente » française concernant la « promotion de la santé », ainsi

⁴⁵⁶ Ibid.

explicitée dans le cadre d'une interview de Jean-Pierre Deschamps, Professeur honoraire de Santé publique, lequel s'exprime en ces termes :

« (...) Nous sommes dans une situation désastreuse : le ministère de la santé ne s'y intéresse pas, il n'y a aucun bureau de la promotion de la santé au ministère de la santé, contrairement à des dizaines d'autres pays, en Belgique ou en Suisse romande. Les responsables n'ont pas compris la promotion de la santé. Lorsque cela figure dans un texte de loi, par exemple en février 2016, c'est toujours à contre-sens, en mélangeant la promotion de la santé, la prévention l'éducation à la santé. Cela montre que la promotion de la santé n'est pas considérée comme le référentiel qu'elle devrait être, ce que les équipes de terrain, elles, ont bien compris ».⁴⁵⁷

La description faite par Jean-Pierre Deschamps de la situation française correspond aux résultats que nous avons observés et tout à la fois les explique. La notion de prévention est incertaine et problématique en France, contrastant avec l'abondance de réformes tout autant que la montée en charge de ce thème dans les discours.

Au-delà des idées, des concepts et des principes, il est utile pour comprendre cet écart, de rappeler ici la réalité de la santé telle qu'objectivée par l'épidémiologie « sociale » actuelle, c'est-à-dire empruntant aux techniques et théories issues des sciences sociales. Ces travaux sont à l'origine sur la scène internationale d'une autre vision de la santé, corollaire d'une nouvelle approche de la santé publique, la promotion de la santé.

Trois sources de travaux complémentaires ayant un dénominateur commun : *Les faits*, titre du rapport de la commission OMS sur les déterminants de santé, éclairent cette question. Les travaux de cette commission dénommée « Marmot » du nom de son président, occupent une place majeure au sein des orientations de l'OMS. La deuxième édition des *faits* a été publiée en 2004 par l'OMS Europe sous la direction de Richard Wilkinson et Michael Marmot, président de la commission OMS sur les déterminants sociaux de la santé⁴⁵⁸.

Ce document présente l'état des connaissances sur les facteurs déterminants la santé d'origine sociale telle que les effets de la pauvreté, des conditions de travail, du chômage du soutien social, de l'alimentation, de la politique de

⁴⁵⁷ Deschamps, J-P., « Quelle est la place de la promotion de la santé aujourd'hui ? », *Interactions santé* n°7, IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, Janvier 2017,

⁴⁵⁸ OMS Europe, « Déterminants sociaux de la santé: les faits. », 2004.

transport. Notre propos n'est pas de rapporter ici l'intégralité de ce rapport qui synthétise et rend compte de milliers de rapports de recherche et de nombreuses méthodes scientifiques. Le rapport est orienté vers les actions que les pouvoirs publics peuvent mettre en œuvre pour agir sur ces leviers de la santé. Pour les auteurs, une politique de santé centrée sur le système de soin, ce qui est encore le cas de la réforme de la loi de santé 2014, fait partie du passé :

« Jadis, on estimait que la politique de santé ne devait guère dépasser le cadre de la prestation et du financement de soins médicaux ; (...) Ce stade est aujourd'hui dépassé. Si les soins médicaux peuvent prolonger la vie et améliorer le pronostic en cas de maladie grave, un facteur s'avère plus important qui est la cause profonde des maladies et de la nécessité des soins de santé. »⁴⁵⁹

Ainsi, la « nouvelle santé publique » que nous venons de décrire procède d'un renversement de perspective, considérant donc les soins comme un des déterminants de la santé, un des éléments de la politique de santé et non pas son centre. La promotion de la santé n'est pas un des éléments de la politique de santé mais son essence. La diffusion de ces travaux demeure principalement restreinte en France aujourd'hui. Les maladies mentales, font cependant exception.

Pour l'OMS, celles-ci représentent l'épidémie à venir dans le monde. La communauté médicale des psychiatres est, en France, mobilisée, en cohérence avec les travaux de Richard Wilkinson, sur les causes sociales et économiques comme déterminants de la santé. Pour illustration ce colloque international qui s'est tenu à Lyon le 22 oct. 2011, intitulé « congrès des cinq continents » sous le titre « Effets psychosociaux de la mondialisation sur la santé mentale Pour une écologie du lien social ».

Deux autres sources ont un écho en France et représentent les deux axes significatifs et complémentaires de la notion de déterminants de la santé, l'une, privilégie une approche sociétale de ces déterminants, en l'occurrence les travaux de Richard Wilkinson, l'autre s'attelle à l'aspect environnemental de la santé humaine moderne.

Les travaux de Richard Wilkinson et de Kate Pickett, tous deux Professeurs d'épidémiologie à l'université de York, ont fait l'objet d'une publication en

⁴⁵⁹ Ibid.

français sous le titre : *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*⁴⁶⁰. La première traduction française de *The spirit level, les preuves*, avait déjà permis la diffusion de ces travaux. En substance, les auteurs démontrent, preuves scientifiques à l'appui, à travers une série de problèmes sanitaires et sociaux comme la violence, la maladie mentale, la maternité précoce, l'échec scolaire santé, que les sociétés les plus inégalitaires sont celles qui connaissent le plus de problèmes de santé. Les écarts de revenus au sein des populations ou des pays ont un impact déterminant sur la mortalité : « tout serait fonction de l'échelon que nous occupons dans la hiérarchie sociale ».⁴⁶¹

D'autre part, André Cicoella, lanceur d'alerte est un auteur militant, controversé du milieu scientifique. Son point de vue s'appréhende dès la lecture du titre de son ouvrage, *Toxique planète Le scandale invisible des maladies chroniques*, paru en 2013.⁴⁶² L'auteur rappelle en introduction que dans son précédent ouvrage paru en 2007, *Le défi des épidémies modernes : comment sauver la Sécu en refondant le système de santé*, il avait déjà développé cette thèse. Or, regrette-t-il, entre les deux temps :

« Les politiques restent cependant toujours formatées sur le même moule et ne prennent en compte la dimension environnementale des maladies que de façon marginale. Pourtant, depuis de longues années, la communauté scientifique a accumulé les preuves du lien entre cette épidémie de maladies chroniques et l'environnement, au sens large (...) de la pollution de l'air et de l'eau, aux conditions de travail et d'habitat ainsi qu'à notre alimentation et à notre mode de vie. »⁴⁶³

Les travaux scientifiques concernant les problèmes de santé environnementale font l'objet en France depuis quelques années d'une meilleure prise en compte institutionnelle que ceux ayant trait aux déterminants sociaux. Ainsi, un numéro spécial d'*Etudes et documents*, publication du commissariat général au développement durable, publié en avril 2015, rendait compte de l'« estimation des coûts pour le système de soins français de cinq maladies respiratoires et des

⁴⁶⁰ Wilkinson, R., Pickett, K. *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, Petits matins, 2014.

⁴⁶¹ Ibid.

⁴⁶² Cicoella, A. *Toxique Planète. Le scandale invisible des maladie : Le scandale invisible des maladies chroniques*, Paris, Éditions du Seuil, 2013.

⁴⁶³ Cicoella, A. *Le défi des épidémies modernes: comment sauver la Sécu en changeant le système de santé*, La découverte, 2007.

hospitalisations attribuables à la pollution de l'air »⁴⁶⁴. Ce coût est estimé par les auteurs entre 0,9 et 1,8 milliards d'euros par an.

Cependant, il faut pondérer cette apparente meilleure prise en compte. D'une part, le domaine de l'évaluation scientifique des risques liés à des toxiques industriels présents dans l'environnement et notamment le lien avec certains cancers est par exemple encore débutant. D'autre part, le ministère de la santé, et il en est de même des ARS en région, est distinct du principal ministère concerné par ces travaux, le ministère de l'Ecologie, du Développement durable et de l'Energie. *A contrario*, le mouvement des villes durables a fusionné avec le réseau des villes santé OMS dans un seul et même réseau depuis de nombreuses années maintenant. Aussi peut-on affirmer que si retard français en santé publique il y a, il l'est particulièrement à cet endroit.

Le champ de la sécurité sanitaire est donc considéré comme emblématique de la nouvelle intervention de l'État en matière de santé publique. Si, ainsi que nous venons de le démontrer, on ne peut pas véritablement considérer qu'elle procède d'une « nouvelle santé publique », pour autant, ce champ est caractéristique d'un renouvellement de l'organisation de l'intervention publique en tant que telle.

Rappelons ici que le dispositif de sécurité sanitaire s'est construit en France durant les années 1990/1995, l'État a alors transformé les structures associatives créées par des médecins renommés en instances administratives sous responsabilité publique au coup par coup selon les crises : l'Agence française du sang, l'Agence du médicament, l'Établissement français des greffes, l'Office de protection des radiations ionisantes. Les agences sanitaires mises en place par l'État procèdent de la technocratisation d'organisations créées sous l'initiative des médecins en similitude avec l'histoire de l'OMS telle que rapportée dans un ouvrage documenté, *l'OMS, bateau ivre de la santé publique*.⁴⁶⁵

L'OMS fut en effet conçue et animée initialement par des médecins, puis technocratisée aux fins des puissances publiques des nations commanditaires.

⁴⁶⁴ Rafenberg, C., « Estimation des coûts pour le système de soin français cinq maladies respiratoires et des hospitalisations attribuables à la pollution de l'air », *Eudes et document*, 2015.

⁴⁶⁵ Deveaud, B., Lemennicier-Bucquet, B. *L'OMS : bateau ivre de la santé publique*, op.cit.

Or, l'auteur montre, à travers un travail journalistique approfondi, comment la structure OMS s'est institutionnalisée et a évolué à travers les hommes recrutés pour déployer sa politique, lesquels ont orienté les actions de l'OMS en fonction de leurs idées et selon leurs profils :

« La leçon de ce bref aperçu historique de l'entre-deux-guerres réside dans l'extraordinaire continuité et permanence des conflits de pouvoir et de conceptions sur ce que devraient être une santé publique internationale ou mondiale. Le «*Health Commitee* » de la SDN⁴⁶⁶ a une vision de la Santé Publique qui ne diffère pas de celle de l'OMS actuelle. Elle est holistique et planificatrice. Une vision holistique de la santé se décrit comme unifiée ou multisectorielle. La santé résulte d'une vie productive et créatrice embrassant tous les domaines de la vie et non pas d'un dysfonctionnement du corps humain. Dysfonctionnement qui pourrait être corrigé par des investissements supplémentaires en recherches médicales et par des découvertes biologiques ou pharmaceutiques (...) Elle diffère drastiquement de celle de l'OIHP⁴⁶⁷ qui soutient un point de vue plus traditionnel et médical des maladies, de la normalisation des médicaments et diagnostics comme du contrôle des épidémies via, par exemple, des mesures réglementaires de quarantaine ». ⁴⁶⁸« Pendant la première période, celle des années 50-60, les médecins dominent (...) ces hommes sont plus sensibles au développement technologique de la médecine et aux sciences dures qu'aux droits de l'Homme ou aux sciences molles (...). Pendant la deuxième période, celle des années 1960 à 1978 les politologues⁴⁶⁹ dominent. Ils ont une vision de la Santé Publique en termes de nationalisation de planification et de gros équipements. Sous leur impulsion l'action de l'OMS a été désastreuse, surtout dans les pays pauvres (...). La troisième et dernière période, celle des années 1978 à nos jours, est celle des médecins-sociologues. Les sociologues ont une conception holistique de la santé. Les facteurs environnementaux ont plus d'importance que les facteurs médicaux proprement dits (...). Les querelles entre SDN et OIHP (...) illustrent parfaitement l'opposition entre l'aspect biomédical de la santé avec l'élaboration de normes et le contrôle bureaucratique des épidémies et l'aspect environnementaliste de la santé initié par Davison et appliquée par Rajchmann. Elles sont toujours d'actualité. La question la plus importante est finalement la suivante : la santé « publique » doit-elle être mise entre les mains des bureaucrates ou des hommes politiques, dont les intérêts ne sont pas forcément ceux de la Santé publique ? »⁴⁷⁰

⁴⁶⁶ SDN : Société Des Nations.

⁴⁶⁷ OIHP : Office International d'Hygiène Publique.

⁴⁶⁸ Ibid.

⁴⁶⁹ A travers cette dénomination l'auteur vise la haute administration technocratique de l'ONU.

⁴⁷⁰ Ibid.

A travers un processus similaire d'institutionnalisation et de technocratisation des agences sanitaires et ou de santé publique, cette chronique de l'OMS, nous apporte un élément d'analyse éclairant le cas français. La caractéristique, en particulier de la santé publique, de ces institutions sanitaires, traversées d'enjeux idéologiques extrêmement forts entre courants idéologiques, objets de lutte et de renversements de pouvoir. Ces confrontations idéologiques, porteuses d'enjeux de pouvoirs, à travers des luttes discursives d'imposition du sens, se sont révélées de plus puissants moteurs de changement ou de non changement des orientations politiques, dans l'histoire de l'OMS.

Qui pilote, qui dirige, qui est légitime, qui serait le mieux à même d'être le chef de la santé au nom de quel type de « politique de santé publique », est bien l'enjeu autour duquel les acteurs promeuvent et défendent, à travers la mise en mot de leur vision de la santé publique et du système de santé, ce que doit être la politique de santé. Ces phénomènes sont typiques des aspects de « luttes définitionnelles » constitutives de la fabrique des politiques publiques pour Philippe Zittoun évoqués lors de notre première partie. Dans cette lutte, les agents centraux étatiques semblent mieux outillés pour gagner un pouvoir dont les médecins étaient initialement dépositaires.

A ce stade de notre analyse des discours des périodes de 2004 et de 2014, revenons à nos questions de recherche. A l'issue de notre première partie, nous posons la question de la territorialisation de la politique de santé comme clef de refondation du système de santé, et ce notamment pour la période 2016 ; cet objectif ayant été affiché par le politique. C'est une double hypothèse que nous devons tester puisque la question est aussi de savoir dans quelle mesure ce mouvement de refondation s'accompagne d'un changement de paradigme.

Nous venons de mettre en évidence que la fonction de la santé publique, en tant qu'auxiliaire normatif de l'État dans le cadre d'un paradigme inchangé bien que traversé d'un conflit interne, celui de la santé/non-maladie. Qu'en est-il de la territorialisation ?

2/ Territorialiser pour gouverner

La lutte pour le gouvernement local de la santé

La territorialisation⁴⁷¹ de l'action publique peut s'analyser comme un des éléments du contexte global de modernisation de l'action de l'État pour affronter la « crise de l'État providence ». De même, la crise de la gouverne de sociétés devenues complexes inciterait à un renouvellement des modalités de l'action publique, peu naturel pour l'État français, centralisé et caractérisé par une action traditionnellement hiérarchique⁴⁷².

En santé, ceci se vérifie tout particulièrement. En effet, la territorialisation de la politique de santé prend la double forme d'une régionalisation et d'une « agenciarisation » de l'État, à travers la mise en place des ARH, en 1996 (réforme Juppé), puis des futures ARS en 2009 (loi HPST). Deux rapports attestent de l'importance et de l'intérêt stratégique que revêtent ces agences pour l'État. Le premier est l'étude annuelle de 2012 réalisée par Conseil d'État ayant pour titre, *Les agences une nouvelle gestion publique ?* L'autre est un rapport de l'Inspection générale des finances édité en mars 2012 ayant pour titre, *L'État et ses agences*. L'avant-propos du rapport du Conseil d'État, signé Jean-Marc Sauvé, vice-président, pose tout d'abord le cadre de cette étude :

« Traiter du sujet des agences était une nécessité, car celles-ci demeuraient un « impensé de la réforme de l'État ». La multiplication de ces agences créées au coup par coup sans vue d'ensemble de cette catégorie, la grande diversité de leurs fonctions, du régime juridique qui leur est applicable et de leurs modes de fonctionnement imposaient une clarification (...) l'apport doctrinal (de l'étude annuelle), sur un sujet aussi peu traité par la littérature juridique ou la science administrative, contribuera à combler un manque et à alimenter la réflexion. ».

Ce rapport infirme l'idée commune d'un « démembrement de l'État », et reconnaît au contraire de nombreux intérêts en termes de qualité de l'expertise et de souplesse d'exécution aux agences au sein du dispositif de l'État. Pour le

⁴⁷¹ Hassenteufel P., « introduction au numéro spécial : Think Social, Act Local-La territorialisation comme réponse à la « crise de l'État-Providence » », in *Politiques et management public*, vol.16 n°3, 1998, Numéro spécial « Politiques sociales et territoires » sous la responsabilité de Patrick Hassenteufel, 1-11.

⁴⁷² Papadopoulos Y., *Complexité sociale et politiques publiques*, op.cit.

conseil d'État, les agences, « ce n'est pas moins d'État ; c'est l'État autrement ». Cependant, afin qu'une agence ne soit pas un « bateau ivre », l'auteur convient de la nécessité de fixer un cadre et des règles garantes d'une « bonne administration ». C'est précisément cette expression de « bateau ivre », qu'utilise l'auteur de l'ouvrage retraçant l'histoire de l'OMS évoqué précédemment. Ainsi, la « bonne administration » ne serait pas seulement synonyme d'une régularité gage d'efficacité, mais aussi le moyen de légitimer la technocratisation et l'étatisation.

La régionalisation en santé est un phénomène maintenant ancien et documenté. Dans cette phase précédant la territorialisation de la santé promue par la réforme de la période 2014, celle-ci était restreinte au secteur hospitalier. Ce dernier concentra en principal les efforts de gestion de l'État, de rationalisation financière et de planification. François-Xavier Schweyer, dans un article titré : « La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'État ou territorialisation »⁴⁷³ décrit et analyse l'histoire de ce processus politique et institutionnel ainsi que des réformes qui l'ont jalonné. L'auteur montre que cette régionalisation, à travers notamment la mise en place d'une administration déconcentrée ayant vocation à réguler le secteur hospitalier, avec notamment la création des DRASS en 1977, parachevée en 1996 avec la création des ARH, n'a rien d'une décentralisation, bien au contraire :

« Car la régionalisation ne correspond pas à un desserrement de l'emprise de l'État sur le système hospitalier mais bien à une recherche de cohérence pour contrecarrer les tendances localistes. La région est un espace de l'action publique sanitaire, un territoire où se met en œuvre une politique publique définie par l'État (...) Le système hospitalier, d'abord communal, est devenu une affaire d'État. »⁴⁷⁴

Les réformes des années 2000 s'inscrivent dans la continuité d'un mouvement de déconcentration d'abord amorcé dans le secteur hospitalier et de renforcement des outils de gestion et de contrôle de l'État, qu'elles prolongent et élargissent au système de soin dans son ensemble, au-delà du secteur hospitalier au secteur ambulatoire. Ce fut la grande ambition de la loi HPST avec notamment

⁴⁷³ Schweyer, F. X. « La régulation régionale du système hospitalier: pilotage par l'état ou territorialisation? », op.cit., pp 43-68.

⁴⁷⁴ Ibid.

de la création des ARS, réforme assumée et renforcée, autant que les pouvoirs des ARS le sont par la loi santé votée en 2016.

Cependant, la nouvelle organisation territoriale de l'État, apparaît nécessaire tout autant que problématique. Celle-ci fait l'objet d'un rapport très critique de la Cour des comptes, rendu public le 11 juillet 2013, considérant notamment que ces réformes : « n'ont pas réglé les difficultés essentielles et parfois ont même ajouté des nouvelles ». Le rapport préconise : « d'adapter l'organisation territoriale de l'État et de repenser ses missions afin de les remplir plus efficacement et de mieux les articuler avec celles des collectivités territoriales ». Or, ces considérations générales semblent absentes du champ de la santé, nos résultats montrent d'une part que les collectivités territoriales y sont ignorées du point de vue de leurs compétences, d'autre part que la performance de l'organisation territoriale de l'État en la personne des ARS n'est pas questionnée. La critique institutionnelle sur l'organisation territoriale de l'État n'en constitue pas moins le contexte dans lequel se déploie le discours de la réforme en santé, lequel n'en est pas exempt. Nous avons en effet constaté l'existence d'une problématique quant à la cohérence des institutions centrales à travers le thème de la coordination.

Or, nos résultats montrent une continuité des difficultés et des questions posées, telles que repérées dans le cadre de la première régionalisation de la politique de santé. D'une part, le constat de « réformes quasi permanentes, qui traduisent en se multipliant la difficulté pour ne pas dire l'impossibilité d'une régulation étatique » était déjà présent dans la critique de la régionalisation.⁴⁷⁵ D'autre part, celle-ci procédant d'une « décision globale et autoritaire », inscrite dans le cadre du tournant néolibéral décrit par Jobert et Muller, posait déjà la question de sa légitimation et de sa justification et plus largement la question d'une démocratie en santé en ces termes :

« Si la maîtrise des dépenses est une nécessité et par là une contrainte forte, elle ne peut, en l'absence de débat public, s'imposer à l'opinion comme justification. Au contraire, les notions de sécurité et de qualité

⁴⁷⁵ Ibid.

mobilisées par certains groupes professionnels et politiques pourraient légitimer une réforme ». ⁴⁷⁶

L'intuition développée François-Xavier Schweyer d'un regain de légitimité de la santé publique favorisée par la survenue des scandales sanitaires dans les années 1990, se confirme comme une véritable tendance des discours des réformes des années 2000. L'importance des thèmes « qualité » et « sécurité » mise en évidence dans nos résultats en tant que valeur plus qu'en tant qu'éléments de rationalisation financière du système le confirme.

Le dernier élément de continuité entre les critiques faites à la régionalisation et les constats faits à travers nos résultats est l'absence totale des élus dans le dispositif régional mis en place, flagrant dans la première phase de régionalisation en santé tout autant que dans la territorialisation des années 2000. Ce constat est en lien avec la question de légitimité de l'État :

« Il est probable que les élus sauront faire entendre leurs voix : une approche trop financière sera interpellée sur sa légitimité politique, d'autant plus que les agences sont essentiellement technocratiques ». ⁴⁷⁷

Par ailleurs, l'auteur avait identifié que la maîtrise comptable ne pouvait se suffire à elle-seule et qu'il manquait à l'État : « une définition claire d'objectifs de santé qui permettraient d'associer la profession médicale et les élus à sa mise en œuvre ».

Aussi, nous avons constaté la fonction attribuée à la santé publique d'auxiliaire normatif de l'État et d'outil technique au service de la planification et de la rationalisation du système dans les réformes des années 2000. Cependant, la réforme votée en 2016 n'a rallié ni les médecins ni les élus, ainsi que nous avons pu le constater à travers nos résultats.

La territorialisation dans la période 2014 s'inscrit donc dans une certaine continuité avec la première phase qu'a été la régionalisation en santé. Une journée d'étude, en 2011, donne des éléments sur la deuxième phase (HPST), pour éclairer la discussion.⁴⁷⁸ Si l'on considère que la territorialisation, comme le

⁴⁷⁶ Ibid.

⁴⁷⁷ Ibid.

⁴⁷⁸ C. Castaing, dir, *La territorialisation des politiques de santé, actes de la journée d'étude organisée le 22 novembre 2011 par le centre d'étude et de recherche sur le droit*

souligne, Pascal Combeau : « se définit comme la valorisation par une politique publique du territoire comme objet »⁴⁷⁹ la territorialisation de la politique de santé, réalisée en France à travers la régionalisation des politiques de la santé dont le dernier acte a été la création des ARS, n'a pas abouti. Il semble que l'institutionnalisation de la politique de santé par le niveau local dans les « territoires de vie » (ou bassin de vie) reste à penser en France là où certains de nos voisins européens ont pu le réaliser au moyen de la décentralisation de leur politique de santé (l'Espagne) ou de la déconcentration de leur service public national de santé (l'Angleterre). Nathalie Martin-Papineau dans sa communication intitulée : « La construction de la politique de santé », l'exprime ainsi :

« Il est à craindre que le nouveau système (mise en place des ARS) n'aboutisse toujours pas à une approche véritablement territorialisée de la santé. En effet, même si l'idée de territoire est de plus en plus présente aujourd'hui dans les discours et les dispositifs législatifs, notamment avec la loi HPST, elle s'y résume comme relai local de l'action de l'État » (...) : « les élus locaux, quant à eux, soulignent le faible intérêt des territoires de santé définis sur une base départemental (ce qui a été le choix majoritaire des ARS) et par conséquent celui des conférences de territoire ». ⁴⁸⁰

Ce point de vue est repris et explicité dans la communication de Pascal Combeau : « territorialisation de la politique de santé en France » :

« Cette territorialisation est toutefois et paradoxalement une véritable déterritorialisation au sens où ces espaces n'ont pas d'autre identité que celle d'être des espaces fonctionnels, lieux de politique publique et largement maîtrisés par l'État, fût-il déconcentré. »⁴⁸¹

Le débat et la réflexion autour du service territorial de santé au public dans le cadre de la « Stratégie nationale de santé » dont le chantier a été lancé en 2013 peut s'analyser comme la tentative d'une construction répondant à cet enjeu. Cependant, de véritables outils de coopération entre le niveau régional représenté par les ARS, et le niveau local représenté par les collectivités locales, au-delà des classiques appels à projet exposant ces dernières à la précarisation

administratif et la réforme de l'État de l'université Montesquieu-Bordeaux IV, les Etudes Hospitalières, 2014.

⁴⁷⁹ Ibid., p. 37 ;

⁴⁸⁰ Ibid., p. 21 et p. 30.

⁴⁸¹ Ibid., p. 41.

de leurs ressources humaines, à la fragmentation et à la discontinuité de leur action publique, n'ont pas été institués par la loi de santé votée en 2016. Ainsi que le souligne Cécile Castaing dans l'introduction aux actes cités ci-dessus :

« Les instruments dont dispose l'ARS pour s'assurer la participation effective des différents acteurs territoriaux à la réalisation des objectifs nationaux sont marqués d'un logique coercitive ». ⁴⁸²

De plus, et c'est dans ces termes que conclue Nathalie Martin-Papineau dans le chapitre « la construction de la politique de santé » dont elle est l'auteur :

« Au total, il semble que les instruments de la coordination ou de transversalité paraissent bien plus incertains que ceux destinés à assurer la verticalité des politiques de santé. Ils dépendront pour une large part de la manière dont chaque directeur d'ARS envisagera le fonctionnement de son institution en ce qui concerne le rôle des délégations territoriales, des efforts déployés pour coordonner réellement les différents schémas de la volonté d'organiser une consultation de la CSA qui ne se réduise pas à une grand-messe pour les acteurs locaux de la santé, et de la vitalité donnée aux CLS par exemple. » ⁴⁸³

Ainsi, on observe avec la territorialisation de la santé dans les années 2000, une continuité de la lutte pour le pouvoir qui traverse l'histoire de l'action publique en santé publique depuis ces origines. Pierre Rosanvallon, dans son important ouvrage sur *L'État en France de 1789 à nos jours*, rappelle qu'il a fallu le traumatisme d'épidémies meurtrières successives couronnées par la défaite de 1870 pour que la France se décide à rattraper son retard à la mise en place d'une politique et de dispositifs de santé publique, qui furent confiées (...) aux collectivités locales. Cependant, les hygiénistes y étaient vivement opposés, avec eux, souligne l'auteur :

« Les figures de l'expert et du fonctionnaire se superposent et le technicien (...) se conçoit comme un « politicien dans l'ordre social » (...) les hygiénistes s'appuieront sur cette extension de l'idée d'intérêt général (...) pour mener une offensive en règle contre la trop grande décentralisation des politiques sanitaires et sociales qui des lois de 1850 à 1902 avaient confié pour l'essentiel aux municipalités et aux départements (...) Il leur faudra attendre Vichy et la promulgation du Code de Santé Publique pour obtenir définitivement gain de cause. » ⁴⁸⁴

⁴⁸² Ibid.

⁴⁸³ Ibid., p.17.

⁴⁸⁴ Rosanvallon, *L'État en France: de 1789 à nos jours*, op.cit.

Les « territoires » : entre image « vertueuse » et réalité problématique

La montée en charge impressionnante de la grammaire territoriale dans le discours de la réforme en santé que nous avons observée contraste avec la polysémie du mot « territoire ».

Si ce n'est sa désignation, dans les discours que nous avons étudiés, comme cadre de déploiement de la politique publique par l'État, le territoire semble ne pas avoir d'existence concrète. A l'instar de ce que nous avons conclu dans notre premier chapitre à propos du système de santé, le territoire en santé, à travers nos résultats, serait une image.

Notre étude montre que, dans le langage de la réforme en santé, le mot « territoire » est chargé de vertus. Certaines références encodées à partir de nos sources en font état. La première, parfois implicite, est elle-même inflationniste, la proximité, nécessaire à la coordination dont nous avons aussi constaté l'importance.

Dans un ouvrage collectif intitulé *Territoires, territorialité, territorialisation Controverses et perspectives*, sous la direction de Martin Vanier, Marie-Vic Ozouf-Marignier s'est attelée à cette question dans une contribution titrée : « Le territoire, la géographie et les sciences sociales : aperçus historiques et épistémologiques »⁴⁸⁵. Après avoir rappelé que dans l'esprit des géographes classiques de la fin du XIX^{ème} et du début du XX^{ème} siècles notamment : « Le territoire existe donc comme idée, sans le mot (...) et sans conceptualisation ». La « déferlante » d'usage du mot territoire dans les sciences sociales, plus tardive que dans les politiques publiques, dans les années 1980, s'accompagne d'une forte polysémie, entre et au sein même des disciplines. Le tournant du millénaire voit apparaître plusieurs tendances lourdes de conceptualisation du « territoire ».

L'auteure classe la notion de « territoire » en trois catégories, la première issue des sciences sociales, voit le territoire comme « spatialisation du social » permettant d'introduire les logiques et dynamiques d'acteurs. La deuxième

⁴⁸⁵ Ozouf-Marignier M-V.: « Le territoire, la géographie et les sciences sociales : aperçus historiques et épistémologiques » in Vanier M. dir., *Territoires, territorialité, territorialisation Controverses et perspectives*, Rennes, PUR, coll. «Espace et territoires», 2009, 228 p.

conçoit le territoire comme synthèse du temps et de l'espace, citant Halbwachs, sociologue : « la mémoire sémiotise l'espace et l'espace stabilise la mémoire ; et la synthèse mouvante de ces deux temps compénétrés -()- c'est le territoire (1996) ». La troisième considère le territoire comme « espace d'exercice d'une souveraineté politique ». Pour Marie-Vic Ozouf-Marignier : « c'est ici que l'étude des dynamiques et que la distinction entre territoire, territorialité et territorialisation » prend tout son sens. Cette dernière définition nous semble pertinente pour l'étude des réformes du système de santé.

La notion de santé telle que définie dans le cadre de la promotion de la santé, est compatible avec les trois acceptions de la notion de territoire telles qu'exposées ci-dessus. Comprise ainsi, la santé semble englober la notion de territoire. En effet, dans le paradigme de la santé positive, globale, le territoire est le lieu où l'on vit, où l'on grandit, où l'on apprend, où l'on travaille et le produit de ces interactions entre l'homme et ses milieux, biologique, chimique, physique, psychoaffectif, éducatif, culturel, professionnel, social, politique, économique, se nomme la santé. Cette conception certes rappelle les « territoires des espaces vécus », doivent être considérés par Romain Lajarge, comme « des abstractions vécues » et non des objets scientifiques⁴⁸⁶.

Si la grammaire territoriale est fortement montée en puissance comme en témoigne les références aux approches territoriales dans le discours de la réforme, l'absence des collectivités locales contraste avec un État dont les prérogatives sont affirmées. La question d'une véritable territorialisation au sens de la production de l'action publique par le territoire est de fait éludée.

Deuxième point, le mot territoire, est paradoxalement chargé de vertus, et associé aux problèmes. Les questions d'accès aux soins sont devenues un attribut du territoire et le territoire, une solution à ce problème. L'approche territoriale comme alternative à la politique sectorielle est un phénomène connu de la science politique, commun aux politiques publiques du champ du social. Bruno

⁴⁸⁶ Lajarge R. : « Pas de territorialisation sans action (et *vice versa* ?) », in Vanier M. dir., *Territoires, territorialité, territorialisation Controverses et perspectives*, Rennes, PUR, coll. «Espace et territoires», 2009, 228 p.

Palier s'est attelé à cette question dans une publication ayant pour titre : « La référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales »⁴⁸⁷.

L'auteur questionne cette re-territorialisation des politiques sociales, depuis la conception jusqu'à la mise en œuvre, cherchant à savoir s'il s'agit là d'un retour en arrière aux anciennes politiques d'assistance ou bien d'un véritable renouveau de l'action publique dans ce champ. L'auteur est amené à rappeler les motivations ayant présidé à cette territorialisation lesquelles procèdent d'un « nouveau répertoire d'action publique, non spécifique au domaine social, qui s'élabore dans les années 1980 ». Il s'agit de rompre avec les anciennes approches catégorielles et sectorielles considérées comme épuisées et inadéquates face aux nouveaux problèmes sociaux contemporains caractérisés par le cumul et l'intrication des difficultés. Le territoire permet à l'Etat d'affronter les problèmes de gouvernementalité de nos sociétés modernes, grâce à une approche globale, plus flexible, transversale et partenariale associant une diversité d'acteurs notamment au-delà de l'État et du public.

Or l'auteur constate que les limites de ces vertus territoriales résident dans des politiques territorialisées sans être véritablement territoriales, encore agies sur un mode « *top down* » et non « *bottom up* ». La mise en œuvre de politiques sectorielles ne créent pas le territoire, enfin les politiques contractuelles ont montré elles aussi de sérieuses limites. L'évaluation portée par Bruno Palier, si elle n'est pas totalement négative puisqu'il n'y a pas eu de retour au passé, conclut à un résultat décevant par rapport à ce qui était attendu. Finalement, ce sont la finalité et les motifs à l'œuvre de la territorialisation de l'action publique dans le domaine social qui méritent d'être interrogées au-delà des vertus présumées des territoires et de la territorialisation. Se pose la question de savoir si l'on peut encore concevoir un État social aujourd'hui.

Dans ce même numéro spécial où figure l'article précédemment cité rédigé par Bruno Palier, Patrick Hassenteufel pose l'idée de : « territorialisation comme réponse à la crise de l'État-Providence »⁴⁸⁸. L'auteur rappelle les motifs que mentionnent également Bruno Palier et s'attache à trois problèmes particuliers,

⁴⁸⁷ Palier B., « La référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales », in *Politiques et management public*, vol.16,n°3,1998. Numéro spécial « Politiques sociales et territoires » sous la responsabilité de Patrick Hassenteufel, pp 13-41.

⁴⁸⁸ Ibid.

dont deux au moins sont en rapport avec des thèmes présents dans nos résultats, les inégalités territoriales et la maîtrise des dépenses de protection sociale. A travers ceux-ci, ce ne sont plus, *a contrario*, les vertus de la territorialisation mais ces travers qui sont abordés.

La territorialisation, souligne Patrick Hassenteufel, serait est à la fois susceptible de faire perdre aux systèmes de protection sociale : « une partie de leur dimension distributive et de renforcer les inégalités entre catégories de population au lieu de les corriger » et « synonyme de dérive de dépenses et susciter en retour des mesures de recentralisation afin de maîtrise la dimension financière et de contrôles l'action des acteurs locaux »⁴⁸⁹. Or, les inégalités d'accès aux soins ainsi que le « dérapage » des dépenses de soins, ont été d'abord le fait d'une politique de santé nationale. Ceux-ci ont constitué le moteur de la réforme du système de santé principalement dans les années 1980. Ainsi les vertus supposées du territoire alimentent aujourd'hui une rhétorique agrémentée de grammaire territoriale tandis que les risques attribués aux territoires expliquent l'absence de véritable territorialisation de l'action publique en santé.

Nous devons cependant être prudents par rapport à ces conclusions car si le domaine de la recherche en matière d'action publique territoriale, est foisonnant, ceci n'est pas sans poser de problèmes, souligne Pierre Muller :

« Le revers de médaille d'une telle richesse de terrains et de problématiques est le risque de manque d'organisation des stratégies de recherche autour d'interrogations et de lignes de débats clairement identifiés (...). Tout se passe comme si l'on était plus en mesure de poser des questions que d'apporter des réponses même fragmentaires, nous permettant de mieux comprendre les relations entre action publique et territoire ». ⁴⁹⁰

Dans le cadre de cet ouvrage collectif, *Les politiques publiques à l'épreuve de l'action locale Critiques de la territorialisation*, la première question posée par le politiste est un peu brutale. Celle-ci rejoint le constat posé par nos résultats : « si tant est que l'on l'ait su un jour, on ne sait vraiment plus du tout ce qu'est un territoire aujourd'hui. ». La sixième remarque en synthèse du politiste :

⁴⁸⁹ Ibid.

⁴⁹⁰ Muller P. : « La synthèse d'un politiste, six questions en suspens » in Faure A., Négrier E., dir. *Les politiques publiques à l'épreuve de l'action locale Critiques de la territorialisation*, L'harmattan, 2007.

« l'étrange absence du politique », pose un constat surprenant mais également confirmée par nos résultats.

Les questions de territorialisation en santé participent donc des mêmes grandes tendances que celles du champ global de la territorialisation. Ce qui diffère, nous semble-t-il, ce serait, en santé, c'est la valeur institutionnelle attribuée aux vertus présumées des territoires toute autant d'ailleurs qu'envers celles de l'État républicain central. En somme, la politique de santé se présente comme l'exemple type de synthèse des paradoxes de la territorialisation de l'action publique.

Conclusion

Dans le cadre dans des deux premiers chapitres de notre partie I, nous avons mis en évidence et formulé des hypothèses mises à l'épreuve de l'analyse de contenu que nous avons développée dans le premier chapitre de cette partie, que nous avons enfin complété par l'analyse des deux termes clefs de la refondation de la politique de santé, territorialisation et renouveau de la santé publique.

Nous avons mis en exergue trois points en première analyse :

Le premier point est celui du paradigme de la santé/non-maladie dans lequel est ancré la rhétorique de la réforme comme la politique de santé. Dans le cadre de ce paradigme, sont formulés et construits construction *a posteriori* une finalité et des objectifs à l'aune desquels juger de la politique de santé en termes d'efficacité.

Deuxièmement, le système de santé, à la fois image fabriquée, apparaît comme le problème à l'origine d'une double crise, financière et sanitaire. Face à une crise financière persistante, redoublée d'une crise sanitaire, la période de réforme du moment 2004 annonce le renouveau de la santé publique comme solution. La période 2014 ouvre l'ère de la refondation du système de santé avec pour moyen la consécration du « territoire ».

Troisième point, une lutte de pouvoir entre acteurs étatiques et acteurs économiques se joue autour d'un objet indéterminé, la santé, bien supérieur, pour les uns, bien collectif relevant de la solidarité nationale, pour les autres, synonyme de biens et services marchands.

Nos résultats par l'analyse par NVIVO confirment non seulement l'existence mais aussi la permanence du paradigme de la santé/non-maladie, traversé d'un conflit interne lié aux enjeux et tensions concernant le champ de la prévention et de la santé publique. Cependant, les réformes des périodes 2004 et 2014 ne participent pas du registre d'action publique inscrit dans le paradigme de la promotion de la santé participant d'une démocratie pluraliste reconnaissant au territoire son caractère politique et s'inscrivant dans une conception de la santé

comme ressource pour le territoire comme pour la communauté humaine qui l'habite. Ceci confirme la permanence du même paradigme de l'action en santé.

Le dit « système de santé » demeure la cible de la réforme à travers l'importante préoccupation de coordination alors même que le thème de la crise se révèle quant à lui paradoxalement absent. Le motif institutionnel de la réforme semble entre 2004 et 2014 s'être autonomisé de la crise qui avait justifié l'apparition de cette dernière dans les années antérieures.

Parallèlement, la légitimité de l'État est tout autant fortement affirmée que contestée ou critiquée. Dans cette configuration, « santé publique » et « territorialisation » se présentent comme des « auxiliaires » de modernisation de l'action l'État plutôt que comme moyen de refondation du système de santé.

A travers les multiples types lexicaux de « territoires » en santé, le « Territoire » ainsi indéfini en tant qu'objet réel, s'avère, à l'instar du dit « système de santé », une image construite par et pour la réforme. A travers cette image, c'est la dimension étatique centraliste du paradigme de la santé non maladie qui s'exprime ainsi que son référentiel d'action publique rationnel à visée régulatrice. Dans ce paradigme centraliste, le territoire est un réceptacle neutre, apolitique façonnable de la politique nationale de santé décidée par l'État et déclinée via la régionalisation et l'agenciarisation de son action.

Ainsi, tandis que la grammaire territoriale a envahi le discours de la réforme en santé dans un même mouvement que les politiques publiques dans le champ social notamment, la territorialisation de l'action publique en santé se présente comme une solution à la crise de gouverne de l'État plutôt en tant que moyen de refonder l'action publique en santé et cela en l'absence d'inversion de paradigme. Dans les mots de la réforme tels que le montrent nos résultats, cette nouvelle gouvernance ne s'est pas traduite par le passage « d'une administration locale à un gouvernement local »⁴⁹¹, comme cela a été le cas dans les autres secteurs de politiques publiques « territorialisés » c'est-à-dire décentralisés.

⁴⁹¹ Muller P., « Entre le local et l'Europe la crise du modèle français de politiques publiques », *Revue française de science politique*, vol.42, n°2, « Politiques publiques en France : L'Europe, le marché, l'Etat », Avril 1992, pp.275-297

Finalement, la prise de pouvoir par l'État sur la santé apparaît être un enjeu de la réforme plus puissant que la nécessité de refonder la politique de santé. De fait la problématique de refondation de l'action de l'État semble avoir ainsi pris le pas sur celle de la solution à la crise du système de santé, absente des discours des périodes 2014 et 2014.

Nos résultats montrent que la « territorialisation » en santé, dans les mots de la réforme de 2016, ne veut pas dire « action locale » conduite par les collectivités territoriales lesquelles ne sont ni l'une ni l'autre jamais mentionnées. Cette exclusion, ainsi que celle des élus locaux, dans les mots de la réforme de 2016 confirme la justesse des analyses menées dans les années 2000 sur la territorialisation/régionalisation de la politique de santé. La réforme de 2016 en reste à la lettre de la loi HPST où le «T» correspond à la création des ARS prolongation et extension du dispositif mis en place par la réforme « Juppé » avec la création des ARH, outils renforçant les moyens de gestion et de planification de l'offre de soin au delà de l'hôpital public.

Ainsi, la réforme s'est autonomisée en dehors de tout ancrage dans la réalité dont rendent compte les études portant sur l'action locale en santé des collectivités⁴⁹², voir même les gouvernements locaux de la santé, bien réels mais il est cependant difficile de rendre compte de façon cohérente au plan théorique, ainsi que nous l'avons évoqué avec Pierre Muller dans notre discussion (voir p. 344)⁴⁹³. Au cœur de cette autonomisation, le discours consacre le « territoire » en tant qu'image utile à la fabrique des problèmes et solutions constitutifs de la réforme.

Finalement, le point principal à retenir de nos résultats témoignant du mécanisme d'exclusion décrit par Michel Foucault dans sa leçon inaugurale sur

⁴⁹² Alam, T., Gurruchaga, M. *Collectivités, territoires et santé: Regards croisés sur les frontières de la santé*, Editions L'Harmattan, 2015.

⁴⁹³ A cet égard, la cas des CLS (contrats locaux de santé), seul dispositif en santé prenant en compte les élus et les collectivités locales créé par la loi 2009 et maintenu, sous la pression des élus, dans le cadre de la loi 2016 (il en sera de même en 2019), illustre bien cette difficulté. La montée en généralité des études portant sur les CLS est hasardeuse du fait des spécificités régionales caractérisant les ARS, comme l'action locale, lesquelles sont toutes singulières et aléatoires dans le temps. Afin de tenter de remédier à ce déficit, une vaste étude portant sur un nombre important de CLS, CLoterreS, a été entreprise sous la direction d'Eric Breton, chercheur à l'EHESP, dont les résultats paraîtront en 2020.

« l'ordre du discours », est la double exclusion de la crise comme motif et de la décentralisation comme territorialisation, participant du phénomène décrit dans les travaux récents de Nicolas Kada comme « tabou de la décentralisation ».⁴⁹⁴

Enfin, les trois thèmes, actualité de la réforme 2014 par rapport à 2004, qui s'imposent, si l'on en juge l'explosion de leur occurrence dans les discours, à côté des territoires : droits et gouvernance. Les nouveaux modes d'action de l'État en santé, territorialisation et nouvelle gouvernance « territoriale » régionale, ainsi que les modalités d'exercice de la démocratie proposées aux citoyens à travers la participation sont les enjeux révélés par les réformes des années 2000.

La montée en charge du thème de la « démocratie sanitaire » mis en évidence dans les discours des périodes 2004 et 2014 témoignent d'un équilibre des pouvoirs en tension, non pas entre État et acteurs économiques, tels que nous l'avons constaté dans les périodes précédentes mais entre un État, maître du jeu et du système et un citoyen, revendicateur de droits.

Ces constats nous conduisent à poser l'hypothèse d'une crise de démocratie en santé, à laquelle « l'an II de la démocratie sanitaire » tente de répondre en 2016. S'ouvre parallèlement à la territorialisation la question de la gouvernance instaurée par l'État et de la place du citoyen-porteur de droits et acteur de démocratie en santé porteur de nouvelles alliances.

Nous allons étudier cette question dans la partie III suivante, il nous faudra alors changer de méthode, en recourant de nouveau à des ressources tirées de l'histoire ainsi qu'à l'analyse critique de textes, armés de la théorie, notamment issue du champ de la philosophie politique.

Il nous faudra aussi étudier cette double question, les principes de la refondation et la finalité problématiques de la politique de santé. En effet, ni les préoccupations d'égalité, et moins encore de justice, ne sont dominants dans les discours que nous venons d'étudier. L'égalité apparaît comme principe et non comme problème cependant que deux autres exigences prennent le pas dans les discours : qualité et sécurité, et droit.

⁴⁹⁴ Aubelle V., Briant V. de, Caillosse J. *Les tabous de la décentralisation* (N. Kada, Ed.), op.cit..

Partie III. La crise démocratique de la santé

« On peut même se demander, dans un pays où chaque député vote les lois avec son parti, où chaque parti a une vision différente de l'« intérêt général », et où chaque camp fait montre de la plus mauvaise volonté partisane au mépris de l'intérêt du pays, comment cette notion a pu connaître une telle fortune. Dès lors, la seule explication (...) est d'ordre institutionnel : l'intérêt général paraît si facile à déterminer en France, *parce que cette dénomination est le monopole d'une seule institution : l'Etat omniscient.* »⁴⁹⁵

⁴⁹⁵ Cohen-Tanugi, L., Hoffmann, S., *Le droit sans l'État: Sur la démocratie en France et en Amérique*, Paris, Presses universitaires de France, 2007, p.169.

Introduction

Nous avons mis en évidence dans les deux parties précédentes, la permanence et la fragilité, à travers les réformes depuis l'origine de sa constitution dans les années 1970 jusqu'à la période 2014 comprise, du paradigme soutenant la rhétorique de la réforme de cette politique, que nous nommons le paradigme de la santé/non-maladie ainsi que de la « crise comme opportunité pour la réforme ».

Nous avons souligné dans notre première partie que la dénomination « système de santé » recouvre une construction mentale, image représentant une réalité à laquelle les auteurs se situent à l'extérieur, ainsi que des idéaux normatifs. La colonisation économiste de la politique de santé conduit à concevoir ce dit « système de santé » comme devant idéalement et rationnellement être organisé vers une fin : l'égalité devant la santé en est l'horizon.

Nous avons pris au mot le discours politique annonçant la territorialisation et santé publique comme clef de la refondation du système de santé comme solution à la crise.

Or à l'issue de notre étude NVIVO, nous avons montré à la fois l'absence de refondation du système de santé et la permanence du paradigme de la santé non maladie.

La fabrique discursive d'une réforme autonomisée de la crise perpétuerait la sempiternelle réforme.

Une autre image s'est construite et instituée, le territoire.

Nous avons conclu *a contrario* à la refondation des outils de l'Etat à travers une territorialisation/déconcentration/régionalisation/agenciarisation ainsi qu'une modernisation par la nouvelle gouvernance et la démocratie sanitaire.

Dans ce contexte, la croyance dans le *New Management Public* ainsi qu'en la régionalisation en tant que standards, voir même dogmes de l'action publique en santé, appartenant au registre plus global des politiques publiques, font de la politique de santé une politique semblable à une autre. Cependant, la politique

de santé se distingue des autres politiques publiques par un principe à contre-courant des tendances des politiques publiques de ces vingt dernières années, celui de l'État républicain grand ordonnateur du social. L'État serait seul légitime pour concevoir et piloter la politique de santé.

Un nouveau paradoxe s'ajoute à ceux qui caractérisent déjà la politique de santé⁴⁹⁶, celui d'une territorialisation sans décentralisation interrogeant la soutenabilité du modèle représenté par le dit « système de santé » français.

Finalement, tant l'importance du thème contradictoire de la gouvernance, contrastant avec l'étatisation du système, que la permanence des enjeux de la démocratie nous sont apparus comme des thèmes plus centraux pour l'analyse des réformes en santé que territorialisation et santé publique.

Nous poursuivons donc dans cette partie la discussion concernant la place de l'État dans sa relation aux autres protagonistes en lutte pour la « santé », ayant infirmé l'idée, dans notre première partie, que celui-ci serait une sorte de tiers neutre extérieur au dit « système de santé ».

Il s'agit d'approfondir l'analyse des enjeux que recouvrent ces deux notions fortes de 2004 à 2014 : démocratie sanitaire et gouvernance, en termes de rapport de force dans le champ de la santé. Si la crise est devenue invisible dans les discours des réformes de 2004 et 2014, nous faisons l'hypothèse de sa persistance à travers l'émergence de ces deux nouveaux thèmes.

⁴⁹⁶ ces deux paradoxes sont : un modèle économique paradoxal et des résultats paradoxaux à savoir les ISS, ce point sera développé dans la partie IV

Chapitre 1. La gouvernance, nouvelle grammaire du discours

Introduction

Dix ans après la promulgation d'une loi de santé publique en France, cinq ans après la loi Hôpital Patients Santé Territoires (dite HPST), une nouvelle loi de santé a été présentée au conseil des ministre le 19 juin 2014. Absente des discours de la politique de santé et de santé publique en 2004, la gouvernance est un des piliers de la réforme aujourd'hui⁴⁹⁷, celle qui vise à refonder en profondeur notre système de santé pour le sauver⁴⁹⁸.

La diversité des usages de ce mot semble à l'image de celle des acteurs qui s'en emparent, tandis qu'il ne leur semble pas nécessaire d'en préciser le sens, *a priori* connu de tous. Or, dans le discours institutionnel de la réforme du système de santé la gouvernance est devenue consubstantielle des thèmes déjà anciens et consensuels du *new management public* tels que la recherche d'efficience, associés à des impératifs de participation. De plus, la gouvernance se trouve, en santé aussi, au cœur d'une matrice conceptuelle dépendante d'un monde d'expert. On en trouve l'illustration, par exemple, dans le document de contribution produit par la Société Française de Santé Publique au sujet de la Stratégie Nationale de santé lancée en 2013⁴⁹⁹. L'action publique en santé, à travers la nouvelle gouvernance, se présente donc comme une politique publique semblable à une autre, elle en constituerait même un cas typique.

Or, la montée en charge du terme de gouvernance entre en dissonance avec un autre thème majeur des réformes de la santé tant en 2004 qu'en 2014⁵⁰⁰ : celui de l'impératif retour de l'État en tant que seul légitime garant de la santé de

⁴⁹⁷ Touraine M., « Présentation des orientations du projet de loi santé », Discours du jeudi 19 juin 2014, Ministère des Affaires sociales et de la santé.

⁴⁹⁸ Tabuteau D., *Dis, c'était quoi la Sécu ? lettre à la génération 2025*, op.cit.

⁴⁹⁹ Alla F., Cambon L., Simonet M., « Structuration et gouvernance de la politique de santé » in *Contribution de la SFSP à la stratégie nationale de santé*, document de travail, SFSP, mai 2013.

⁵⁰⁰ Création d'un nouveau système de santé publique par la loi de santé publique d'Août 2004, et orientations de la « Stratégie nationale de santé » lancée en 2013 préfigurant la loi de santé dont le projet fut présenté en 2014.

chacun. La nouvelle réforme connaît ainsi une contradiction forte si gouvernance rime avec, pour emprunter à Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès⁵⁰¹, la notion de « fin de cycle de l'État nation », et citant Yanis Papadopoulos, en synthèse la formule d'« un État qui n'est plus en position dominante dans un jeu devenu collectif ». Le nouveau diptyque de la grammaire de la réforme : territorialisation et gouvernance, potentiellement annonciateur d'une nouvelle gouverne⁵⁰² du système de santé, s'accompagne paradoxalement d'une forte recentralisation.

Nous proposons ici d'analyser ce paradoxe au moyen d'une analyse de texte et d'une lecture critique de discours institutionnels et politiques clefs des dernières réformes de la santé en termes de gouvernance, éclairée d'une revue de la littérature scientifique sur ce sujet. Nous avons opté pour l'approche interprétative de la réforme et nous nous inscrivons donc dans la perspective ainsi formulée par Mark Bevir dans le cadre de son article ayant précisément pour objet l'étude de la gouvernance :

« L'approche interprétative interroge l'institutionnalisme, le réalisme critique et d'autres théories de niveau intermédiaire aux ontologies réifiées et aux explications formelles. Elle réinterprète les réseaux de politiques publiques et la gouvernance en les présentant comme des pratiques différenciées et contingentes insufflées par des croyances adoptées dans un contexte comprenant plusieurs traditions et dilemmes. L'approche interprétative répond ainsi aux principaux débats sur la gouvernance, fournissant une alternative au choix rationnel en tant que micro-théorie, réinterrogeant l'idée d'un État vidé de son pouvoir et de son essence, et promouvant de nouvelles problématiques autour des rationalités de gouvernance et des résistances. »⁵⁰³

Nous étudierons les deux « voies (voix) » de la gouvernance dans les discours actuels pour accorder enfin une attention particulière aux ARS, fleurons de la nouvelle gouvernance de la santé, sur la base d'un postulat qui s'apparenterait plus à un mythe qu'à une réalité, mythe légitimant cette option parmi d'autres possibles.

⁵⁰¹ Lascoumes P., Le Galès P., *Sociologie de l'action publique*, op.cit.

⁵⁰² Au sens de : action de diriger.

⁵⁰³ Bevir, M. « Une approche interprétative de la gouvernance. », op.cit.

1/ Retour de l'État, la crise comme opportunité.

Rappelons qu'entre privatisation et étatisation, la deuxième option a prévalu en France dans les réformes de ces vingt dernières années comme solution à la « crise » du système de santé. La « crise » étant entendue ici comme expression d'un problème récurrent, le déficit « abyssal » de l'assurance maladie, mis sur l'agenda politique français tous gouvernements confondus ainsi que le soulignent entre autres Jean-Claude Barbier et Bruno Théret⁵⁰⁴. Ainsi que nous l'avons vu dans notre première partie, ce problème a été traduit comme manque d'efficience d'un système de santé, lequel est jugé défaillant du point de vue de ce que l'on considère comme étant ses résultats insuffisants en terme de santé de la population. L'adoption d'une deuxième loi de santé publique dans l'été 2004, une centaine d'années après la première loi du même nom, contraste avec la pléthore de textes législatifs et réglementaires visant tant l'hôpital public que l'assurance maladie ainsi que les autres sphères du système de santé français, confondu nous l'avons vu avec le système de soin. Au cours de ces réformes le rôle de l'État dans la mise en œuvre et la gestion de ce système, s'est renforcé.

Dans le cadre d'une autre interprétation de la crise, on peut poser l'hypothèse d'un modèle forgé par son histoire devenu inadapté du fait de l'avènement d'un nouvel ordre économique, politique et social. *A contrario*, nous l'avons vu dans notre première partie, la crise du système de santé est présentée dans les discours institutionnels et politiques comme une crise fonctionnelle et non structurelle qu'il conviendrait de résoudre par un « bon » management dont l'État serait le seul garant. Ceci est décrit par de nombreux auteurs dont notamment, Patrick Hassenteufel et Bruno Palier⁵⁰⁵. Ces auteurs constatent d'ailleurs que « le modèle tient bon ».

Certains auteurs comme Frédéric Pierru⁵⁰⁶, défendent la thèse d'une « crise » construite d'inspiration économiste permettant aux tenants du néolibéralisme

⁵⁰⁴ Barbier J.-C., Théret B., *Le nouveau système français de protection sociale*, op. cit.

⁵⁰⁵ Hassenteufel P., Palier B., 2005, « Les trompe-l'œil de la « gouvernance » de l'assurance maladie », op.cit.

⁵⁰⁶ Pierru F., *Hippocrate malade de ses réformes*, op.cit.

de créer un problème afin de promouvoir leurs solutions. Si certaines portions de l'État participent de ce registre économiste depuis le « grand tournant néolibéral » pour reprendre l'expression consacrée par Bruno Jobert, on peut aussi faire l'hypothèse que celle-ci se présente aussi à l'administration sanitaire comme une opportunité « historique » de prise de pouvoir sur la santé.

L'État, qui avait du consentir à déléguer le pouvoir en santé aux médecins avec la reconnaissance de la charte de la médecine libérale et la fin de l'État hygiéniste, retrouve une légitimité au moyen d'un procédé discursif de légitimation au motif de la « crise ». L'État n'était pas destiné à gérer la sécurité sociale telle qu'elle se concevra à son origine, il fut même volontairement évincé par les protagonistes syndicaux au lendemain de la deuxième guerre mondiale. Aussi, la légitimité de l'État à s'imposer dans la joute de pouvoir entre les différents acteurs clés du système, ne va pas de soi.

Tout d'abord nous analyserons les arguments discursifs justifiant le rôle central de l'État, l'« héritage » des droits de l'homme ainsi que celui du Conseil national de la résistance. Puis nous envisagerons le rôle résiduel de l'État dans le système de santé, tel qu'il devrait se concevoir aujourd'hui pour certains acteurs.

Nous prendrons comme matériau empirique, pour cette analyse de texte, tout en précisant que l'on pourrait en citer bien d'autres semblables de tous bords politiques, le discours du 8 février 2013 à Grenoble, inaugurant le chantier de « la stratégie nationale de santé » à l'origine de la loi santé présentée à l'été 2014, prononcé par Jean-Marc Ayrault. Le premier Ministre ne manque pas de s'appuyer sur cet extrait désormais classique du préambule de la Constitution de 1946 que nous compléterons dans notre discussion afin de lui restituer son entière expression :

« La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs la protection de la santé. » ⁵⁰⁷

⁵⁰⁷ Discours inaugurant le chantier de « la Stratégie nationale de santé » à l'origine de la loi santé présentée à l'été 2014, prononcé par Jean-Marc Ayrault, le 8 février 2013 à Grenoble.

La situation alarmante ainsi mise en scène avec un scénario futuriste catastrophique, renvoie au thème classique de la crise qui impose l'intervention politique et fait partie des éléments de fabrique de la réforme que décrit Philippe Zittoun. Cette dernière est ainsi justifiée par le Premier Ministre :

« Il faut agir sans attendre pour faire vivre l'héritage que j'ai cité à travers le texte de la Constitution, que nous a légué les femmes et les hommes du Conseil National de la Résistance : celui d'un système de santé solidaire et égalitaire ; à chacun contribue en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins. Ces sont des principes de bases, des principes simples, mais que parfois on a tendance à oublier et qu'il est nécessaire de rappeler ». ⁵⁰⁸

Plusieurs termes de ce discours méritent un examen attentif. D'une part, celui des inégalités de santé présentées comme inacceptables, exprimant indirectement l'idéal d'égalité républicaine, constitutionnelle. Nous avons déjà discuté la question des inégalités en santé précédemment, la santé semble ainsi constituer une condition de l'égalité des chances, nous y reviendrons ultérieurement.

D'autre part, et ce deuxième point nous intéresse plus particulièrement ici, la référence au Conseil national de la résistance est mobilisée par le premier Ministre dans son discours. Ces rappels historiques sont présentés en vertu d'un devoir face au risque d'oubli, ce dernier terme étant lui-même une référence implicite à l'histoire ainsi qu'à la constitution.

Nous allons montrer que l'existence d'un droit constitutionnel à la santé est discutable et ne relève pas de l'évidence dans l'histoire des textes fondateurs de la république, et d'autre part, nous allons aussi déconstruire cette idée d'un système solidaire hérité des « hommes et les femmes du conseil national de la résistance ». Sur ce point, le récit légitimant l'Etat nous semble une histoire arrangée. En effet, comme nous le verrons, on peut en synthèse affirmer que notre système de protection social est l'héritage de l'avènement de l'industrialisation et de l'invention de l'outil assuranciel.

⁵⁰⁸ Ibid.

L'héritage des droits de l'Homme et du citoyen.

Du droit à la protection de la santé tel que cité dans la constitution, s'opère dans le discours un glissement de sens vers l'égalité devant la santé avec la dénonciation des inégalités de santé. Ce tour discursif permet d'entretenir une représentation commune autour de l'existence d'un droit à la santé reconstruit grâce à des emprunts à l'histoire dont l'analyse révèle qu'ils sont déformés.

Sur le premier point, l'existence d'un droit constitutionnel à la santé, nous nous appuyerons principalement sur deux auteurs ayant tous deux, chacun pour ce qui le concerne, réalisé un important travail d'analyse et de synthèse historique sur deux sujets peu étudiés en tant que tels, les déclarations de l'homme à travers les différentes constitutions des différents républiques françaises, et l'histoire de l'État.

Lucien Jaume ⁵⁰⁹ a mené un travail minutieux de recueil et de présentation des textes de déclaration des droits de l'homme, notamment des trois premières républiques ainsi que des discussions y ayant présidé. D'autre part, nous prendrons appui sur l'ouvrage de Pierre Rosanvallon, *L'état en France de 1789 à nos jours* ⁵¹⁰. Cette double lecture est complémentaire.

Nous remarquons tout d'abord avec Lucien Jaume ⁵¹¹ que les droits de l'homme procèdent pour la jeune république de droits naturels « imprescriptibles » préexistant à la société, lesquels sont énoncés dans la déclaration figurant au préambule de la constitution de 1791, dans son article 2 : « Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté et la résistance à l'oppression ».

Or, si l'article 1 de cette déclaration affirme que « les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droit », Lucien Jaume souligne que celle-ci leur accorde en même temps les « moyens d'être différents » du fait de « leurs opinions », et les considère de fait comme inégaux du fait de « leurs vertus et talents ». On peut aussi constater que la santé est exclue du champ des droits de l'homme inscrits au préambule dans la constitution du 3 septembre 1791.

⁵⁰⁹ Jaume L., *Les déclarations des droits de l'homme: du débat 1789-1793 au préambule de 1946*, Paris, Flammarion, 1989.

⁵¹⁰ Rosanvallon P., 1990, *L'État en France : de 1789 à nos jours*, op.cit.

⁵¹¹ Jaume L., *Les déclarations des droits de l'homme: du débat 1789-1793 au préambule de 1946*, op.cit.

Egalité de droit n'est pas synonyme avec égalité de fait du point de vue des droits de l'homme comme droit naturel.

La question de l'égalité de fait, notamment sociale et économique, était ouverte et ce point fut l'objet de vives oppositions politiques dans les débats du début de la république. Lucien Jaume met l'accent sur le fait que le dispositif des droits de l'homme repose sur trois catégories fondamentales dont les débats lors de la rédaction révéleront le caractère problématique.

Le premier de ceux-ci étant « l'homme, sujet de droits présumés », le deuxième, « la souveraineté, réunion volontaire par délégation, des volontés individuelles », le troisième, le « citoyen, sujet de droits reconnus par la souveraineté qui ne peuvent violer les droits de l'Homme ».

Il nous faudrait donc compléter notre analyse en distinguant les droits de l'homme à travers la constitution de ceux du citoyen. Cependant avant cela, revenons ici sur le dernier élément discursif que nous avons pointé dans le discours du premier Ministre à Grenoble ouvrant le chantier de la « Stratégie nationale de santé », que voici : « ce sont des principes de bases, des principes simples, mais que parfois on a tendance à oublier et qu'il est nécessaire de rappeler ». Nous constatons ici un rappel semblable à celui que les constituants avaient placé en préambule de la déclaration des droits de l'homme inscrite à la constitution du 3 septembre 1791 ainsi énoncé :

« Les représentants du peuple français, constitués en Assemblée nationale, considérant que l'ignorance, l'oubli ou le mépris des droits de l'homme sont les seules causes des malheurs publics et de la corruption des gouvernements ont résolu d'exposer dans une déclaration solennelle les droits naturels, inaliénables et sacrés de l'homme ». ⁵¹²

C'est aussi précisément dans les mêmes termes que le texte de projet de constitution du 19 avril 1946 de déclaration des droits de l'homme déclare :

« Au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine et viennent d'ensanglanter le monde entier, le peuple français fidèle aux principes de 1789-charte de sa libération - proclame de nouveau que tout être humain possède des droits inaliénables et sacrés, auxquels

⁵¹² Préambule de la déclaration des droits de l'homme inscrite à la constitution du 3 septembre 1791.

nulle loi ne saurai porter atteinte et décide, comme en 1793, 1795 et 1848 de les inscrire en tête de sa Constitution. ».⁵¹³

Nous en déduisons que l'héritage constitutionnel dont se réclame la réforme à travers le discours du Premier Ministre semble relever implicitement des droits de l'homme, lesquels n'envisagent pas la santé, même si, nous l'avons vu précédemment ceux-ci sont au principe de la protection sociale, ce qui n'est pas équivalent.

Examinons maintenant les droits du citoyen. La difficulté pour les constituants dans leur travail de rédaction et d'énonciation a résidé d'emblée dans le fait que Révolution s'est trouvée tiraillée, souligne notre historien : « entre l'inspiration libérale première et les attraits d'une morale à contenu républicain ». ⁵¹⁴

Sur ce point l'analyse de Lucien Jaume rejoint celle de Pierre Rosanvallon ⁵¹⁵. Mais, nous indique le premier, dans les discussions des constituants, certains finiront par remettre en cause la thèse fondamentale, c'est-à-dire celle des droits naturels préexistants, aussi remarque-t-il :

« C'est toute la problématique des droits de l'homme qui pourrait connaître une sorte de révolution épistémologique ; l'homme comme sujet de droit présumé peut disparaître, pour être conçu comme un être uniquement social, et finalement bénéficiaire de droits sociaux. La route est ainsi ouverte aux conceptions du XX^{ème} siècle (...) mais au siècle précédent c'est le solidarisme, la doctrine du quasi contrat qui marque le passage d'un sujet de droits naturels à un homme en dette par rapport à la société qui lui préexistant et dans le cadre de laquelle il peut à son tour faire valoir des créances ». ⁵¹⁶

⁵¹³ Texte de projet de constitution du 19 avril 1946 de déclaration des droits de l'homme.

⁵¹⁴ Jaume L. *Les déclarations des droits de l'homme: du débat 1789-1793 au préambule de 1946*, op.cit.

⁵¹⁵ Pierre Rosanvallon souligne que les hommes de 1789 oscillent entre ces deux modèles, le modèle libéral où le marché est : « la main invisible qui concilie la recherche de l'intérêt privé pour chacun et la réalisation de l'intérêt général » ; à l'inverse, le modèle de Rousseau : « La société ne peut tenir à ses yeux que si elle est constituée de citoyens prêts à sacrifier leurs intérêts personnels à la volonté générale. La fusion civique s'oppose à l'ordre anonyme de la main invisible. », (*L'État en France: de 1789 à nos jours*, op. cit., p.119). Finalement, la solution adoptée par la République : « un gigantesque travail de régénération sociale destinée à transformer le cœur de l'homme ». (Ibid., p.120).

⁵¹⁶ Jaume L., *Les déclarations des droits de l'homme: du débat 1789-1793 au préambule de 1946*, op.cit., p.47.

Or, sur ce point Pierre Rosanvallon démontre que les droits créances imaginés n'ont pu être fondés juridiquement et ne pouvaient pas trouver leur traduction en droit positif. La création de droits sociaux fut l'objet d'une véritable et forte controverse politique et posa de sérieux problèmes philosophiques et juridiques. De surcroît, la notion même d'indigent posait problème⁵¹⁷.

La jeune république fut ainsi prudente en matière de droits sociaux, les droits créés et ajoutés au texte de la constitution adoptée le 3 septembre 1791, se bornent à un droit au travail « pour les pauvres qui n'auraient pas pu s'en procurer » et à un droit au secours pour « les pauvres infirmes », sur un principe de solidarité de la nation. L'application même de ces droits garantis et financés par l'État se révélera impossible dans les faits.⁵¹⁸

Pour Lucien Jaume, le conflit entre droit naturel de l'homme et droits social du citoyen est toujours actuel, il met en cause le rôle de l'État dans son rapport au citoyen, ainsi énoncé par ce dernier : « L'interprétation libérale des droits de l'homme consiste à soutenir qu'il y a une autonomie principielle de l'individu vis-à-vis des lois » en effet, « le droit naturel est toujours opposable au droit positif ». Cependant :

« Le courant républicain et le courant socialiste ont eu pour point commun d'admettre l'extension des pouvoirs que la souveraineté étatique peut s'attribuer pour garantir, et même créer des droits-créances ultérieurs. »⁵¹⁹

⁵¹⁷ Il prévalait alors la vision de l'indigence comme fait social subi, imputé à la malchance, pouvant elle seule justifier le droit à être secouru. Cette vision posait un sérieux problème, ainsi énoncé par Pierre Rosanvallon : « n'était-ce pas en contradiction avec l'appréhension moderne de l'individu comme un être libre, responsable et autonome, propriétaire de ses actes comme du fruit de son travail ? Si l'individu se construit par son activité, sans être prisonnier à priori d'un état auquel il serait assigné, l'indigence devient susceptible d'être considérée comme une situation résultant d'une conduite » (*L'État en France: de 1789 à nos jours*, op.cit., p.152.)

⁵¹⁸ Dans cet ouvrage, Pierre Rosanvallon rappelle que les lois du 19 mars 1793 et du 22 floréal an II définirent une nouvelle organisation de l'assistance sociale décrétant que le secours aux indigents constituait une dette nationale. Cependant, la République ne parvint pas à en assurer le financement prévu : « les urgences politiques et militaires et l'incapacité de dégager les ressources nécessaires, empêchèrent que (ce programme) soit pratiquement mis en œuvre. De fait, « Les montant des dépenses « sociales » reste très faible au XIXème siècle le fait le plus notable réside dans le désengagement financier de l'état » ((ibid., p.142),.

⁵¹⁹ Jaume L., *Les déclarations des droits de l'homme: du débat 1789-1793 au préambule de 1946*, op.cit., p.64.

Dès lors, rapporte l'auteur, « comme le notait récemment un juriste belge : « de tous les hommes » on passe à « tous les citoyens » puis à « tous ceux qui se trouvent dans les mêmes conditions de fait ».

En définitive, ainsi que Pierre Rosanvallon⁵²⁰ le rappelle, l'État français républicain, dans son rôle de producteur de la nation, en tant qu'« instituteur du social », s'est doté d'un « monopole égalisateur » ainsi que d'une « propension au monopole de l'état démocratique français qui superpose au principe du monopole de la souveraineté l'exigence d'un « monopole de maintien de l'égalité » ». C'est précisément cette caractéristique républicaine de l'État français qui marque la rhétorique « des inégalités de santé insupportables », leitmotiv du discours politique justifiant la réforme sous l'égide de l'État.

Le droit à la santé n'est donc pas inscrit en tant que tel dans les textes constitutionnels des trois premières républiques. Ce sont les textes du XX^{ème} siècle qui introduiront le droit interprété comme un droit à la santé dans les discours de la réforme et la lecture de ces textes révèle une certaine ambiguïté sur ce point.

Si le projet de constitution de la quatrième république du 19 avril 1946 dispose que: « La protection de la santé dès la conception, le bénéfice de toutes les mesures d'hygiène et de tous les soins que permet la science sont garantis et assurés par la nation » (art. 23), cette référence explicite à un droit à bénéficier de soins ne sera pas retenue dans le préambule adopté. Ce dernier, dans une continuité certaine avec les précédents textes, dispose que: « Tout être humain qui en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens d'existence. »

Cette analyse des textes converge avec ce que nous avons déjà vu dans le cadre de notre première partie, à savoir l'adoption à travers la mise en place de la sécurité sociale en 1945, du principe que la nation doit pourvoir solidairement à des moyens d'existence pour chacun. Les références à l'héritage constitutionnel républicain dans le discours de la réforme semblent donc plutôt

⁵²⁰ Rosanvallon P., *L'État en France: de 1789 à nos jours*, op. cit..

relever, *a contrario*, d'une sorte de « folklore républicain » pour reprendre le terme et la thèse développés par Thierry Ménissier ⁵²¹.

Voyons dès lors le deuxième point de notre analyse, à savoir celui du système solidaire français de protection sociale comme héritage « des hommes et des femmes du Conseil National de la résistance »

L'héritage du conseil national de la résistance.

La question sociale posée par l'industrialisation et la nouvelle ère capitaliste précipitera la résolution pratique d'un problème jusqu'alors resté politiquement et philosophiquement insoluble pour la république.

Le principe de l'assurance appliqué aux personnes et non plus seulement aux biens, fait son chemin sous le second empire, ainsi que le souligne Pierre Rosanvallon :

« C'était reconnaître que nombre de tâches de réduction de l'incertitude jadis envisagées du point de vue de l'État comme État protecteur pouvaient désormais être opérés de façon presque techniques par des mécanismes assurantiels ; une voie nouvelle était désormais ouverte pour appréhender les politiques sociales sans plus avoir aucunement besoin de recourir à une problématique de nature juridique ou morale pour les fonder ». ⁵²²

La loi de 1928 complétée le 30 avril par un deuxième texte prévoit l'affiliation obligatoire de tous les salariés de l'industrie et du commerce à un régime général d'assurances sociales, ainsi, constate-t-il :

« Sur le fond, pourtant, la loi du 22 mai 1946 qui institue le système de Sécurité sociale ne marque pas une rupture fondamentale avec les principes mis en œuvre en 1930. Le mode de financement, par des cotisations ouvrières et patronales, reste le même, et la nature des risques couverts (...) n'est pas modifiée. » ⁵²³

La particularité du moment 1946 ne réside pas dans le modèle de système solidaire qui de fait lui préexistait mais, précise-t-il, dans celui d'un « moment de refondation sociale de reformulation symbolique du contrat social (...) il faut

⁵²¹ Ménissier T., *La liberté des contemporains: pourquoi il faut rénover la république*, op.cit.

⁵²² Rosanvallon P., *L'État en France: de 1789 à nos jours*, op. cit. , p.171.

⁵²³ Ibid., p.184.

réparer les dommages de guerre et les ressources étant limitées seul un système de rationnement permet de les allouer de façon égalitaire »⁵²⁴, c'est-à-dire non pas selon les critères du marché mais selon les besoins légitimes, et ainsi conclut-il, « soustraire du marché la satisfaction d'un certain nombre de besoins primaires. »

Mais, par ce nouveau « droit à la santé », il ne s'agit pas de garantir une bonne santé mais d'attribuer aux intéressés, et gérée par eux-mêmes, une compensation financière en cas de maladie notamment par un revenu de subsistance. Pour les héros de la résistance, celui-ci constitue un volet du droit global à la sécurité sociale dans un but de « décommodification », de désaliénation au marché. Ainsi, rapporte l'historien biographe d'Amboise Croizat :

« Entre résistants, mûrissent les rêves du Conseil national de la Résistance et les inventions sociales de la Libération. La Sécurité sociale, bien sûr, (...) : « Nous, combattants de l'ombre, exigeons la mise en place d'un plan complet de sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail avec gestion par les intéressés et l'État ». ⁵²⁵

Ce droit intègre la maladie comme risque social et s'inscrit ainsi pleinement dans la lignée de l'esprit qui a présidé aux lois de 1928 sur les assurances sociales, tel que l'illustre, pour exemple, le discours de Justin Godart sénateur, ancien ministre, qui déclarera au sujet de ces lois ci :

« Désormais les risques mauvais de la vie n'assujettiront plus le travailleur et sa famille à la charité et à l'assistance. » L'assurance acquise grâce à ce nouveau droit évitera ainsi ceux-ci de devoir recourir à une « sollicitation humiliante ». ⁵²⁶

La lecture historique des déclarations des droits de l'homme inscrits aux frontons des constitutions de différentes républiques de la France, de même que l'analyse de « l'héritage du conseil national de la résistance », donne à voir un « héritage » amplement fabriqué dans le discours. Le droit à la santé, comme droit à l'égalité, n'est pas véritablement inscrit dans les textes ni dans la

⁵²⁴ Ibid.

⁵²⁵ Ce discours fait écho aux principes défendus par Pierre Laroque au sujet de la sécu selon lesquels il s'agissait de garantir à tous, et en toutes circonstances, des revenus suffisants pour assurer leur subsistance familiale.

⁵²⁶ In Clément J.-M., « *l'étatisation de la santé* », op.cit.

constitution ni dans les droits de l'homme. La santé, vue comme un risque social, émerge sur des droits sociaux dont la conception philosophique comme juridique relève de l'aporie dans le cadre du modèle républicain.

Le modèle de système de protection sociale et de santé hérité s'est scellé dans un moment de refondation du contrat social, qui fut particulièrement défavorable à l'État en termes de pouvoir. Ce modèle, dont l'État se doit d'être garant, non pas en souvenir des héros de la résistance ni en conformité à l'héritage constitutionnel de la république, mais en l'absence d'autre solution que la technique assurancielle. La santé en est la clef de voûte, non en tant que telle, mais à travers le risque maladie, admis comme un risque essentiel de l'homme. C'est la solution pour assurer un accès solidaire aux soins, affirment les économistes orthodoxes selon le raisonnement suivant :

« La première idée qui vient est de recourir à un mécanisme d'assurance. L'assurance, c'est une épargne individuelle, alimentant une contribution collective pour faire face à des dépenses aléatoires. »⁵²⁷

Cependant, comme nous l'avons déjà vu dans notre première partie, ceux-ci contestent la main mise de l'État sur cette sphère du marché. Ce modèle « hérité » ne confère pas nécessairement une position dominante à l'État. Nous l'avons montré, la légitimité de l'État, après analyse, s'avère procéder du « bricolage ». Celle-ci serait aussi contestable sur le plan économique. Pourtant, l'État est parvenu à s'imposer au cours des dernières réformes.

Quand l'État s'émancipe du rôle de « l'amant dans le placard ».

Ce bref rappel historique, ainsi que des textes, nous permet de mieux comprendre le rôle particulier de l'État français et par conséquent le caractère résiduel dévolu à l'administration sanitaire étatique, ainsi résumé dans cet ouvrage d'une promotion de l'ENA, déjà évoqué en première partie :

« Le ministère de la santé est un ministère peu prestigieux et pauvre par tradition. (...) L'État joue le rôle paralysant de l'amant dans le placard. Il ne paye pas, il n'a pas la volonté ni les moyens de régler les problèmes

⁵²⁷ Cercle des économistes, 2007, *Économie de la santé: une réforme ? non, une révolution !*, op.cit.,p.8.

techniques (...). Mais sa présence empêche toute évolution. Son intervention n'est justifiée par aucune légitimité. »⁵²⁸

Dans cette configuration où l'État est le grand absent du véritable lieu de pouvoir qu'est l'assurance maladie et le jeu des acteurs au sein de celle-ci fera l'objet de vives critiques ainsi présentées dans les cahiers français :

« A l'assurance maladie, une curieuse coalition d'intérêts a longtemps dominé les relations entre syndicats professionnels (et le patronat) qui géraient l'assurance maladie, en particulier FO et les syndicats des médecins, leurs partenaires naturels dans la gestion des soins. Chacun ayant ses propres protégés (...) au détriment des intérêts des cotisants et des malades ». ⁵²⁹

La conclusion est sans détour : « Ces coalitions se montrant toujours plus favorables à plus de dépenses ». L'argument comptable, habituellement exprimé en terme de « trou de la sécu », conjugué à cette appréciation d'acteurs irresponsables et dispendieux, a permis un interventionnisme croissant de l'État au sein de l'assurance maladie.

Cette emprise n'échappe pas toutefois à la critique économique classique, telle qu'elle est particulièrement bien exposée dans l'ouvrage publié par le cercle des économistes que nous avons discuté dans notre première partie⁵³⁰. Pour ceux-ci, le secteur de la santé est frappé d'un paradoxe inacceptable. Ainsi, alors que les choix du consommateur dans un cadre économique libéral, « ne sont pas discutés et sont considérés comme l'expression des préférences sociales », il en est autrement du secteur de la santé, « cette souveraineté du consommateur est remise en cause quand celui-ci se soucie de sa santé. » L'explication de ce paradoxe, pour ceux-ci, réside dans le fait que la santé est un bien « inestimable », si bien que « le secteur économique » qui lui correspond, en partie hors marché, est contraint et en quelque sorte « interdit » de croissance .

La cause de cette inversion, expliquent-ils vient de ce qu'« en reconnaissant le caractère singulier de la santé et le droit de chacun d'accéder aux meilleurs soins, on a donc placé la santé sous une tutelle administrative ». Or, la

⁵²⁸ École nationale d'administration, *Séminaires II* : « Le système de santé en France », op.cit., p.34.

⁵²⁹ Tronquoy P., *La santé, Les cahiers français n°324*, op.cit., p.41.

⁵³⁰ Cercle des économistes, *Économie de la santé: une réforme ? non, une révolution !*, op.cit.

croissance des dépenses et donc des charges sociales qui dépasse ses capacités budgétaires conduisent la tutelle publique à s'efforcer : « de ralentir la croissance d'un secteur qu'elle ne parvient pas à contrôler réellement ».

L'interventionnisme de l'État n'est pas la seule cible des économistes, il est aussi critiqué dans d'autres sphères, celle des acteurs du soin notamment. Ainsi, critiquant ce qu'il nomme l'étatisation de la santé, Jean Marie-Clément démontre que :

« L'interventionnisme de l'État dans ce domaine (est) presque exhaustif puisque toutes les catégories des offreurs de soins préventifs ou curatifs sont désormais sous le contrôle des autorités étatiques. » ⁵³¹

Pour éclairer la paradoxale étatisation de la santé, nous pouvons nous appuyer sur les travaux sur les systèmes de protection sociale menés par Bruno Pallier. Celui-ci s'est intéressé à la thèse des phénomènes de « *path dependence* » et de réformes de ces systèmes⁵³². Il met ainsi en évidence que, derrière l'apparente impossibilité de changement présentée par les travaux comparatistes d'inspiration néo-institutionnalistes, peuvent se cacher de véritables changements induits par certaines réformes pouvant être qualifiées de « *path shifting* ».

Dans le cas de la France, deux dispositions concernant le système de santé en France de la réforme « Juppé » illustrent ce phénomène : l'introduction du financement par l'impôt avec la CSG, lequel, à terme, pourrait laisser une place résiduelle aux cotisations sociales, et le renforcement du pouvoir l'État au détriment du paritarisme dans la gestion de l'assurance maladie.

Il conclut de ces travaux que la réforme d'avril 1996 marque une véritable rupture, plus que la « naissance » historique de la sécurité sociale en France en 1946. Mais cette rupture n'apparaît pas comme telle dans le temps de la réforme, elle se révèle par la suite à travers ses conséquences induites.

Ainsi, bien que controversée, l'étatisation de la gestion du système de santé est le fait marquant des réformes de la santé, au travers notamment une rupture « insidieuse » mais significative notamment dans les rapports de pouvoir tels que conçus originellement au sein de l'assurance maladie.

⁵³¹ Clément J.-M., *La santé étatisée: triomphe ou échec ?* op. cit., p.42.

⁵³² Palier B., Bonoli G., « phénomènes de « *path dependence* » et réformes des systèmes de protection sociale », *Revue Française de Science Politique*, 1999, pp 399–420.

Or, paradoxalement, le paradigme de l'interventionnisme d'État semble globalement dépassé aujourd'hui. Ce constat, partagé par plusieurs auteurs en science politique, est ainsi énoncé par Yanis Papadopoulos : « Reconnaissance de la vanité du contrôle hiérarchique, acception du polycentrisme, passage d'un modèle de « coordination centralisée » à celui de la « coordination par ajustement mutuel » (Lindblom et Woodhouse, 1993 :66-68) :

« On s'éloigne sans nul doute aujourd'hui d'une pensée qui trouvait dans la planification et la programmation l'expression la plus achevée d'une intervention publique rationnelle, pour une approche centrée sur l'ajustement des processus d'action, qui réhabilite de ce fait la part d'aléas, mais aussi la liberté propre à toute histoire humaine (Duran et Monnier, 1992 :239). »⁵³³

On comprend dès lors l'importance du discours de légitimation dont nous avons mis en évidence le caractère fabriqué. Ainsi légitimé, l'État doit aussi assurer sa crédibilité. Entrer dans une nouvelle gouvernance semble indispensable pour soutenir le paradoxe de cette étatisation.

⁵³³ Papadopoulos Y., *Complexité sociale et politiques publiques*, op.cit., p.104.

2/ Le temps de la nouvelle gouverne en santé.

Dans le champ de la santé, les discours institutionnels, administratifs et politiques marquent un changement du paradigme concernant le rôle de l'État. Les réformes portées et introduites par les discours allient « retour » de l'État (renforcement de son rôle dans l'espace de la santé) et nouvelle gouvernance, mobilisant de nouveaux instruments dans le cadre d'un nouvel équilibre des pouvoirs : on dénomme communément cette nouvelle donne, la « nouvelle gouvernance du système de santé ».

Dans un article co-signé par Bruno Palier et Patrick Hassenteufel au titre évocateur : « les trompe-l'œil de la « gouvernance » de l'assurance maladie – Contrastes franco-allemands »⁵³⁴, les auteurs rejoignent les constats posés par Bruno Palier et Giuliano Bonoli⁵³⁵ dans l'article que nous avons précédemment cité au sujet du renversement de pouvoir survenu dans la gestion de l'assurance maladie. Pour ceux-ci l'étatisation de l'assurance maladie renvoie :

« Davantage au renforcement du pouvoir des acteurs administratifs (direction de la sécurité sociale, direction de la CNAMTS, Cour des comptes...) qu'à ceux des acteurs politiques (élus, parlementaires, ministre), il serait donc plus pertinent de parler de technocratisation de l'assurance maladie ».⁵³⁶

De plus, ceux-ci soulignent que :

« Dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale, le Parlement fixe tous les ans l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Mais dans les faits, il s'agit là, avant tout, d'un renforcement des pouvoirs du gouvernement et de l'administration... ».⁵³⁷

En préambule, ils nous rappellent, au-delà du constat de polysémie du mot de gouvernance, les attraits de ce nouveau mot pour le politique :

« Tout d'abord il est nouveau, il sonne « moderne (...) il suggère donc le changement, il peut aussi être opposé à gouvernement et renvoyer au recul de l'État et au rôle accru de la société civile. Ainsi, gouvernance peut à la fois signifier capacité réformatrice du politique, transformation

⁵³⁴ Hassenteufel P., Palier B., 2005, « Les trompe-l'œil de la « gouvernance » de l'assurance maladie », op.cit.

⁵³⁵ Ibid.

⁵³⁶ Ibid., p.16.

⁵³⁷ Ibid., p.15.

managériales de l'État, démocratisation de celui-ci et mise en place de nouveaux instruments d'action publique ». ⁵³⁸

En somme, la gouvernance s'impose comme incontournable dans la grammaire de la réforme. Pour autant, poursuivent ces auteurs :

« De manière quelque peu paradoxale, alors que la gouvernance renvoie à des rapports plus horizontaux entre acteurs étatiques et non étatiques, les réformes françaises, en particulier depuis le plan Juppé, ont contribué à l'affirmation du rôle d'acteurs étatiques au détriment des caisses alors qu'en Allemagne l'autonomie de ces dernières a plutôt été renforcée ». ⁵³⁹

De fait :

« Ces hauts fonctionnaires sont porteurs d'une matrice cognitive commune que l'on peut formuler de la façon suivante ; pour réserver la Sécurité sociale, il faut l'adapter à la contrainte financière en renforçant le rôle du pilotage de l'État ». ⁵⁴⁰

Le motif économique, mobilisé dans le discours politique comme élément de justification, justifie cette situation singulière. Or, si les « codages » de la sphère économique, pour reprendre l'expression de Yanis Papadopoulos ⁵⁴¹, ont largement « colonisé » les sphères politiques ou administratives en santé, les solutions émanant de ces sphères-ci ne sont pas en tout point conformes avec les solutions émanant de la sphère économique. L'importance accordée à la place de l'État semble profiter aux intérêts de son administration sanitaire centrale qui semble y trouver une opportunité historique.

Pour André-Pierre Contandriopoulos, la contrainte extérieure de grandes forces, économiques, techniques, épidémiologiques et démographiques a provoqué dans les années 1990 une remise en question des formes particulières de régulation du système de santé qui s'étaient structurées auparavant, expliquant que « **c'est en réponse à la crise créée par ces forces que s'est répandu le concept de gouvernance** ». ⁵⁴²

⁵³⁸ Ibid., p.13.

⁵³⁹ Ibid., p.17.

⁵⁴⁰ Ibid., p.17.

⁵⁴¹ La notion de codage est reprise par Y. Papadopoulos pour rendre compte de la grille cognitive spécifique à chacun des sous-systèmes qui compose une société complexe dans les interactions entre sous-systèmes (voir notre chapitre 2 Partie I).

⁵⁴² Contandriopoulos A.-P., « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance », Santé Publique, Vol. 20(2), 2008, pp191-199.

Cependant, le mot « gouvernance » diffère sensiblement, en santé, de son acception académique en science politique. La comparaison attentive des différents usages et contextes de mobilisation du mot de gouvernance entre discours institutionnels, administratifs, et le non recouvrement de sens entre ces deux sphères le fait apparaître.

La nouvelle gouvernance de la santé, entre deux voies.

Dans son discours de présentation des orientations du projet de loi santé, le 19 juin 2014, Marisol Touraine déclare que la loi dont elle présente les orientations :

« Transformera le quotidien de millions de français. Il changera le rapport des français à leur santé. Il leur apportera les moyens de se prémunir et de se protéger ; il leur donnera, lorsque survient la maladie, les armes pour y faire face. »⁵⁴³

Cette ambition de l'État de « changer la vie », affirmée d'emblée dans le discours, rappelle les discours politiques qui ont incité Bruno Jobert, dans son article, « Une approche dialectique des politiques publiques L'héritage de l'État en action » à pondérer la notion de référentiel global. Il avait, en effet, fait le constat suivant :

« Ce qui frappe (...), c'est l'existence de dissonances dans les débats qui se nouent dans les différents forums du débat public. La configuration des débats dans les années 70 en France est un bon exemple de ce type de situation (Jobert, Théret, 1994). A cette époque, les forums scientifiques et, à leur suite, les experts de la macroéconomie, se reconvertissent à l'orthodoxie classique. Au même moment, les acteurs de la scène politique française font assaut de volontarisme politique et de générosité sociale : tandis que les socialistes annoncent leur intentions de « changer la vie », V. Giscard d'Estaing dénie à ses adversaires la prétention à avoir le « monopole du cœur » et s'engage dans des réformes sociales innovantes. »⁵⁴⁴

Revenons au discours de présentation de la future loi santé en 2014, celle-ci est annoncée comme porteuse d'un changement significatif, notamment, déclare la Ministre dans la suite de l'introduction de son discours : « Parce qu'il mobilise

⁵⁴³ Marisol Touraine, « Présentation des orientations du projet de loi santé », Discours du jeudi 19 juin 2014, Ministère des Affaires sociales et de la santé.

⁵⁴⁴ Jobert B., « Une approche dialectique des politiques publiques », Pôle Sud, 21(2), 2004, pp 43 –54.

des instruments nouveaux pour les patients et pour les professionnels qui garantissent l'efficacité des mesures proposées.» Taclant les réformes précédentes dont elle se démarque et qu'elle qualifie de « grand mécano institutionnel », la Ministre annonce « une réforme structurante qui permet d'attaquer les inégalités de santé à la racine », ainsi qu'« une réforme mobilisatrice enfin qui fait le pari de l'innovation. » Enfin, celle-ci insiste sur l'inscription de sa réforme dans le cadre d'une large concertation qui s'est déroulée autour de la Stratégie Nationale de Santé, « si amplement débattue depuis quelques mois. Plus de 200 forums régionaux se sont tenus dans toute la France».

Il s'agit donc d'un discours politique qui affirme à nouveau vouloir « changer la vie » et qui incorpore le vocabulaire moderne de la réforme, présentant de nouveaux outils d'action publique et l'innovation, comme garant de la réussite. Critique vis-à-vis de la technocratisation du système dans son introduction, la deuxième et la troisième orientation du projet de loi intègrent une conception de l'État renouvelée dans un rôle d'animation, d'accompagnement des acteurs économiques et civils, attributs d'un État réflexif. Rejoignant les thèmes du *new management public* dans sa formulation, la quatrième des quatre orientations stratégiques présentée dans ce discours « établira une nouvelle gouvernance pour une politique performante ». ⁵⁴⁵

Les éléments de cette gouvernance comprennent l'unité de la politique de santé c'est à dire l'unité entre l'État et l'assurance maladie confirmant ainsi la rupture née de la réforme « Juppé », mais précise la Ministre : « si je ne devais retenir qu'un seul élément des 200 forums régionaux qui se sont tenus sur la Stratégie Nationale de Santé, ce serait la vitalité de notre démocratie sanitaire. » et de mettre l'accent sur les droits des malades ainsi que sur « le renforcement du pouvoir des patients lorsqu'il sont victimes de dommages ». Ce discours politique ne semble pas confondre droit et participation des usagers,

⁵⁴⁵ Les orientations stratégiques présentées, prévoient : chapitre II/ : la mise en place d'un service territorial de santé au public pour améliorer la prise en charge des français, sur la base de l'auto-organisation des acteurs et d'une contractualisation avec les ARS; chapitre III/le pari de l'innovation : « le rôle de l'État est d'être un facilitateur et de garantir un écosystème favorable à l'innovation ».

mobilisant l'essence même de l'esprit de la loi dite Kouchner, fondatrice du droit des malades.

La loi Kouchner fait en effet exception dans le paysage de la réforme en santé dans la mesure où elle tire son origine de la mobilisation des dits « malades », à contrecourant donc des réformes habituelles en matière de protection sociale ainsi que nous le rappellent Bruno Palier et Giuliano Bonoli :

« Par un siècle d'accumulation de politiques sociales, tout problème social se trouve aujourd'hui enchâssé dans un ensemble complexe d'institutions et de politiques publiques héritées du passé. Dès lors, le schéma de l'action publique dans le domaine de la protection sociale correspondra moins à un schéma séquentiel classique de l'analyse des politiques publiques où le problème social émerge d'abord au niveau sociétal avant d'être pris en charge au niveau politique, qu'à celui de l'adaptation incrémentale des politiques publiques ». ⁵⁴⁶

Le « malade », s'estimant et se revendiquant comme un sujet de droit se trouve être l'acteur d'une rupture dans la routine des réformes de la santé.

Cependant, la logique de la loi de santé dont les orientations sont évoquées ci-dessus ne rompt pas avec la logique habituelle des réformes en santé telle qu'ainsi décrite par Bruno Palier et Giuliano Bonoli :

« Les problèmes sociaux sont immédiatement interprétés en termes de politiques inadaptées qu'il convient de réformer alors même que le poids des institutions et des politiques passées contraint les réorientations présentes des politiques publiques ». ⁵⁴⁷

Les arguments justifiant les réformes ne peuvent ainsi que : « venir de l'impact de choc exogènes », si bien que :

« Les enjeux actuels des réformes du système de protection sociale français ne peuvent être compris sans faire référence aux transformations de l'environnement économique et social de celui-ci ». ⁵⁴⁸

Ainsi, la voix du politique semble s'inscrire dans la voie d'une nouvelle gouverne intégrant le « malade », sujet de droits, tandis que le discours institutionnel et administratif de la réforme diffère. Cependant, au de-là de leurs différences, le discours du politique présente un trait commun avec le

⁵⁴⁶ Palier B., Bonoli G., « phénomènes de « *path dependence* » et réformes des systèmes de protection sociale », op. cit.

⁵⁴⁷ Ibid.

⁵⁴⁸ Ibid.

discours institutionnel étatique, celui d'une grammaire emprunte d'une colonisation par le langage du *new management public*.

Dans son ouvrage « gouvernance de la santé, les acteurs institutionnels », Patricia Siwek livre une acception totalement transparente du sens du mot gouvernance en langage administratif sanitaire. Pour en saisir la compréhension elle nous rappelle tout d'abord qu' :

« En vingt ans, l'organisation des pouvoirs publics en matière de santé publique a été profondément remaniée. Elle a été marquée par la création de nombreuses agences. Au départ de ce mouvement, la volonté de disposer de nouveaux instruments pour la régulation du système de santé ». « Au cours des années 1990, la création d'une deuxième vague d'agences (ou la transformation des premières) a été accélérée par la survenue des crises sanitaires ». « Ces évolutions au fil du temps, répondant à des préoccupations pragmatiques rendent malaisée la vision d'ensemble des organismes centraux intervenant dans la décision en santé publique. »⁵⁴⁹

Ainsi, livre-t-elle cette définition particulière de la gouvernance : « le mot renvoie à la « nouvelle » gestion publique mise en œuvre à partir de années 1990, au moment où l'État a choisi de se recentrer sur son « cœur de métier » la définition des politiques publiques et de confier à d'autres acteurs des fonctions non stratégiques. Tout en gardant le pilotage de l'action publique, il en a « déléguée la gestion à des agences ou à des autorités administratives indépendantes, selon les modèles anglo-saxon et scandinave ».

Après avoir précisé que le mouvement français est moins abouti que certains autres, l'auteure complète son propos ainsi :

« Elle a tout de même transféré nombre de missions à des agences dont les ministères assurent pour la majorité la tutelle. L'objectif de ce transfert est une exécution plus efficiente ».

L'inconvénient collatéral, précise-t-elle réside dans la complexité du dispositif ainsi créé, le ministère chargé de la santé se retrouve « au centre d'une galaxie de services ». Parmi ces multiples agences, les ARS ne sont pas les moindres et retiendront plus particulièrement notre attention.

Ainsi, la gouvernance, dans le jargon institutionnel sanitaire, est née au service de la résolution de la complexité engendrée par ses propres segments et nouveaux instruments.

⁵⁴⁹ Siwek, P., *Gouvernance de la santé, les acteurs institutionnels*, op.cit., p.13.

La même acception se retrouve dans le texte de contribution de la Société Française de Santé Publique (SFSP) pour la Stratégie Nationale de Santé cosignées par trois auteurs, tous trois membres de l'administration sanitaire. Pour illustration, dans le paragraphe, « Pour une politique plus lisible : clarifier le périmètre de la politique nationale de santé et en expliciter la gouvernance », les auteurs y indiquent que, dans le but de définir une politique de santé globale :

« Il s'agit dès lors d'unifier, ou pour le moins de coordonner la gouvernance nationale de cette politique (...). Cette gouvernance doit en outre prendre en compte la déclinaison en région de la politique nationale. Un système déconcentré et/ou décentralisé implique toutefois un cadrage central et des procédures homogènes sur l'ensemble du territoire. »⁵⁵⁰.

L'orientation standardisée et *top down* ainsi que la vision d'une gouvernance très centralisée, manifestes ici, bien loin de l'acception qui semble être celle du politique, confirme ainsi l'existence de deux sphères distinctes et spécifiques de l'État, le politique et l'administratif.

La référence au *new management public* est nette dans ce texte de la société savante, notamment à travers le titre du deuxième paragraphe, « pour une politique plus efficiente et équitable visant à la pérennité du système de santé : mieux définir les rôles de l'expertise pertinente, s'appuyer sur les faits prouvés dans la décision publique ». De la même façon que dans le discours politique, la présence des éléments de langage du *new management public* n'est pas justifiée par les auteurs, ni expliquée, comme si elle s'imposait à l'évidence sans qu'il n'y ait plus besoin d'en donner les raisons. Cette nouvelle modalité de l'action publique est ainsi considérée implicitement comme un mode normal et vertueux *a priori*.

Pourtant, malgré engouement initial dont il a bénéficié, ce dernier fait aujourd'hui l'objet de critiques. Ainsi Emmanuel Abord et Céline Desmarais titrent l'article qu'ils ont co-publié avec cette question provocante : « Le nouveau Management Public est-il pathogène ? ».⁵⁵¹ Les résultats de l'enquête

⁵⁵⁰ Alla F., Cambon L., Simonet M., « Structuration et gouvernance de la politique de santé » in *Contribution de la SFSP à la stratégie nationale de santé*, op. cit. .

⁵⁵¹ Abord de Chatillon E., Desmarais C. « Le nouveau management public est-il pathogène? », *Management international*, 16(3), 2012, pp.10-24.

empirique rapportés dans cet article, menée auprès de 1118 agents d'une collectivité locale en France justifient ce titre puisqu'ils démontrent que : « le NMP a un impact sur l'épuisement professionnel par l'intermédiaire de ses effets sur la charge de travail perçue par les agents et sur le climat de violence psychologique ». Face à ces conséquences délétères, quel gain pour l'action publique ? L'implicite qui entoure le NMP dispense les auteurs de traiter cette question absente des discours.

Par ailleurs, dans le discours de la société savante émanant de son groupe de travail sur la gouvernance dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé, se trouvent mêlés aux ingrédients du *new management public*, les éléments paradigmatiques justifiant l'interventionnisme d'État et la prise de pouvoir de son administration ? Or, ce dernier s'inscrit dans une vision rationnelle de la décision publique, classique publiciste ainsi, les auteurs admettent que : « ces propositions relèvent pour la plupart de mesures législatives ». Une version de travail interne à la Société Française de Santé Publique (SFSP) du même moment est encore plus explicite sur l'enjeu de la réforme portée par la sphère administrative sanitaire, à savoir renforcer la légitimité du Ministère de la santé.

Rappelons que l'administration sanitaire centrale a été menacée par la création des ARS. Le projet de disparition du Ministère de la santé au profit de la création d'une agence nationale de santé à l'instar des ARS avait été débattu. Cette idée trouvait d'ailleurs son soutien dans le rapport d'information déposé et présenté par Yves Bur, député⁵⁵², en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé.

Roselyne Bachelot avait alors choisi de ménager son administration, en synthèse, cette réponse à une interview de journaliste: « Je ne suis pas celle qui fermera le ministère de la santé ». Il semble que Marisol Touraine ait opté elle aussi pour le statu quo. L'administration sanitaire centrale reste donc structurellement inchangée malgré l'avènement des ARS, et dont elle en assure

⁵⁵² Bur Y., *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé*, Paris, Assemblée nationale, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, 2006.

une tutelle complexe. Ce point paradoxal de la réforme incite à examiner attentivement les vertus supposées de ces dernières en terme de gouvernance.

Le mythe des Agences Régionales de Santé.

Le nouveau phénomène de la gouvernance du système de santé est usuellement associé dans le discours institutionnel, avec la montée en charge des ARS. A ces côtés, la territorialisation de l'action publique peut s'analyser comme élément central du contexte global de la réforme en santé⁵⁵³. La territorialisation des politiques publiques en Europe est un sujet largement exploré mais encore peu appliqué au secteur de la santé en France. Nous avons déjà discuté ce point dans notre deuxième partie.

Rappelons ici qu'une journée d'étude universitaire pluridisciplinaire, organisée par le centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'État de l'université Montesquieu-Bordeaux IV, et consacrée en 2011 au thème « La territorialisation des politiques de santé »⁵⁵⁴.

Il semble que l'institutionnalisation de la politique de santé par le niveau local dans les « territoires de vie » (ou bassin de vie) serait encore à penser en France. L'analyse de N. Martin-Papineau, dans sa communication « La construction de la politique de santé » en fait ainsi le constat :

« Il est à craindre que le nouveau système (mise en place des ARS) n'aboutisse toujours pas à une approche véritablement territorialisée de la santé. En effet, même si l'idée de territoire est de plus en plus présente aujourd'hui dans les discours et les dispositifs législatifs, notamment avec la loi HPST, elle s'y résume comme relai local de l'action de l'État ». ⁵⁵⁵

Ce point de vue est repris et explicité par un autre auteur, P. Combeau, dans sa contribution « territorialisation de la politique de santé en France » :

« Cette territorialisation est toutefois et paradoxalement une véritable déterritorialisation au sens où ces espaces n'ont pas d'autre identité que

⁵⁵³ Hassenteufel P., « introduction au numéro spécial : Think Social, Act Local-La territorialisation comme réponse à la « crise de l'État-Providence » », op. cit..

⁵⁵⁴ Castaing C. (dir.), *La territorialisation des politiques de santé: actes de la journée d'étude organisée le 22 novembre 2011*, op.cit.

⁵⁵⁵ Ibid., p.21.

celle d'être des espaces fonctionnels, lieux de politique publique et largement maîtrisés par l'État, fût-il déconcentré. »⁵⁵⁶

Les ARS sont plus souvent étudiées par les auteurs français sous l'angle de la territorialisation de l'action publique en santé, que sous l'angle de la gouvernance. Dans le discours de la réforme, ARS et gouvernance semblent les deux termes implicites d'un même couple, comme si ce mode d'action leur était consubstantiel.

Ces agences incarnent la régionalisation de la politique de santé, ce qui pour nos concitoyens européens signe l'équivalent d'une décentralisation. Or, si en effet la politique de santé était aux mains des collectivités locales, le pilotage ne serait à l'évidence pas un pilotage étatique.

En France, nous l'avons constaté précédemment la régionalisation de la santé est une territorialisation sans décentralisation, les ARS représentent un État renforcé à un échelon promu pour sa pertinence en terme de planification de l'offre et d'allocation des ressources. Ainsi, la territorialisation de la santé, s'avère être un outil du renforcement d'un pouvoir centralisé.

Si l'on considère que la gouvernance a pour caractéristique majeure, celle de la coordination d'une pluralité d'acteurs et d'intérêt, la nouvelle gouvernance sanitaire telle qu'elle se réalise avec les ARS ne semble pas participer de ce paradigme. C'est en effet dans ces termes que conclue Nathalie Martin-Papineau dans le chapitre « la construction de la politique de santé » dont elle est l'auteur :

« Au total, il semble que les instruments de la coordination ou de transversalité paraissent bien plus incertains que ceux destinés à assurer la verticalité des politiques de santé. Ils dépendront pour une large part de la manière dont chaque directeur d'ARS envisagera le fonctionnement de son institution en ce qui concerne le rôle des délégations territoriales, des efforts déployés pour coordonner réellement les différents schémas de la volonté d'organiser une consultation de la CSA qui ne se réduise pas à une grand-messe pour les acteurs locaux de la santé, et de la vitalité donnée aux Contrats Locaux de Santé par exemple. »⁵⁵⁷

⁵⁵⁶ Ibid., p. 41.

⁵⁵⁷ Ibid., p.17.

La régionalisation de la politique de santé n'est pas nouvelle, nous l'avons déjà vu. Rappelons ici que la réforme dite « Juppé » avait créé les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), ancêtre des ARS, dont le cœur de métier résidait dans la planification de l'offre hospitalière, outil de contrôle et de régulation du système de santé. La loi dite « HPST » comporte en début de son acronyme un « H » comme hôpital, initialement absent du projet de loi. L'ajout du «H» témoigne de l'instauration de nouvelle gouvernance hospitalière qui accroît le pouvoir des directeurs d'hôpitaux, nommés par le directeur général de l'ARS. La régionalisation est hier comme à ce jour, un moyen pour l'Etat de planification et de renforcement des pouvoirs de l'administration sanitaire.

Ces outils n'ont pas été modifiés avec la mise en place des ARS lesquelles s'inscrivent dans une continuité de l'action de l'État et ce, malgré les problèmes d'articulation avec les collectivités locales.

Jugeant cet état de fait préoccupant pour les sénateurs, la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat, a convoqué les représentants des ministères sociaux et de la CNSA pour s'expliquer au sujet des ARS. Cette séance a fait l'objet d'un article de Localtis, qui rapporte le fait qu'effectivement, ces représentants : « reconnaissent que le pilotage des agences régionales de santé pose certaines questions et que des « frictions avec les collectivités existent ». Cependant, ces tensions sont considérées par l'administration centrale comme « inévitables », même si celle-ci admet que « l'éloignement géographique accroît ce risque, d'où la nécessité pour les directeurs généraux d'ARS de travailler étroitement avec leurs directeurs territoriaux »⁵⁵⁸.

Cependant le principe de régionalisation à travers les ARS demeure intangible. De fait, la question du bon échelon territorial de « gouvernance » ne fait plus l'objet de réflexion ni de débat que n'en fait celui du NMP considéré comme un acquis indiscutable.

Un rapport de l'IRDES⁵⁵⁹, en mai 2008, « les territoires de santé »,⁵⁶⁰ montre que 20% seulement des ARH ont fait alors le choix de définir leurs territoires

⁵⁵⁸ Escudié J-N., « Les sénateurs perplexes devant la gouvernance des ARS », Localtis.info, publié le 26 mars 2013.

⁵⁵⁹ Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé.

⁵⁶⁰ Coldefy M., Lucas-Gabrielli V., mai 2008, Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification, Document de travail, Irdes n° 10.

de santé sur des secteurs fondés sur des bassins de vie tandis que la moitié d'entre elles conservaient le statu quo du périmètre des anciens secteurs sanitaires, l'autre tiers ayant défini de nouveaux territoires sur une base hospitalo-centrée et d'offre de soins médicaux ambulatoires.

Cette forme de régionalisation de la santé, en apparence la seule forme possible, telle qu'elle est instaurée avec la création des ARS, n'est pourtant qu'un des multiples scénarios de réforme possibles.

Un rapport du groupe « Poles » du Commissariat général au Plan⁵⁶¹, dans une étude approfondie, en fait la démonstration. Ce groupe a identifié dans son travail de prospective sur la régionalisation du système de santé quatre scénarios types, dont voici les trois scénarios principaux présentés sous les titres respectifs suivants :

- la « résurrection de la Sécurité sociale » : titre ainsi explicité : « si un nouveau pacte social venait à conférer une légitimité renouvelée aux partenaires sociaux, celle-ci ne pourrait s'exercer sans un profond changement d'une part dans les processus de régulation d'autre part dans l'organisation des caisses », ceci impliquerait : « l'abandon d'une planification administrative de l'offre, la suppression des ARH et *a contrario* nécessairement l'existence d'un échelon régional amplifiant les attributions des actuelles URCAM », ainsi que : « le rétablissement des élections à la sécurité sociale » ;
- l'acte III de la décentralisation : lequel se décline ainsi : « les collectivités régionales se voient confier les missions de régulation, de planification de l'offre et de financement du système de santé. Soit « au plan régional selon le principe de la libre administration des collectivités territoriales chaque région gère le système de santé soit en direct par une direction ad hoc soit par le truchement d'une agence régionale. » ;
- la déconcentration : ce qui signifie que « l'ARS intègre dans son champ de compétence la planification elle-même la définition de programmes et d'objectifs ainsi que l'allocation de ressources ». Par conséquent, « elle prend racine dans la création d'un exécutif fort, doté de pouvoirs propres

⁵⁶¹ Commissariat général du plan, *Pour une régionalisation du système de santé en 2025 Offre, régulation et acteurs : essai de prospective*, Rapport du groupe Poles, novembre 2005.

inspirés des prérogatives des directeurs d'ARH ou des diverses agences nationales de santé. »⁵⁶²

Il est évident que ces trois scénarios opèrent des distributions de pouvoirs clairement et diamétralement opposées entre les acteurs du système de santé : l'État et l'assurance maladie, avec un nouvel acteur, la région collectivité locale. Or, les intérêts de l'administration sanitaire d'État ne peuvent pas se retrouver dans le premier scénario, puisque disparaissant en tant que corps et en tant que paradigme d'action publique (la planification sanitaire y tenant un rôle central) ni dans le deuxième qui impliquerait une reconversion à la fonction publique territoriale. De ce point de vue, le troisième scénario semble incontournable.

⁵⁶² Ibid., pp. 209-210.

En synthèse

La crise financière est une opportunité pour un « retour de l'État » dans un champ privilégié pour l'État républicain, instituteur du social. Cette prise de pouvoir au détriment des partenaires sociaux, est assortie de la disparition du système de gouvernance historique instauré dans le cadre du contrat social d'après-guerre. Celle-ci réalise un nouvel équilibre entre les protagonistes historiques de l'assurance maladie.

La réforme se conjugue dans le discours politique sur fond de légitimation historique et sur de nouveaux modes de la gouverne dont les ARS constitueraient la forme la plus aboutie. L'administration sanitaire centrale, capte dans le discours de la réforme ce mot attractif au politique, la gouvernance, dans une adaptation conforme à son référentiel propre : une administration classique rationnelle descendante.

La nouvelle gouvernance en santé se présente ainsi comme un habillage discursif à conjugaisons multiples pérennisant un modèle reconfiguré, certes, mais qui tient bon, sous la haute surveillance de l'État, dans la continuité de la rupture opérée par la Réforme « Juppé ».

Or, nous l'avons montré, la légitimité de l'État est mal assurée, d'autre part, le centralisme qui caractérise la réforme entre en contradiction avec un modernisme déclaratif, étanche tant au pluralisme politique qu'à une posture réflexive de l'Etat.

Les notions de biopolitique et de gouvernementalité pensées par Michel Foucault, dans le cadre de son étude sur le libéralisme, telle que rapportée par Frédéric Gros et ses co-auteurs⁵⁶³ éclaire ce phénomène. Si l'on considère la biopolitique comme la prise en compte par les gouvernements, non plus d'un peuple, mais d'une population, c'est-à-dire donc, assortie d'un « bloc de naturalité », et que l'on considère la gouvernementalité comme l'« art de conduire la conduite des autres », ces notions sont adéquates pour analyser les paradoxes de la politique de santé que nous venons de mettre en lumière.

⁵⁶³ Gros F. et al. « Introduction », op. cit.

Dans un tel cadre, se pose non seulement la question du « trop gouverner », mais aussi même celle plus fondamentale de « pourquoi donc faudrait il même être gouverné ? ». Ce n'est dès lors plus « comme chez Hobbes l'État qui permet la société : c'est la société qui tolère l'État ». A l'aune d'une telle analyse, la prise de pouvoir par l'Etat issue des réformes de la crise en santé est problématique. Car, en effet, le gouvernement politique dans les régimes libéraux est ainsi amené à devoir « se régler, non plus sur un ordre de vérité transcendant, non plus sur une rationalité de maximisation de l'affirmation étatique, mais sur la rationalité des gouvernés eux-mêmes ».

Cet éclairage théorique offre une explication logique à l'importance accordée dans le dernier train de réforme, celui des années 2014, à la « démocratie sanitaire », à la participation de l'utilisateur, hypothèse que nous allons étudier dans la partie suivante.

Chapitre 2. La démocratie en santé et ses usages

Introduction

Alors que la distribution des cartes semble à l'avantage des acteurs étatiques, au détriment des acteurs libéraux, économiques et médicaux, le citoyen entre dans le jeu de pouvoir autour de la santé. Si territorialisation de la santé et réhabilitation de la santé publique s'avèrent participer, non pas d'une refondation du système mais d'une refondation des modes d'action de l'État, la figure du citoyen malade ne s'amalgame pas sans problème à celle de l'utilisateur. Alors que l'acteur « santé publique » revient sur un mode ancien d'auxiliaire normatif de l'État et que la territorialisation est instrumentalisée, le citoyen comme auxiliaire d'une modernisation participative de l'action publique ne va pas de soi.

Nous nous attelons ici à poursuivre notre analyse, envisageant donc l'État comme un des acteurs en concurrence pour le pouvoir, ici dans sa relation avec un autre acteur du système, hier, partenaire social, aujourd'hui citoyen/malade. Nous nous appuyerons sur une mise en perspective de la littérature des travaux de politistes sur la réforme en santé à l'appui des connaissances issues des travaux d'historiens, mais aussi des principaux travaux d'épidémiologie sociale. Enfin, nous discutons les matériaux ainsi analysés en éclairant notre réflexion des théories de référence de la philosophie politique.

A travers l'analyse des discours de la démocratie sanitaire, celui des associations de malades-usagers, de l'État et de la haute administration sanitaire ainsi qu'à l'aide d'une synthèse de la littérature des travaux de politistes mais aussi d'historiens, dans un aller et retour entre observation empirique, analyse politiste et discussion philosophique, l'objet de ce chapitre est d'étudier, au-delà des évidences, le lien entre le citoyen, l'État et la santé.

Le thème étudié, la démocratie sanitaire, hier émergent et aujourd'hui omniprésent, fait l'objet d'usages tout autant divers que paradoxaux. Les mots de la démocratie sanitaire ont envahi les discours avec une plasticité remarquable.

Ce que l'on entend par démocratie sanitaire recouvre, dans la littérature grise, un ensemble disparate dans le temps : depuis la loi dite Kouchner, tirant ses origines de la lutte des malades pour leurs droits et ce, dans un contexte de vague médiatique autour de grands scandales sanitaires, jusqu'à aujourd'hui. Les procédures et instances de la « démocratie sanitaires » instituées par cette loi semblent aujourd'hui procéder d'autres principes.

La démocratie sanitaire sert l'impératif de participation exigée par la nouvelle gouvernance en santé. L'utilisateur s'y trouve enrôlé dans la gestion responsable et raisonnée du système. Ainsi la démocratie sanitaire, telle qu'elle est déclinée institutionnellement, semble être dénuée de toute « vertu démocratique ». Cependant, comment concevoir l'idée même d'une démocratie en santé ?

Nous avons montré dans notre première partie que le système de santé se présente comme le théâtre d'un jeu d'acteurs à pluralités d'intérêts plus ou moins convergents, en soi contradictoire avec une approche rationnelle d'un système de santé qui serait gouverné par une fin. Cette réalité est peu compatible avec notre modèle républicain adepte de l'intérêt général et répugnant aux arbitrages entre intérêts particuliers. Elle pose la question du bien commun qui justifierait et fonderait une politique publique et légitimerait l'État en tant que garant et ordonnateur. Or, voulant sauver le système de soins, l'État, déficient depuis des décennies en matière de santé publique, demeure aujourd'hui en difficulté pour mettre en place une véritable politique de santé publique protectrice démocratiquement débattue.

Si, comme le proposent Patrick Hassenteufel et William Genieys ⁵⁶⁴, l'institutionnalisation d'une certaine élite explique la continuité des réformes et de leurs orientations. La domination de cette élite en santé dans un jeu d'acteurs fait d'autres prétendants au pouvoir reste à expliquer même si cette position est légitimée par la rhétorique de la réforme dont nous avons montré les insuffisances et incohérences. Questionnant cette légitimité, Daniel Benamouzig, cité par Henri Bergeron, souligne le fait qu'on assiste en France :

⁵⁶⁴ Genieys, W., Hassenteufel, P., « Entre les politiques publiques et la politique : l'émergence d'une « élite du Welfare » ? », op.cit.

« A un renforcement des pouvoirs de contrôle de l'État, mais la perte d'autonomie des producteurs de soins est moins claire que dans les autres pays, en particulier parce qu'en France, les médecins ont été capables de mieux résister aux velléités d'évaluation et de contrôles que l'État voulait leur imposer ». ⁵⁶⁵

Lutte pour la reconnaissance des victimes de l'amiante, lanceurs d'alerte, la société civile est aujourd'hui mobilisée au-delà de la protection du système de santé, objet des seules décisions politiques, pour la protection de l'homme moderne, victime des fléaux modernes. L'arrivée dans la sphère publique de ce nouvel acteur est une donnée de nature à bouleverser les équilibres de pouvoir autour du système de santé. *A contrario*, la démocratie sanitaire est une opportunité pour l'État et son administration de capter un allier précieux considéré comme « prisonnier » du colloque singulier, contre l'élite dominante de la santé, les médecins.

Ainsi la démocratie sanitaire reposerait sur un malentendu entre l'État et le citoyen. L'État y voit la façon de jouer le jeu du pluralisme et d'infléchir ses pratiques d'une composante participative dans un contexte d'évolution des politiques publiques face à la complexité de la société moderne mais aussi de s'allier le « malade ».

La formidable expansion du secteur de la « santé » en France s'est réalisée grâce à l'avènement d'une protection sociale à vocation universelle sur des principes de justice sociale distributive égalitaire. Dans ce cadre, le mouvement en faveur des droits des malades peut s'interpréter dans le droit fil de la figure du citoyen-« consommateur de biens et de services de soins », comme défense de son droit de tirage au titre de la solidarité dans le registre classique de la justice distributive.

A contrario, ainsi que le suggèrent Evans et ses co-auteurs à travers le titre de leur ouvrage *Etre ou ne pas être en bonne santé* ⁵⁶⁶, la santé se pense aujourd'hui dans le registre de l'être et non pas de l'avoir. De plus, le droit à la santé affirmé en 45, est une affirmation des droits de l'homme et du citoyen, en tant que droit à la protection et à la dignité de la personne.

⁵⁶⁵ Bergeron H., Castel P. *Sociologie politique de la santé*, op.cit., p.67.

⁵⁶⁶ Evans R.G. Barer M.I. Marmor T.R. *Etre ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la santé*, op.cit.

La lecture du livre blanc édité par le CISS⁵⁶⁷ dont notamment sa préface : « Santé, changer de logiciel ; pour une refondation de notre pacte social en santé », écrite par Christian Saout président, et de la poste-face : « pour la création d'une commission de débat en santé public »⁵⁶⁸, montrent que le mandataire du CISS, ne valide pas l'idée d'un pacte social en santé immuable, il en appelle même à sa réforme. De surcroît, il identifie le changement de "logiciel", formule que nous prendrons comme synonyme de la notion de référentiel, comme un passage obligé. Sa vision des enjeux démocratique est une vision globale non restreinte au cadre juridico- administratif de la « démocratie sanitaire ».

Dès lors, quelle nouvelle base à ce nouveau contrat en santé? Dans la post face de que nous évoquions précédemment, Christian Saout souligne que :

“ Notre pays souffre d'une incapacité à organiser dans la période moderne la discussion autour des enjeux de santé publique. Les arbitrages se font sous couvert de la science sans mettre en regard les conséquences individuelles ou collectives en santé publique (...). Nous savons conduire un débat contradictoire sur l'opportunité d'un tracé d'autoroute mais nous sommes incapables de faire le moindre effort pour préparer convenablement une décision de santé publique (...) il nous faut une instance nationale capable d'organiser le débat contradictoire en santé publique avec indépendance et sérénité, sur la base de commandes publiques ou d'alertes. L'exigence de santé publique rejoint ici l'exigence démocratique. Naturellement ».⁵⁶⁹

⁵⁶⁷ CISS, Collectif Inter associatif Sur la Santé regroupant 26 associations nationales de personnes malades et handicapées, de consommateurs et des associations familiales, aujourd'hui dénommée France Assos Santé, Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé, mission officiellement reconnue par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

⁵⁶⁸ Saout C. « Santé, changer de logiciel, pour une refondation de notre pacte social de santé », in : Collectif Interassociatif Sur la Santé, *Livre blanc du CISS*, 2008.

⁵⁶⁹ Ibid.

1/ Les ambiguïtés de la « démocratie sanitaire » :

Naissance d'un nouvel acteur : usages d'un nouveau concept

Un article paru dans le monde, consacré au CISS, rappelle les circonstances politiques de l'adoption de la loi dite « Kouchner » :

« C'est surtout la promesse faite par le premier ministre, Lionel Jospin, à l'issue des états généraux de la santé en juin 1999, de consacrer les droits des malades à travers une loi qui va réellement pousser le CISS à faire pression sur les politiques. Constatant que le projet de texte législatif se perd dans les méandres des arbitrages interministériels, le CISS publie, en 2001, un sondage qui montre que 83% des Français estiment « urgent » le vote d'une loi sur la modernisation du système de santé, notamment pour améliorer l'information et le consentement des patients. ».⁵⁷⁰

Les termes mêmes d'Alain-Michel Ceretti, alors représentant du CISS au conseil d'administration de la Caisse Nationale d'assurance maladie (CNAM), sont rapportés dans cet article⁵⁷¹ : « ce sondage a été notre première action politique ».

Le CISS, créé en juin 1996 à l'occasion de la réforme hospitalière, se définit lui-même comme : « les combats de la santé aux côtés des usagers »⁵⁷². Cette lutte a trouvé son point d'orgue avec la promulgation de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soin. Cette loi adopte à travers ses dispositions les principales revendications des associations de patients : la création de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), mais aussi le droit d'accès au dossier médical. Cette question-ci « a été une grosse bataille, on nous accusait d'être irresponsables », se souvient Nicolas Brun (président d'honneur du collectif) ». ⁵⁷³

La loi « Kouchner » est née de la conjonction entre l'effort poursuivi par l'État pour l'amélioration de la qualité des soins, et la pression des usagers pour conforter les droits fondamentaux (accès aux soins, qualité et sécurité, respect de la personne) ainsi que pour une meilleure prise en compte des attentes

⁵⁷⁰ Blanchard S., « Le CISS, voix des usagers », 6 décembre 2005, *Le monde*.

⁵⁷¹ Ibid.

⁵⁷² Slogan figurant sur la plaquette de présentation du CISS publiée sur le site de l'association

⁵⁷³ Ibid.

fondamentales de la personne malade (information, consentement aux soins, indemnisation des accidents médicaux). Elle mit par ailleurs en place le cadre juridique des instances dites de « démocratie sanitaire », instituant la participation des usagers à travers leurs représentants dans les établissements et organismes du soin. Ici commence une certaine confusion.

De la « charte du malade hospitalisé » adoptée en 1974, à la loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades » consacrant le rôle des « représentants d'usagers », dans le champ lexical de la démocratie sanitaire, un glissement sémantique a substitué l'usager au malade.

Pierre Lascoumes a mené des observations empiriques au sujet de l'usager dans le système de santé, de son rôle et de sa fonction. Il résume bien le flou existant autour de la figure de l'usager : « Ni administré discipliné, ni client opérant des choix économiques rationnels, l'usager est une figure intermédiaire porteuse de nombreuses ambigüités »⁵⁷⁴. Autrefois patient, dans l'asymétrie d'un colloque singulier dominé par le savoir médical, tantôt malade, figure sociétale d'un homme affaibli, devenu usager exigeant, il est facile et habituel de confondre ce nouvel acteur du système avec un consommateur individuel de biens et de services de soins, égoïste, usant de son droit tirage sur une offre de soin solvabilisée grâce à la « solidarité ».

L'ambigüité manifeste, entre droits des malades et usager/acteur de démocratie sanitaire, fait écho à ce que Batifouiller nomme la « mutation du patient ». Dans un article co-rédigé avec Jean-Paul Domin et Maryse Gadreau, proposant une lecture comparée « de deux évolutions parallèles majeurs pour la politique de santé : l'autonomisation du patient et la régulation par la demande »,⁵⁷⁵ les auteurs mettent en évidence :

« Une première tendance de fond est de prendre en considération le patient comme acteur autonome. Dans les faits, l'émergence d'un patient actif s'est traduite par la structuration d'un droit des patients privilégiant le droit à l'information et la recherche du consentement éclairé. Simultanément la politique économique met l'accent sur la demande dans la régulation de la dépense de santé. Cette double évolution conduit à

⁵⁷⁴ Lascoumes P., « L'usager dans le système de santé : Réformateur social ou fiction utile », *Politiques et Management Public*, op. cit.

⁵⁷⁵ Batifoulier, P., Domin, J. P., Gadreau, M. « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. », *Revue française de socio-économie*, 2008, n°1, pp. 27 à 46.

l'émergence d'un consommateur de soins. Elle s'appuie sur la structuration d'un consommateur souverain informé ». ⁵⁷⁶

Dans cette perspective, la santé est alors considérée comme un bien premier certes, mais confondu avec la fourniture de biens et services de soins. Ce paradigme, que nous avons dénommé le paradigme de la santé/non-maladie constitue la base de la politique de santé. Celle-ci se trouve ainsi réduite à la gestion du système de santé français qui organise la rencontre entre offreurs et demandeurs de soin. Cette conception de la santé, consubstantielle de l'image de l'usager consommateur, ne résiste pas à un regard critique car elle paraît réductrice, inadéquate et caduque.

C'est ici, dans les confusions entre malade/citoyen et usager/consommateur, que s'affrontent deux visions de la santé, du système de santé et de la politique de santé. Il s'agit d'une part, de celle d'un système organisant la rencontre entre l'offre et la demande d'un bien supérieur certes mais marchand, la santé (confondue ici avec la fourniture de biens et services de soin) sur un principe de justice sociale basée sur un modèle distributif dépassé. D'autre part, il existe une politique de santé contestée par un citoyen exigeant de la reconnaissance du droit d'être auteur de sa vie, la santé en constituant une composante majeure et inaliénable.

La notion de démocratie sanitaire, telle qu'elle est instituée par l'État, implicitement inscrite dans un référentiel économiste, élude les aspects normatifs et politiques de la politique de santé.

Outre les ambiguïtés soulignées ci-dessus entre citoyen/malade et usager, on constate une confusion certaine entre les différents volets de cette démocratie sanitaire. La conquête de dignité des « malades », à travers la reconnaissance de leurs droits individuels, est un objet de revendication. L'indignation provoquée par les scandales sanitaires (maladie de Creutzfeldt-Jakob, amiante...), dans un contexte d'émergence de nouveaux « risques sanitaires » ⁵⁷⁷ hors contrôle médical, est un autre sujet.

⁵⁷⁶ Ibid.

⁵⁷⁷ Les nouveaux risques, soit de nature : environnemental, chimique et physique, psychosocial.

L'un se situe au sein du colloque singulier, l'autre met en débat la santé sur la place publique dans ce qu'elle recouvre de « dévoilement » collectif d'une forme d'imposture, celle de la présupposée toute-puissance curative médicale et par conséquent de la promesse de garantir la santé de tous et de chacun au fondement du système de santé. Cette dénonciation conduit potentiellement à une double remise en question fondamentale du système et des croyances et postulats qui le fondent.

C'est dans ce contexte confus que se décline le thème de la « crise de confiance », thème récurrent des discours de la démocratie sanitaire. Le malade, ni patient (passif et *compliant*) ni usager/consommateur, se revendiquant comme acteur, manifesterait une perte de confiance dans le système.

Celle-ci dépasse les critiques traditionnelles à l'encontre des médecins. Il est usuel en effet d'imputer aux médecins, leur déontologie et leur indépendance, les maux du système tant leur capacité de lobby serait un redoutable obstacle à toute régulation salvatrice. Ce point de vue mérite d'être interrogé. D'une part, les travaux d'Hassenteufel⁵⁷⁸ montrent que les relations des médecins avec l'État ne sont pas un long fleuve tranquille. Dans une autre perspective, les travaux visant à expliquer la « naissance et diversité des systèmes de santé », menés par Henri Bergeron invalident ce lieu commun, ainsi l'auteur constate que :

« La profession médicale, comme groupe d'intérêt (organisé) est certes un acteur non négligeable des (lents) processus de formation des systèmes de santé mais elle ne se révèle pas, ni aussi centrale, ni aussi toute-puissante que ce que les sociologues des professions ont eu tendance à considérer (...).»⁵⁷⁹

Au sujet de la relation patient et médecin, revenons sur la réflexion menée par Pierre Lascoumes au sujet de l'usager dans le système de santé.⁵⁸⁰ Celui-ci démonte la fiction d'un patient qui serait devenu en dix ans : « un client exigeant, sûr et désinformé, contestataire, procédurier » et interroge la fausse évidence sous-jacente au client-centrisme ainsi : « la reconnaissance de droits à un ancien dominé ne peut-elle déboucher que sur une nouvelle tyrannie ? ».

⁵⁷⁸ Hassenteufel P., *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*, op.cit.

⁵⁷⁹ Bergeron H., Castel P., *Sociologie politique de la santé*, op.cit., p54.

⁵⁸⁰ Lascoumes P., « L'usager dans le système de santé : Réformateur social ou fiction utile », op.cit. .

Parmi les points forts résultant de la mobilisation des patients, il observe le passage du « prescriptif au coopératif » :

« La période qui est amorcée depuis le milieu des années 1980 essaye d'introduire une plus grande symétrie du savoir du pouvoir dans un modèle coopératif entre professionnel et usager. Ce rééquilibrage passe par la reconnaissance du patient comme sujet et de l'usager comme interlocuteur ». ⁵⁸¹

Or, telle qu'il la décrit, cette reconnaissance et cette montée en pouvoir ne sont pas dirigées contre le savoir médical. Ce modèle repose en effet souligne-t-il sur la reconnaissance :

« De deux compétences, différentes certes, mais chacune ayant une légitimité particulière. Le savoir médical général et abstrait doit entrer en dialogue avec le savoir sur soi, individuel et incarné de la personne concernée. »⁵⁸²

La profession médicale est favorable à l'institutionnalisation publique de la parole des malades en cohérence avec les analyses rapportées ci-dessus. Un article du quotidien du médecin cite ainsi le Dr Dino Cabrera, président de l'Union nationale des professions de santé (UNPS) : « il est cohérent que les associations de patients s'institutionnalisent car cela permettra des discussions plus fructueuses et sans doute moins conflictuelles ». ⁵⁸³ Ainsi conclut l'auteur de cet article : « Reconnu par les acteurs de la santé, le CISS entend désormais agir davantage sur le système. C'est pourquoi il ne ratera pas le coche électoral de 2007. »

Ce serait une erreur que d'amalgamer défiance envers les médecins et crise de confiance dans le système de santé, de même que toute puissance d'un système curatif avec toute puissance médicale. Le mouvement des droits des malades, critique à l'égard des réformes, n'est cependant pas nécessairement un mouvement antagoniste par principe des professions médicales dans la réforme. Colloque singulier et droits individuels d'une part, et politique publique et droits collectifs de l'autre, sont deux facettes de la démocratie sanitaire qu'il convient de distinguer.

⁵⁸¹ Ibid.

⁵⁸² Ibid.

⁵⁸³ Bourguignon A., « Les patients ont pris de la bouteille », *Le quotidien du médecin*, 9 novembre 2011.

Entre État et médecins, d'entre ces deux acteurs emblématiques du système, le citoyen-malade n'est ni d'un bord, ni de l'autre, comme le résume ainsi Christian Saout, ancien président du CISS, dans un de ses multiples articles :

« La très grande difficulté des pouvoirs publics à financer un mouvement des usagers à la hauteur des espoirs suscités par les états généraux de la santé laisse le secteur en panne de militants formés à la transformation sociale par la participation aux décisions qui les concernent (...) Comme si la vision tutélaire de la médecine des mandarins avait pour pendant naturel l'administration bonapartiste de la question sanitaire. »⁵⁸⁴

Mais précise, Christian Saout, dans son article au sujet de la perte de confiance dans le système de santé, cette dernière n'est pas mobilisatrice en soi :

« Une perte de confiance en vaut d'autres : elles semblent pour l'instant jouer à somme nulle. Car il n'y a pas de fait déclenchant pour une colère susceptible de générer des transformations sur la base d'une mobilisation de l'opinion (...). Au fond la crise de confiance semble se traduire par un état de défiance improductif sur les importants ajustements que nous sommes nombreux à considérer comme nécessaires ». ⁵⁸⁵

Dans ce contexte, Daniel Defert, créateur de l'association Aides, cité par Lascoumes, considère le citoyen malade comme un réformateur potentiel. Pour ce dernier l'objectif est de :

« Faire de la personne malade un réformateur social, c'est-à-dire capable d'interroger et de faire évoluer non seulement les pratiques médicales, mais plus largement les mentalités et les rapports sociaux par la confrontation à une expérience structurée de la souffrance et de la mort. »
⁵⁸⁶

Ainsi, le terme de démocratie sanitaire serait aujourd'hui dans état certain de confusion recouvrant des enjeux normatifs éludés. Ce nouveau terme de la rhétorique de la réforme serait le dernier né de la « novlangue », ou est-il advenu quelque chose de nouveau avec la démocratie sanitaire qui soit de l'ordre de la démocratie ?

⁵⁸⁴ Saout C., « La crise de confiance dans le système de santé », *Les Tribunes de La Santé*, 2009, n°1, p.119 à 132.

⁵⁸⁵ Ibid.

⁵⁸⁶ Lascoumes P., « L'usager dans le système de santé : Réformateur social ou fiction utile », op.cit.

Du citoyen à l'usager : la démocratie encadrée

Les auteurs sont assez unanimes pour considérer que, dans le domaine de la gouvernance de la santé, le pouvoir de la population n'est pas sorti grand des réformes de ces dernières années et ce malgré la montée en charge du thème de la gouvernance. Alors que le citoyen se trouvait indirectement assuré à travers la représentation par les syndicats dans le paritarisme des caisses d'assurance maladie, ce pouvoir de décision s'est éteint avec la réforme Juppé.

Mais il faut préciser que l'étatisation en santé, ainsi que le démontrent Patrick Hassenteufel et Bruno Palier à l'issue de leurs travaux sur la « gouvernance » de l'assurance maladie, est une technocratisation de la santé⁵⁸⁷. Cette prise de pouvoir a en effet profité à la haute technocratie centrale qu'il faut distinguer ici du pouvoir politique dont elle se serait affranchie.

Le terme de gouvernance est théoriquement porteur d'un rééquilibrage, ainsi exprimé en synthèse par nos auteurs de la gouvernance de l'assurance maladie puisqu' :

« (Il) suggère fortement le changement ; il peut aussi être opposé à gouvernement et renvoyer ainsi au recul de l'État et au rôle accru de la société civile. Ainsi, gouvernance peut à la fois signifier capacité réformatrice du politique, transformation managériale de l'État, démocratisation de celui-ci. »⁵⁸⁸

L'ancienne figure du syndicaliste étant caduque, celle du malade-usager a-t-elle déplacé le lieu du partage du pouvoir décisionnel en santé du paritarisme des caisses aux instances « participatives » grâce à la démocratie sanitaire ? Gwénaëlle Maudet a étudié minutieusement la figure de cet acteur nouvellement promu à l'aune de cette ambition.⁵⁸⁹

L'auteure de « La « démocratie sanitaire » : penser et construire l'usager » met en évidence toutes les ambiguïtés de ce dispositif au point qu'on puisse douter, souligne-t-elle : « que cette volonté de démocratisation du champ

⁵⁸⁷ Hassenteufel P., Palier B., « Les trompe-l'œil de la « gouvernance » de l'assurance maladie », *Revue française d'administration publique*, op.cit.

⁵⁸⁸ Ibid.

⁵⁸⁹ Maudet G., « La « démocratie sanitaire » : penser et construire l'usager », *Lien Social et Politiques*, 2002, n° 48, pp. 95 à 102.

sanitaire laisse subsister des doutes quant à sa motivation réelle- valeur éthique ou nécessité fonctionnelle ». En effet, G. Maudet observe que :

« L'introduction quasi systématique de représentants d'usagers au sein des instances de décision n'en est pas moins toujours soupçonnée de demeurer un « gadget bureaucratique », une manière de légitimer à bon compte une autorité en crise (...) L'impact de ces instances de consultation sur la décision publique paraît ainsi avoir été des plus relatifs ». ⁵⁹⁰

Ces constats négatifs la conduisent à citer Papadopoulos :

« Ce que beaucoup perçoivent comme un changement de paradigme de l'action publique dans un sens moins hiérarchique ne fait pas partie d'un quelconque programme de démocratisation du fonctionnement des institutions ». ⁵⁹¹

L'enjeu est en effet, pour que la parole du citoyen malade puisse exister en tant que parole collective, souligne-t-elle : « que l'introduction de représentants d'usagers au sein d'instance de décision leur laisse l'opportunité d'imposer leurs propres catégories de pensée ». Ces conditions sont absentes des instances sanitaires, l'auteure constate en effet que :

« Les conditions pour l'émergence d'un tel contrepouvoir semblent pour l'instant loin d'être réunies. Si l'administration se manifeste en faveur d'un rééquilibrage de la relation patient-médecin, elle se montre par contre encore rétive quand il s'agit de prendre en compte les catégories de pensée des représentants d'usagers dans la définition des politiques de santé ». ⁵⁹²

Les observations de Gwénaëlle Maudet convergent avec les déclarations du CISS. Christian Saout explique ainsi, dans le cadre de son propos sur la crise de confiance dans le système de santé, comment instances s'avèrent inutiles :

« Les représentants des usagers restent très éloignés de la gouvernance générale du système et des principaux leviers d'action. C'est ainsi que, participant au conseil de la Cnamts, aucun d'entre eux n'a été élu à l'Uncam, qui est depuis la réforme de 2004 le lieu de décision en matière d'assurance maladie. Aucun d'entre eux non plus n'a été désigné pour être membre du collège de la Haute Autorité de santé. Même si l'on peut se satisfaire que l'un d'entre eux ait accédé à la présidence de la Conférence

⁵⁹⁰ Ibid.

⁵⁹¹ Ibid.

⁵⁹² Ibid.

nationale de santé, c'est probablement parce qu'il n'y réside aucun pouvoir ». ⁵⁹³

Plus haut dans ce texte au sujet de la décision en santé publique, il dénonce le fait que :

« Le procès est devenu le mode de contestation à posteriori, une fois le que le malheur a accompli son œuvre, de la décision en santé publique () Au-delà des procès eux-mêmes, ce que signe cette activité procédurale c'est que, pour savoir la vérité, il faut aller en justice... ». ⁵⁹⁴

Pour mener son analyse de la démocratie sanitaire, Gwénaëlle Maudet s'appuie ensuite sur les deux scènes telles qu'elles ont pu être théorisées par Jobert et Muller, ainsi rappelées : « l'arène où se forgent les compromis institutionnels et d'autre part les « forums » où se produisent les controverses sur le sens des politiques (Jobert et Muller 1987) » et note que : « c'est ce second modèle qui est aujourd'hui privilégié, participant davantage du partenariat avec les acteurs que de procédures de démocratie participative ». ⁵⁹⁵

Ainsi, le dispositif de la démocratie sanitaire serait biaisé, l'État, étant maître du jeu ainsi que le souligne Gwénaëlle Maudet : « la création d'un agrément des associations par la loi du 4 mars 2003 manifesterait une volonté de l'autorité publique d'encadrer la « parole d'expérience » en choisissant ses propres interlocuteurs ». L'auteure note de surcroît que « si la participation est monopolisée par les associations et au sein d'entre elles par les organisations les plus structurées ou les plus influentes, on perçoit mal de quelle façon une telle évolution constituerait un processus de démocratisation ». ⁵⁹⁶

Au cœur de la démocratie sanitaire, la question de l'information éclaire les ambiguïtés que nous avons mises en évidence. La classique asymétrie d'information décrite entre le patient et le médecin fut bien au cœur des revendications intégrées aux dispositions de la loi de 2002. On se souvient notamment de ce que fut l'enjeu du dossier médical. Mais il est une autre asymétrie, moins décrite, celle de l'information sur le système lui-même, asymétrie non plus entre le patient et le médecin mais entre l'utilisateur et

⁵⁹³ Saout C., « La crise de confiance dans le système de santé », op. cit.

⁵⁹⁴ Ibid.

⁵⁹⁵ Maudet G., « La « démocratie sanitaire »: penser et construire l'utilisateur », op. cit.

⁵⁹⁶ Ibid.

l'administration. Or, ce cheval de bataille du CISS prit le relais du précédent et ce, dans la confrontation avec l'administration sanitaire.

L'initiative est venue des malades puis elle a été ensuite « captée » par l'administration, captation conflictuelle. Ainsi, dans la préface du guide édité par le ministère de la santé, le Ministre rappelle cet historique :

« Il est cependant rapidement apparu que cette nouvelle place pour l'utilisateur ne pouvait véritablement prendre sens que si leurs représentants disposaient des informations et des connaissances nécessaires pour que cette fonction soit efficace, ou même effective. En réponse à cette préoccupation, des pionniers, parmi lesquels, notamment, le Comité inter associatif sur la santé (CISS) et la Fédération hospitalière de France (FHF), ont entrepris il y a déjà plusieurs années de se pencher sur la question essentielle de la formation des représentants des usagers en organisant des stages et/ou en publiant des documents à leur intention. En liaison avec ces précurseurs, afin d'agir de façon complémentaire au regard de leurs initiatives, la Direction Générale du Ministère de la Santé et de la Protection sociale, a confié à la Société française de santé publique la réalisation d'un guide pratique. Ce guide est destiné à aider les représentants d'utilisateur (...) à se préparer à exercer leur fonction avec autant d'efficacité que possible ». ⁵⁹⁷

On constate, avec l'introduction de cet objectif d'efficacité, un glissement vers le registre de la rationalisation de l'action publique. Le malentendu ira croissant, comme l'illustre cet épisode d'avril 2007 où le CISS se mit « en congé de la démocratie sanitaire », formule utilisée pour titrer le communiqué de presse du 19 avril 2007 paru sur son site.

L'objet du litige fut la ligne téléphonique mise en place par le CISS à l'intention des usagers du système de santé, nommée « santé info droits », créée et financée en 2006 dans le cadre d'une convention passée avec la Direction Générale de la santé (DGS). Cette ligne se trouvait alors privée de financement public et le communiqué du CISS dénonce le double langage des administrations centrales de l'État :

« Aujourd'hui la DGS décide de ne plus soutenir financièrement ce projet estimant que son financement relèverait désormais de l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (l'INPES). Or, cet établissement public refuse de consacrer des crédits à Santé info Droits () arguant de la volonté de « sortir d'une logique de juxtaposition des structures et des

⁵⁹⁷ Douste-Blazy, « préface », in Lothon-demerliac C., Pommier J., Rey B., Schwaller F., Genovese I., Fontaine A., *Un guide pour les représentants des usagers du système de santé*, 2004, Paris, Ministère de la santé et de la protection sociale, p.3.

lignes... » (...) C'est une action particulièrement utile pour la défense concrète et quotidienne des droits des malades, qui se heurte soudainement à une fin de non-recevoir des pouvoirs publics pourtant si prompts à afficher la démocratie sanitaire quand elle sert leur image. Inadmissible ! La ligne Santé info Droits, soutenue par 24 réseaux associatifs nationaux membres du CISS, rencontre un succès incontesté ... C'est pourquoi, le CISS est contraint de ne plus jouer le jeu de la démocratie sanitaire et déclare forfait pour toutes les réunions dans les instances de santé publique auxquelles il participe au titre de la démocratie sanitaire.»⁵⁹⁸

De fait, il y a un malentendu entre l'État et le « malade » à propos de ce qu'il est convenu d'appeler la démocratie sanitaire, laquelle est confondue avec les instances consécutives de l'adoption de la loi Kouchner et de l'établissement des droits collectifs qui en découlent. Pour Frédéric Pierru⁵⁹⁹, l'État s'accommode mieux des représentants des usagers qu'il ne s'accommodait du paritarisme et de la représentation syndicale. Pour le CISS, le malade se revendique comme un citoyen qui compte être un décideur respecté et bien informé en santé et cela envers le pouvoir médical comme envers le pouvoir administratif.

Certes dans le discours politique, le malade est présenté comme un acteur en devenir, mais il est considéré comme un usager avant tout, de surcroît, responsable et raisonné. Ainsi le Ministre de la santé en 2004 qu'était alors Philippe Douste-Blazy s'exprime en ses termes, dans la préface du guide pour les représentants des usagers du système de santé qu'il signe :

« De plus en plus nombreux sont aujourd'hui les usagers du système de santé qui, à titre individuel et/ou à travers le mouvement associatif, souhaitent en être des acteurs à part entière et être considérés comme tels. Ainsi se précise le profil d'un usager informé et actif, soucieux de contribuer à l'amélioration du système, pour lui-même et pour les autres, mais conscient, aussi, de l'impossibilité d'augmenter à l'infini les dépenses consacrées à la santé. Un usager qui, par l'intermédiaire de ses représentants souhaite être associé aux arbitrages et aux choix que cette situation impose ». ⁶⁰⁰

Le glissement est flagrant entre reconnaissance d'un acteur à part entière et enrôlement de ce dernier dans la lutte menée par les gouvernements contre les

⁵⁹⁸ CISS Communiqué de presse du 19 avril 2007, « le CISS en congé de la démocratie sanitaire ».

⁵⁹⁹ Pierru, F. *Hippocrate malade de ses réformes*, op.cit.

⁶⁰⁰ Lothon-demerliac C., Pommier J., Rey B., Schwaller F., Genovese I., Fontaine A., *Un guide pour les représentants des usagers du système de santé*, op.cit.

déficits publics et pour une rationalisation du système de santé. Cette analyse entre en cohérence avec la figure décrite par Batifouiller⁶⁰¹, le consommateur de soin informé sur lequel s'appuie l'État dans les instances de ce que nous pouvons à présent considérer comme improprement nommées instances de démocratie sanitaire. Celles-ci ne visent pas un « patient-acteur-porteur de droit », dans ce mouvement où le citoyen devient auxiliaire co-gestionnaire de l'État et de son administration, la notion de droit des patients pourtant centrale de la lutte des malades est éludée, comme l'est l'idée d'une démocratie, par essence nécessairement conflictuelle. Sur ce point, la réforme de la période de 2014 s'inscrit dans une continuité avec celle de 2004. Nous avons précédemment cité Philippe Douste-Blazy, ministre en 2004, il en est de même de Marisol Touraine, ministre en 2014, bien que tous deux soient de bords politiques différents. Ainsi la lettre de mission signée par cette dernière à Claire Compagnon, auteure du rapport, *An II de la démocratie sanitaire*, est tout à fait explicite sur l'enrôlement de l'utilisateur dans le cadre de la démocratie sanitaire aux fins de gestion et d'optimisation du système de soins, en l'occurrence de l'hôpital :

« J'ai la conviction qu'une plus grande efficacité des établissements de santé passe également par une meilleure implication des usagers et c'est pourquoi je souhaite renforcer leur place dans la vie des établissements (...). Un service hospitalier moderne ne peut se concevoir sans que soient mises en place de nouvelles modalités de collaboration avec les usagers, pour adapter la politique d'accueil ou les dispositifs concernant la sécurité et la qualité des soins ». ⁶⁰²

Le hiatus entre le discours de la ministre et celui de la représentante des usagers est important et se manifeste dans la façon dont cette dernière envisage le rapport qu'elle a rédigé, rapport au titre ambitieux :

« La réflexion à l'œuvre tout au long de cette mission et qui guide aujourd'hui nos recommandations, a pour horizon une participation qui aille au-delà de l'information des usagers ou de la simple concertation, qui vise l'ensemble des territoires pour une politique de santé qui prenne en compte à la fois les enjeux de pouvoir, les inégalités et la conflictualité

⁶⁰¹ Batifoulier, P., Domin, J. P., Gadreau, M. « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. », op. cit.

⁶⁰² Les références du rapport de Claire Compagnon, *An II de la démocratie sanitaire*, dans lequel figure cette lettre de mission en introduction font partie de la bibliographie du corpus 214 (voir annexe correspondante).

dans le débat démocratique, dans une perspective de transformation sociale. »⁶⁰³

A ce stade, revenons sur les deux versants du cadre légal advenu à la suite du mouvement de la lutte des malades : l'un individuel, l'autre collectif. Importante cette clarification est opérée par Pierre Lascoumes dans l'article qu'il a publié : « l'usager dans le système de santé réformateur social ou fiction utile ». Le cadre de la loi du 4 mars 2002 explique-t-il :

« Article trois dimensions essentielles : le renforcement des droits individuels (information, consentement, accès direct aux informations médicales, non-discrimination etc.), celui des droits collectifs (agrément des associations, statut des représentants, création d'une instance de conciliation régionale, participation aux conférences régionales, etc. (...), et deux procédures, l'une de conciliation en cas de conflit, l'autre d'indemnisation des victimes d'aléas thérapeutiques ». ⁶⁰⁴

Pierre Lascoumes dresse un état des lieux contrasté de la démocratie sanitaire tiré de ses observations empiriques, celui d'une destinée divergente entre les trois dimensions de la loi du 4 mars. D'un côté, une progression et l'institution des droits individuels et de procédures au service des patients, d'un autre côté, la mise en évidence à travers les discours, de droits collectifs institués au sein d'une démocratie sanitaire de gestion, peu démocratique. Cependant, l'auteur constate des avancées en termes d'*empowerment* et de « mobilisation citoyenne des usagers » :

« Tout d'abord les associations d'usagers de la santé ont permis une autonomisation d'un point de vue et d'une parole d'usager dans un milieu professionnel qui était jusqu'au milieu des années quatre-vingt largement dominé par une culture paternaliste et des croyances scientistes » ; deuxième point : « les associations d'usagers de la santé ont manifesté leur capacité à élargir leurs points de vue particularistes et à effectuer des montées en généralité sur des problèmes globaux de politique de santé et de droits fondamentaux ». ⁶⁰⁵

Malgré ces avancées, le pouvoir des citoyens malades rencontre des limites sérieuses à travers leur représentation dans les instances de la démocratie sanitaire : « deux séries d'observation viennent cependant contrebalancer

⁶⁰³ Idem, p.15.

⁶⁰⁴ Lascoumes P., « L'usager dans le système de santé : Réformateur social ou fiction utile », *Politiques et Management Public*, op.cit.

⁶⁰⁵ Ibid.

immédiatement les deux précédentes. Elles montrent que la participation est réduite bien souvent aux formes limitées du niveau un, « managérial », ou deux, « modernisation ». L'auteur met en évidence notamment une « instrumentalisation » sous différentes formes, dont « la participation « managériale » est un faux-semblant, c'est-à-dire qu'elle est conçue selon une approche de « bon management » basée sur des principes d'efficacité et de modernité ». Aussi Pierre Lascoumes conclut :

« Les résistances institutionnelles qui incitent à l'instrumentalisation de la participation et le manque de vigilance des associations qui se satisfont d'une représentation relativement inorganisée, tous ces facteurs expliquent pourquoi la participation dépasse rarement le niveau deux d'une action de modernisation qui se satisfait d'activités formelles et de communication et ne se donne pas les moyens de construire une coopération apte à induire des changements substantiels. (...) D'un côté, la dissymétrie des positions entre professionnels de la santé et usagers a été réduite (...) Mais de l'autre côté, le poids récurrent des approches techniciennes déréalisantes et les contraintes budgétaires n'incitent guère les professionnels à s'engager dans des démarches coopératives approfondies. »⁶⁰⁶

En synthèse donc, les changements observables dans l'ère de la « démocratie sanitaire » semblent se situer dans la montée en capacité d'un citoyen à entrer sur la scène publique dans le débat sur les questions de santé. Ce changement est visible en termes de rééquilibrage au sein du colloque singulier mais si ce dernier met en jeu des rapports de pouvoir, il n'en est pas pour autant de nature « politique ». *A contrario*, le rapport de pouvoir entre le citoyen et les institutions, n'a pas connu ce rééquilibrage et cette coopération.

Les analyses de Jacques Rancière sont utiles pour éclairer ces avatars de la démocratie sanitaire. S'interrogeant dans son ouvrage sur les raisons ou motifs de l'apparente haine contemporaine de la démocratie, il s'applique à cerner ce que ce mot apparemment évident recouvre de sens. La formule qu'il emploie dans cet écrit critique : « La représentation est sans nul doute l'exact opposé de la démocratie »⁶⁰⁷ illustre comment, du citoyen au droit du malade, à travers l'utilisateur, la démocratie a disparu.

⁶⁰⁶ Ibid.

⁶⁰⁷ Rancière J., *La haine de la démocratie*, La fabrique éditions, 2005, p.60.

On ne peut cependant conclure que la démocratie sanitaire signe l'échec de la montée en démocratie en santé inaugurée par le mouvement de promotion des droits des malades. Il nous faudrait avant cela explorer le lien entre santé et démocratie.

C'est la question posée par Jean-François Brisson dans sa contribution à l'ouvrage collectif dédié à la question : « Démocratie sanitaire, mythe ou réalité ? », tirée des actes de la journée organisée par le Centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'État : « Conjuguer les termes « santé » et « démocratie » pour forger un même concept va-t-il vraiment du sens ? ». Première observation : « On peut se demander si il est bien raisonnable de transposer au secteur privé un concept forgé pour le fonctionnement d'institutions non seulement publiques, mais surtout politiques ». Deuxième observation : « il y a à distinguer mieux que l'on ne le fait entre le patient dans sa relation au médecin et l'utilisateur dans sa relation au système ? » Troisième observation :

«L'activité médicale -(...)- relève de la science, de l'expertise et de la technique. La médecine prétend (...) décider sans avoir à rendre des comptes, à la différence des institutions politiques qui relèvent de l'élection ». ⁶⁰⁸

Quelques repères s'imposent donc pour préciser ce terme en apparence évident mais pourtant difficile à cerner, la démocratie. Nous ne saurions explorer cette question sans sortir du cadre de notre discussion. Aussi, afin de puiser les éléments utiles pour éclairer le doute exprimé par J.F. Brisson, nous nous appuierons essentiellement sur l'ouvrage de référence écrit par Claude Lefort, *Essais sur le politique XIXe-XXe siècles*. ⁶⁰⁹

Le philosophe s'attèle à une exploration approfondie de cette question. Ce terme, la démocratie, n'est pas sans ambiguïté, et l'auteur nous rappelle l'alerte formulée par A. Tocqueville : « Je pense, écrit-il, que l'espèce d'oppression dont les peuples démocratiques sont menacés ne ressemblera à rien de ce qui l'a précédée dans le monde ». ⁶¹⁰ Tocqueville, écrit Claude Lefort : « se trouvait en mesure de concevoir l'assujettissement des individus à la toute-puissance de

⁶⁰⁸ Castaing, C. (dir.) *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité ?*, Les Etudes hospitalières, 2014.

⁶⁰⁹ Lefort C., *Essais sur le politique XIXe-XXe siècles*, Editions du Seuil, 1986.

⁶¹⁰ Ibid. p.37.

l'État et la perte des libertés sous le couvert de la liberté ». ⁶¹¹ Au-dessus des individus, ce dernier craignait l'avènement d'un :

« Pouvoir immense et tutélaire, qui se charge seul d'assurer leur jouissance et de veiller sur leur sort. Il est absolu, détaillé, régulier, prévoyant et doux (...); il aime que les citoyens se réjouissent pourvu qu'ils ne songent qu'à se réjouir. Il travaille volontiers à leur bonheur; mais il veut en être l'unique agent et le seul arbitre». ⁶¹²

Ainsi, l'étude de la démocratie sanitaire, telle que nous l'avons menée, semble confirmer la vision de Tocqueville d'un tel État tutélaire dont l'interventionnisme en santé a été justifié au motif d'une « crise financière ». Or, il est aujourd'hui admis de parler de crise des États-nations. Luc Boltanski soutient, quant à lui, que : « la crise actuelle est à la fois une crise du capitalisme et une crise de la forme d'État ». ⁶¹³, Sur ce deuxième point, il considère que :

« Préserver des institutions transformées et ouvertes ne signifie pas, en revanche, maintenir l'État-nation tel qu'il s'est mis en place au XIXe siècle, en tant que dépositaire d'une prétention à incarner le point de vue de la totalité, à recouvrir tout le champ de l'expérience, en intégrant hiérarchiquement les différentes institutions, et à clôturer l'espace des définitions possibles de la réalité ». ⁶¹⁴

Une inquiétude persiste en effet, ainsi que le souligne Claude Lefort :

« Le régime totalitaire nous instruit une fois encore. Celui-ci, remarquons-nous ne fait pas place au modèle de l'État-providence ; cela ne l'empêche pas de prendre mille mesures concernant l'emploi, la santé publique, l'éducation, (...). Mais ce ne sont pas à proprement parler des droits dont il se fait garant (...), ce ne sont jamais que des fournitures que reçoivent les individus, traités qu'ils se voient en dépendance et non en citoyens ». ⁶¹⁵

Enfin, le philosophe se réfère à la pensée d'Hannah Arendt qui conçoit, écrit-il :

« La politique à la faveur d'un retournement de l'image du totalitarisme, mouvement qui l'induit à chercher non le modèle (...) mais la référence de la politique dans certains moments privilégiés où se déchiffrent au mieux ses traits ». ⁶¹⁶

⁶¹¹ Ibid., p.39.

⁶¹² Ibid.

⁶¹³ Boltanski L., Fraser N., *Domination et émancipation pour un renouveau de la critique sociale*, op.cit., p.63.

⁶¹⁴ Ibid., p.52.

⁶¹⁵ Lefort C., *Essais sur le politique XIXe-XXe siècles*, op.cit., p.54.

⁶¹⁶ Ibid.

Tout d'abord la cité grecque, où pour celle-ci l'on voit surgir :

« Un espace, où, à distance de leurs affaires privées propres à l'enceinte de l'*oikos* –(...)– les hommes se reconnaissent comme égaux, discutent et décident en commun, l'existence même de cette espace est la condition d'apparition d'un monde commun, d'un monde qui n'est pas un, mais se donne comme le même, parce qu'il se trouve offert à la multiplicité des perspectives ». ⁶¹⁷

Or, « Dans l'Antiquité, au temps de la *polis*, la société n'existait pas (...); le trait distinctif, en revanche, de la modernité tient à l'avènement du social ». ⁶¹⁸ Bien que ce processus d'expansion du social et de dégradation de la politique ait été interrompu par les Révolutions américaines et françaises, ce ne fut que de courte durée, aussi, poursuit Claude Lefort :

« Si l'on jette un regard sur le développement des sociétés au XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, apparaît le rôle grandissant de l'État comme organe chargé de la gestion du social. Tandis que la politique perd toujours et davantage son statut propre, tandis que s'effondre l'espace public ». ⁶¹⁹

Transposant cette analyse au champ de la santé, le rôle grandissant de l'administration sanitaire signerait, *a contrario* de l'avènement d'une démocratie, une sorte de « autoritarisme » sanitaire. La démocratie sanitaire remplirait cette fonction à l'insu du citoyen malade : légitimer les choix de sa « douce tutelle ».

En synthèse, tandis qu'un rééquilibrage du pouvoir se serait finalement réalisé dans le « colloque singulier » ⁶²⁰ hors du champ politique, depuis l'avènement des « droits des malades », la démocratie sanitaire ne serait qu'une illusion de démocratie. Certes le référencement dans la matrice santé/maladie, l'instrumentalisation de l'usager aux besoins de la gestion technocratique du système et de l'alibi participatif, l'aliénation de la cause des malades aux besoins de la lutte contre la « puissance médicale », pourrait suffire à expliquer les raisons d'une démocratie tronquée, portion alibi et de légitimation d'une politique tutélaire.

⁶¹⁷ Ibid.

⁶¹⁸ Ibid., p.73.

⁶¹⁹ Ibid., p.74.

⁶²⁰ Le « Colloque singulier » est l'expression qui désigne en médecine la relation médecin-patient dans la pratique médicale tel qu'il est protégé par les règles de déontologie dont notamment par le secret médical.

Cependant, le résultat de nos analyses appelle une question. Ces constats doivent-ils s'interpréter comme le signe de l'impossible : Santé peut-elle rimer avec démocratie ? Nous désignons ici, à ce stade, par démocratie, la mise en débat public, l'existence de forums au sens de Muller⁶²¹, où se disputeraient démocratiquement les options et visions politiques de la santé. Et donc, pour le dire ainsi : la santé peut-elle être un objet politique ? Et donc, replacée dans le contexte français d'un régime républicain : peut-on définir un intérêt général en santé ?

⁶²¹ Muller P., *Les politiques publiques*, op.cit.

2/ Les liaisons dangereuses de la politique et de la santé

Notre discussion nous a conduit à penser que la démocratie sanitaire serait donc dépourvue de toute « vertu démocratique ». Cependant, peut-on concevoir donc l'idée même d'une démocratie en santé ? Ambitieuse et vaste question, aussi nous faut-il tout d'abord en épuiser deux autres qui en forment en quelque sorte le préalable. Quel crédit apporter à la thèse selon laquelle la santé serait le domaine d'une politique publique impossible et son corollaire, selon laquelle la santé ne serait pas une affaire politique ? Enfin, postulant que nous adoptons le modèle démocratique de la république qui est celui de la France, peut-on définir un bien commun en santé ?

Santé, l'impossible politique publique ?

L'objectif de ce chapitre à travers les paragraphes qui suivent sera de traiter successivement ces trois questions posées en fin de notre paragraphe précédent. Les unes et les autres ont en commun une suspicion de départ, la santé n'est-elle pas en effet une affaire privée ? En cela, elle ne saurait intéresser la politique. Deux auteurs aux nombreux travaux sur la santé et ses politiques ont traité spécifiquement du lien entre santé et politique, dans des perspectives totalement différentes.

La divergence de point de vue est au préalable de leurs analyses. Didier Tabuteau débute ainsi l'article qu'il dédie à cette question : « La santé est la grande absente du débat politique en France »⁶²², tandis qu'Henri Bergeron écrit d'emblée dans l'introduction à son ouvrage, *Sociologie politique de la santé* : « Les questions de santé s'avèrent (...) un objet particulièrement propice à l'étude de la question politique », en effet souligne-t-il :

« Les questions de santé s'invitent, chaque jour davantage, sur l'agenda public, qu'il s'agisse de scandales sanitaires (...) Elles manifestent ainsi une dimension proprement politique, qui a paru un temps s'effacer derrière le progrès médical ; l'allongement de la durée de vie (...) la technicisation des soins et la régulation des systèmes de santé. A ces

⁶²² Tabuteau D. « La santé en quête de politique », (1), 2007, pp. 29–44.

mouvements de politisation des questions de santé répondent réciproquement, les processus de sanitisation du social (Fassin, 1998b, 2000) ». ⁶²³

D'emblée, une différence explique ce point de vue différencié. Voici comment Henri Bergeron explicite sa démarche :

« Cet ouvrage, dans sa structure, ne reproduit pas ainsi la segmentation du marché académique sur les questions de santé (...). Nous ne traiterons pas pour eux-mêmes les parcours biographiques des patients ou des représentations sociales de la maladie, nous nous y intéressons dans la mesure où ils deviennent des mobiles, des principes, organisateurs, des cadres cognitifs et axiologiques de l'action collective ». ⁶²⁴

Le point de vue de Didier Tabuteau, exposé dans l'un de ses nombreux et divers articles : « la santé en quête de politique », se situe à l'opposé. Ainsi écrit-il dès cette première phrase de l'introduction : « Protéger sa santé est un réflexe vital. Chacun tente d'éviter la maladie ou l'accident et d'y faire face du mieux possible lorsqu'il y est confronté ». ⁶²⁵ Or Didier Tabuteau constate une forme de désaffection des gouvernements pour les questions de santé :

« En France du moins (...) L'action gouvernementale n'échappe pas plus à ce sentiment d'aversion, ou du moins de méfiance, du politique pour les problèmes de santé (...) La modestie depuis une vingtaine d'années des propositions des programmes politiques en ce domaine témoigne d'une constance aussi rare que révélatrice de la gêne ou du désintérêt des états-majors politiques pour ces enjeux ». ⁶²⁶

Cherchant l'origine du paradoxe entre cette apparente désaffection du politique pour la santé tandis que ce thème est placé par les français comme un sujet de préoccupation majeur, retraçant les étapes historiques de la construction des politiques de santé françaises, ce même auteur note que :

« En fait les questions de santé ne s'invitent réellement sur la scène politique nationale que lorsque des crises sanitaires surviennent. L'épidémie de choléra très meurtrière de 1849 provoque le vote de la loi sur les logements insalubres de 1850 qui pose les premières bases d'une politique moderne de santé publique ». ⁶²⁷

⁶²³ Bergeron H., Castel P., *Sociologie politique de la santé*, op.cit., p.1.

⁶²⁴ Ibid., p.5.

⁶²⁵ Tabuteau D. « La santé en quête de politique », op. cit.

⁶²⁶ Ibid.

⁶²⁷ Ibid.

Et pourtant, ces règles sanitaires firent débat entrant en conflit avec les droits du propriétaire à disposer librement de ses biens, conflit donc avec un principe sacré de la république française.⁶²⁸ L'hypothèse première faite par Didier Tabuteau pour expliquer l'absence de (toute relative donc) débat public en santé, est :

« D'invoquer le consentement du public, (dans les enquêtes d'opinion (sondage TNS Sofres)) les taux de satisfaction obtenus en France sont plus élevés que dans les quatre autres pays (Allemagne, Royaume-Uni, Suède, Italie) en ce qui concerne l'organisation des soins et la qualité des soins lors d'une consultation en cabinet médical. »⁶²⁹

Ceci en toute cohérence avec cet autre constat :

« Seules exceptions notables à cet apparent désintérêt des joutes politiques hexagonales pour les questions de santé, les mesures de maîtrise des dépenses qui, du Plan Seguin au plan Juppé, ont marqué certaines échéances électorales, notamment en 1988 et 1997, et bien sûr les chantiers présidentiels de 2002 en matière de lutte contre le cancer et de sécurité routière ». ⁶³⁰

Ce débat public, ici présenté comme une exception, est cependant suffisamment notable, aussi la qualification d'exception est-elle discutable. Rappelons que le cancer est devenu au début des années 2000 la première cause de mortalité française devant les maladies cardiovasculaires. Ce problème constitue une menace pouvant être considérée comme suffisamment inquiétante et grave pour préoccuper « légitimement » et collectivement nos concitoyens. De même que le débat provoqué par les crises sanitaires précédemment évoqué et présenté lui aussi comme une exception, ceux-ci sont pourtant significativement importants. Dans ce discours, un subtil mouvement implicite amalgame la santé avec le système de soin, la prise en charge des malades s'inscrivant tacitement dans le paradigme de la *santé/non-maladie*.

Enfin, le thème du « manque d'appétence du monde politique pour la santé », développé dans l'article publié par Didier Tabuteau,⁶³¹ que nous discutons dans ce paragraphe précédent, est aussi présent dans son ouvrage, *Démocratie sanitaire les nouveaux défis de la politique de santé*. Malgré l'important arsenal

⁶²⁸ Voir sur ce point, Didier Fassin, *Faire de la santé publique*, op.cit.

⁶²⁹ Tabuteau D. « La santé en quête de politique », op. cit.

⁶³⁰ Ibid.

⁶³¹ Ibid.

législatif déployé en santé notamment depuis les années 1980, l'auteur déplore : « que ces interventions sont largement déterminées par les événements ». ⁶³² Cela semble cependant inévitable, considérant l'amalgame entre santé et non/maladie présent aussi dans cet ouvrage, puisque la maladie elle-même est un événement. En ancrant sa démonstration dans le paradigme de la santé/non-maladie, l'auteur prolix sur la politique de santé en France en impose les éléments de base, présents sans être énoncés tels des évidences. Ainsi, se fabrique le problème exposé pour justifier la recherche de solutions, tandis que ces solutions seraient nécessaires pour répondre à d'autres préoccupations, énoncées certes, mais, non pas en tant que problème, en tant que variables explicatives, du dit problème.

A la recherche de la politique en santé, Didier Tabuteau, dans l'article qu'il a consacré à cette question, poursuit sa démonstration avec ce deuxième constat :

« L'élaboration d'une politique de santé est, depuis la fin des années 1980, à l'ordre du jour. Plusieurs gouvernements s'y sont essayés [mais] en dépit de ces velléités, force est de constater que la politique de santé reste rebelle aux tentatives de synthèse. Les gouvernements peinent à donner cohérence et visibilité à leur action dans ce domaine ». ⁶³³

La première raison avancée par l'auteur pour expliquer cette difficulté à définir une politique de santé réside dans la multiplicité des objectifs de « toute politique de santé » :

« La liste des priorités de la politique de santé est nécessairement longue et diversifiée. Or, derrière chacun de ses objectifs se joue la qualité de prise en charge de centaines de milliers ou de dizaines de milliers de personnes ». ⁶³⁴

Le référencement au paradigme de la santé/non-maladie est à nouveau manifeste, la multiplicité des objectifs à poursuivre, pointée par l'auteur, ayant pour référence des malades à soigner et des maladies à éradiquer.

La posture et le discours de l'auteur concordent ainsi clairement avec ce que Gilles Massardier écrit à propos du rôle du discours savant en matière de politique publique :

⁶³² Tabuteau D., *Démocratie sanitaire les nouveaux défis de la politique de santé*, 2013, Paris, Odile Jacob, p.38.

⁶³³ Tabuteau D. « La santé en quête de politique », op. cit..

⁶³⁴ Ibid.

« Il perpétue la croyance en la capacité volontariste, et légitime l'existence des institutions administratives et surtout leur domaine d'intervention. De même, il reconstruit une rationalité globale dans ses récits constructeurs de logiques dans les actions et les « objectifs » des politiques publiques alors que ces dernières ne sont qu'un fatras d'interactions stratégiques (...). Quels qu'ils soient, ces producteurs de savoir « appliqué » font (...) preuve d'une capacité à multiplier les positions dans divers espaces sociaux, politique, administratif et, bien sûr savant, chacune des ressources ainsi accumulées renforçant les autres. Cette multipositionnalité est concomitante du succès d'une stratégie de monopolisation, par un groupe de personnes doctes, du savoir « autorisé » dans la discipline. »⁶³⁵

En matière de santé publique, la fonction de vice-présidence de la société savante, la SFSP, un temps occupée par Didier Tabuteau, réalise ce lien étroit avec un domaine d'expertise externe caractéristique du phénomène de multiposition décrit par Gilles Massardier dans son ouvrage dédié à l'« l'État savant ».⁶³⁶ Aussi peut-on faire le parallèle entre la loi de santé publique votée en 2004, qui n'intervient, ni dans le cadre d'un problème débattu publiquement, ni du fait d'une mise à l'agenda liée à des revendications sectorielles, mais en réponse à une demande experte confidentielle ainsi que le décrit l'analyste de « l'État savant » dans le domaine de l'urbanisme :

« Les interactions entre les professionnels de la politique qui puisent des ressources dans le paradigme urbanistique (...) et les urbanistes et leurs alliés qui construisent le paradigme aboutissent à la revendication d'une loi d'aménagement et d'embellissement des villes, c'est-à-dire d'organisation planifiée des villes fondée sur la croyance en un savoir urbanistique partagé ».⁶³⁷

Cette stratégie a cependant ses limites car le rappelle cet auteur de « l'État savant » :

« Un savoir dit expert ne va pas de soi : il a éliminé d'autres paradigmes potentiellement fiables, d'autres représentations savantes du monde. La définition de l'expertise est mouvante car disputée, donc, instable ».⁶³⁸

⁶³⁵ Massardier G., *Expertise et aménagement du Territoire. L'État savant*, op.cit., p.12.

⁶³⁶ ⁶³⁶ L'exposé des titres de Didier Tabuteau (à ce moment) reflète de fait cette multiposition : Conseiller d'État, Responsable de la Chaire Santé à Sciences Po Paris, Professeur associé et codirecteur de l'Institut droit et santé à l'Université Paris-Descartes, Directeur Général de la Fondation Caisses d'épargne pour la solidarité.

⁶³⁷ Ibid., p.28.

⁶³⁸ Ibid., p.32.

Celle-ci présente aussi des risques, similaires à ceux que Gilles Massardier a pu mettre en évidence dans son étude de la DATAR entre autres, qu'il décrits ainsi :

« Dans le contexte de la prégnance du modèle technocratique c'est-à-dire de la domination des « strates » des grands corps de l'État dans l'espace social étatique différencié, les membres de ces corps formés par les grandes écoles perpétuent la « confusion bien française entre savoir scientifique et technicité de la gestion administrative ». ⁶³⁹

La santé « en quête de politique » est donc un texte qui sous-tend une conception des politiques publiques sur un mode expert/technocratique.

Il est frappant de constater à quel point une telle option est opposée au modèle de démocratie tel que l'a pensé John Dewey. Dans un article consacré à la question de la « formation des valeurs » selon Dewey, Michel Renault précise la notion de « valuation » distincte de celle d'« évaluation », cette distinction nous intéresse tout particulièrement dans le cas de la loi de santé publique que nous étudions puisque celle-ci a pour caractéristique de prévoir une évaluation quinquennale dans son dispositif. Or, c'est une toute autre « évaluation » que conçoit Dewey :

« La phase évaluative implique une médiation puisqu'elle se réfère à une activité réflexive reliée à une situation problématique dans laquelle sont impliqués d'autres protagonistes. Le jugement de valeur va donc au-delà du biologique ou de l'organique pour entrer dans le social et le culturel... » ⁶⁴⁰

En effet, Michel Renault insiste sur le fait que pour le pragmatisme, Dewey en particulier, ce qui compte ce sont les faits, les problèmes à résoudre collectivement, ce que ce processus requière en termes de débat, de dialogue. De tels éléments sont absents de la façon dont les objectifs de santé publique consacrés par la loi d'Août 2004, dont fait état Didier Tabuteau, ont été définis. Scientifique, experte, les caractéristiques de l'élaboration de cette loi sont à l'antipode des principes promus par Dewey et rappelés par Michel Renault :

« Une méthode pour résoudre des problèmes concrets qui mettent en jeu ce à quoi nous tenons collectivement dans le cadre de situations

⁶³⁹ Ibid., p.77.

⁶⁴⁰ Renault M., « Dire ce à quoi nous tenons et en prendre soin. John Dewey, *La formation des valeurs*, Paris, La Découverte, coll. « Les empêcheurs de penser en rond », 2011, 238p. », *Revue Française de Socio-Economie*, 2012/1 (n°9), pp.247-253.

problématiques qui émergent dans un monde en perpétuelle reconstruction ». ⁶⁴¹

Ainsi, c'est en dehors d'un processus réellement démocratique (au sens de Dewey) qu'ont été élaborés les 100 objectifs de santé publique.

Pour aller plus avant dans cette discussion, revenons au cadre d'analyse issu de la réflexion menée par Michel Foucault sur le libéralisme que nous avons introduite en tout début de ce travail. On se souvient de la question soulevée par ce dernier, celle du « trop gouverner », celle-ci renvoie non pas à un « abus insupportable de pouvoir » mais à « l'inefficacité de certaines intervention, leur caractère inadéquat, contre-productif. Il oblige par là à déplacer le lieu de légitimation qui désormais doit se mesurer à l'utilité générée, en termes de croissance, de prospérité » ⁶⁴². La loi de santé publique adoptée en Août 2004 ne visait rien de cela, aussi, de ce point de vue n'est-il pas étonnant qu'elle n'ait suscité aucune attention de la part du public.

Enfin, quittant la perspective de la philosophie politique, d'autres explications que celles avancées par Didier Tabuteau, permettent de rendre compte de la multiplicité des objectifs de santé publique, du point de vue cette fois-ci de la sociologie des acteurs. Du point de vue de syndicats de médecins généralistes, l'abondance des objectifs de la loi de santé publique n'est simplement que la traduction de la puissance de lobby et de l'abondance des spécialités médicales, qui chacune réclamait le(s) sien(s). Avec plus de 55 spécialités aujourd'hui, à raison d'un à trois objectifs chacune selon son importance et son degré d'influence, il est en effet facile de compter au total cent objectifs, ce qui est sans rapport avec le nombre de maladies à éradiquer.

Revenons à présent à la difficulté de définir une politique de santé. La deuxième explication avancée par Didier Tabuteau réside dans le profil budgétaire particulier de la santé : « les dépenses de santé comme d'assurance maladie ne sont pas déterminées de façon univoque par les règles régissant les prestations ».

⁶⁴³ La santé ferait donc exception au sein des autres politiques publiques :

⁶⁴¹ Ibid.

⁶⁴² Gros F. et al. « Introduction », op.cit.

⁶⁴³ Tabuteau D. « La santé en quête de politique », op. cit., p.26.

« En matière d'éducation, de logement, de défense, mais également de retraite ou de politique familiale, lorsque les choix collectifs ont été faits, le cas échéant après négociations et parfois même des conflits sociaux, les coûts supportés par les finances publiques ou sociales, sont précisément définis ». ⁶⁴⁴

Or cette argumentation suppose que la politique de santé puisse être analysée et conduite comme une politique sectorielle, ce que nous avons mis légitimement en doute. De plus, le paradigme de la santé/non-maladie affronte ici des contradictions bloquantes. Tant que le système de santé est considéré comme devant pourvoir à la fourniture de biens et services de soins, dans une logique où la maladie est un risque non maîtrisé et non maîtrisable, il n'est en effet pas possible de prévoir les coûts induits.

Pour aller un peu plus avant, nous nous référerons aux conclusions des travaux menés par Patrick Hassenteufel et William Genieys, au sujet de ce qu'ils nomment la nouvelle « élite du Welfare ». Ces auteurs ont mis en évidence le paradigme commun de ces acteurs, conforme à ce que nous nous appelons le paradigme de la santé/non-maladie et ses postulats de base, ainsi résumé :

« Ces acteurs partagent un référentiel d'action commun que l'on peut formuler de la façon suivante : pour préserver la Sécurité sociale, il faut l'adapter à la contrainte financière en renforçant le rôle de pilotage de l'État (...). Ces acteurs sont attachés aux principes fondateurs de la Sécurité sociale française tout en privilégiant une approche financière des politiques de protection sociale ». ⁶⁴⁵

Cette élite de hauts fonctionnaires, capable d'influencer les orientations de la politique de protection sociale avec une certaine continuité est relativement autonomisée par rapport aux acteurs politiques. Cependant, le pouvoir de cette élite n'en reste pas moins limité à la fois du fait des prérogatives même du politique, autant que du fait des contingences de la mise sur l'agenda.

Or, celle-ci n'est cependant pas toute-puissante, il existe d'autres freins que le politique à son pouvoir. William Genieys et Patrick Hassenteufel soulignent le rôle important qu'ont d'autres acteurs extérieurs à l'administration dans le processus décisionnel :

⁶⁴⁴ Ibid.

⁶⁴⁵ Genieys W., Hassenteufel P., « Entre les politiques publiques et la politique : l'émergence d'une « élite du Welfare »? », op.cit.

« C'est notamment le cas d'un certain nombre de groupes d'intérêts, par exemple les médecins dans la protection de maladie (...). Du point de vue de l'expertise l'autonomie de ces hauts fonctionnaires est assez relative, parce que l'expertise vient aussi d'un certain nombre d'acteurs qui ne font pas partie de cette haute fonction publique. Pour la santé, ce sont en particulier des économistes de la santé qui ont des relations fréquentes avec les hauts fonctionnaires ». ⁶⁴⁶

La prise de pouvoir en santé par une oligarchie technocratique est un phénomène qui est aussi décrit par Thomas Alam dans un article publié sous le titre explicite : « les mises en forme savante d'un mythe d'action publique : la sécurité sanitaire ». Mettant en exergue la faiblesse historique technique du ministère de la santé, sur laquelle nous reviendrons de façon plus approfondie par la suite, ce dernier souligne notamment que : « le corps technique dominant de la DGS, celui des médecins inspecteurs de santé publique, apparaît doublement dominé au sein de la haute fonction publique et de la profession médicale » ⁶⁴⁷. Thomas Alam analyse les conséquences d'un tel contexte défavorable pour le « corps technique » du ministère de la santé, resituant ainsi l'arrivée au pouvoir de l'élite du *welfare* en santé :

« La répétition de scandales sanitaires depuis la fin des années 1980 a contribué à mettre la faiblesse de la santé publique à l'agenda décisionnel. Mais cette mise à l'agenda est aussi favorisée par l'arrivée au sein du cabinet ministériel de hauts fonctionnaires désireux de rénover le secteur et d'en rehausse le prestige administratif ». ⁶⁴⁸

A travers l'exemple de l'invention de la « novlangue » de la sécurité sanitaire, Thomas Alam⁶⁴⁹ montre comment opère la dimension savante de la politique publique de santé mise en place par ce groupe de hauts fonctionnaires réformateurs lesquels n'hésitent pas :

« A « ringardiser » leurs prédécesseurs : « C'était une discipline un peu poussiéreuse, les affiches jaunies, les derniers classements de la médecine, etc. Enfin, je veux dire que c'était une manière qui faisait sourire quoi (...) et pas du tout prise au sérieux, en France, hein (...) Donc c'était une discipline. C'étaient des mots qui faisaient sourire (...) Vous n'étiez pas sérieux quand vous prononciez les mots santé publique dans

⁶⁴⁶ Ibid.

⁶⁴⁷ Alam T., « Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique : la sécurité sanitaire », *Genèses*, 2010, n° 1, pp. 48 à 66.

⁶⁴⁸ Ibid., p.50.

⁶⁴⁹ Ibid.

les années 1980. » (Entretien à la fondation Caisse d'Epargne pour la solidarité, Paris, le 9 août 2006).⁶⁵⁰

Le terme de sécurité sanitaire, comme le rappelle son théoricien principal, Didier Tabuteau, cité par Thomas Alam, fut totalement artificiellement construit :

« N'est « entrée dans le jargon du secteur » « qu'à travers un important travail de pédagogie et de propagande », en tant que notion « construite et présentée comme radicalement nouveau et cohérent » observe-t-il, réalise une « prophétie à rebours » « dans laquelle diagnostic et solutions sont les deux faces d'une même opération de rationalisation justifiante. »⁶⁵¹

T. Alam poursuit son analyse, mettant en évidence les ressorts du discours narratif de légitimation au pouvoir de cette « élite du *welfare* » :

« Pour l'ensemble des membres de cette nébuleuse réformatrice ... la rationalisation ex-post est une ressource politique : en imposant leur vision socialement située et intéressée de l'histoire, ces derniers s'imputent les mérites d'une réforme qu'ils contribuent à disséminer et à théoriser, et s'assurent pour l'avenir des positions avantageuses (relativement à l'abri des remaniements politiques et des alternances), notamment à la tête des différentes agences qu'ils ont contribué à mettre en place. En outre, ce travail de propagation de la foi est facilité par le multi positionnement de ces acteurs, à l'interface entre les espaces administratifs, savant et militant (...) Par un accès privilégié aux écoles de formation de la « noblesse d'État », ils contribuent à naturaliser les « bonnes pratiques » dont ils sont les avocats ». ⁶⁵²

Pour l'auteur du « mythe de la sécurité sanitaire », ce phénomène n'est pas sans danger pour le monde scientifique, en l'occurrence la science politique, du fait des confusions générées. Ainsi, d'après son analyse, l'inventeur de la sécurité sanitaire :

« Prend appui sur des écrits savants pour asseoir « son » paradigme d'action publique. Si ces emprunts peuvent être interprétés comme un moyen pour les acteurs sociaux de rationaliser leurs propres pratiques (Siméant 2002), la progressive indistinction entre discours savants et discours politico-administratif n'est toutefois pas sans produire des conséquences inattendues et sans interpeller du même coup la sociologie de l'action publique. » ⁶⁵³

⁶⁵⁰ Ibid., p.51.

⁶⁵¹ Ibid., p.52.

⁶⁵² Ibid., p.59.

⁶⁵³ Ibid., p.61.

Après ce détour par la notion de sécurité sanitaire, contemporaine et de la démocratie sanitaire, revenons sur la question de la démocratie en santé à notre auteur de référence Didier Tabuteau⁶⁵⁴. La vision de la politique de santé posée par le serviteur de l'État nous présente cette dernière comme trop complexe, du fait notamment de la longue liste des maladies, la santé étant ainsi conçue (santé/non-maladie). Cette « nature » de la santé ferait obstacle à la « bonne » politique, à la velléité légitime de rationalisation.

Revenons à l'exemple des 100 objectifs de santé publique décrétés par la loi d'août 2004 qui est une illustration de cette complexité de la santé. Le haut serviteur de l'État ne considère pourtant pas la multiplicité d'objectifs, présentée comme incontournable et liée à la complexité de la santé, comme un obstacle en soi. La raison en est simple, il considère implicitement que c'est une affaire de technicien à laquelle les citoyens ne doivent apporter que leur consentement, ainsi écrit-il :

« Pourtant il paraît certain que le nombre des objectifs n'est pas un obstacle en soi. Derrière chaque plan, il y a des malades et des familles, des professionnels et des structures de soins et l'énoncé de l'objectif, mais surtout des moyens mobilisés, peut contribuer à rationaliser et amplifier les efforts des différents acteurs. Il n'est pas pour autant nécessaire que le grand public ait mémorisé les multiples objectifs de la politique de santé. La synthèse des priorités de la politique de santé est d'ailleurs vaine. Elle ne peut se traduire que par une formulation aussi générale que technocratique des objectifs. »⁶⁵⁵

Ainsi, le problème soulevé par l'auteur quant à la difficulté de définir la politique de santé, qu'il décrit comme découlant de la nature spécifique à la santé, dans une vision techniciste, se révèle découler de ce choix. En cela, la santé n'est que l'illustration d'une problématique générale aux politiques. Jacques Rancière dans son ouvrage, *La haine de la démocratie*, analyse la tension existant entre choix expert et choix populaire et considère l'élection comme approbation populaire des choix de l'oligarchie au pouvoir. En cela, et ainsi énoncée, la santé se présente comme une politique semblable aux autres, de même que nous avons pu le mettre en évidence dans notre étude textuelle de la gouvernance.

⁶⁵⁴ Tabuteau D. « La santé en quête de politique », op. cit.

⁶⁵⁵ Ibid., p.14.

Nous touchons ici au problème contemporain, nous dit J. Rancière, auquel s'affronte la démocratie :

« Telle est la forme ordinaire sous laquelle les experts énoncent le paradoxe démocratique : la démocratie, comme forme de vie politique et sociale, est le règne de l'excès. Cet excès signifie la ruine du gouvernement démocratique et doit donc être réprimé par lui. Cette quadrature du cercle eût excité hier l'ingéniosité des artistes en constitution. Mais ce genre d'art n'est plus guère estimé aujourd'hui. Les gouvernants s'en passent assez bien. Que les démocraties soient « ingouvernables » prouve surabondamment le besoin d'être gouvernées». ⁶⁵⁶

Cette analyse s'avère éclairante pour lire ce que reproduit le discours technocratique sur le système de santé, dénonçant les désordres résultant de l'irresponsabilité de ses acteurs historiques, assoyant ainsi la légitimité de l'État à y mettre « bon ordre ». Ainsi, la prise de pouvoir technocratique en santé associe une rhétorique qui puise sa légitimité dans le registre républicain. Jacques Rancière souligne que le « bon gouvernement de la République » n'est pas la démocratie par le peuple :

« République n'est pas originellement le nom du gouvernement de la loi, du peuple ou de ses représentants. République est, depuis Platon, le nom du gouvernement qui assure la reproduction du troupeau humain en le protégeant contre l'enflure de ses appétits de biens individuels ou de pouvoir collectif. C'est pourquoi il peut prendre un autre nom qui traverse furtivement mais décisivement la démonstration du crime démocratique (autodestruction humaine) : le bon gouvernement. » ⁶⁵⁷

Ces clefs de lecture révèlent dans l'auteur de « la santé à la recherche du politique », la figure de l'oligarque, naturellement adepte du bon gouvernement, telle que décrite par Thomas Alam⁶⁵⁸ et implicitement situé dans le paradigme républicain. Finalement, le problème dont traite l'article de Didier Tabuteau, « à la recherche de la politique »⁶⁵⁹, ne serait pas tant de rechercher la politique en santé que de déplorer la difficulté de légitimation des choix experts « par une sanction approbation déguisée sous l'apparence du choix populaire » pour

⁶⁵⁶ Rancière J., *La haine de la démocratie*, op.cit., p.15.

⁶⁵⁷ Ibid., pp.37-38.

⁶⁵⁸ Alam T., « Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique : la sécurité sanitaire », op. cit.

⁶⁵⁹ Tabuteau D. « La santé en quête de politique », op. cit.

reprendre la formule de Jacques Rancière⁶⁶⁰. A partir de cette lecture, l'article de Didier Tabuteau apparaît comme une rhétorique au service de la prise de pouvoir par l'oligarchie, illustrant à nouveau de la thèse de Jacques Rancière : « Le suffrage universel est une forme mixte, née de l'oligarchie, détournée par le combat démocratique et perpétuellement reconquise par l'oligarchie ». ⁶⁶¹

Il faut néanmoins nuancer ce propos car de cette tension entre domination et démocratie, la prise de pouvoir de l'oligarchie technocratique trouve ses limites. L'administration n'était-elle pas bornée par le politique et le politique par la sanction populaire, ainsi que souligne le philosophe Claude Lefort :

« Si l'État-providence ne devient pas l'État-gendarme, c'est pour cette principale raison qu'il n'a pas de maître. (...) Et qu'il n'ait pas de maître signifie qu'il demeure un écart jugé intangible, entre la puissance administrative et l'autorité politique. En vertu de cet écart reste effectif l'impératif de représentation, qui est incompatible en dernier ressort avec la pleine imposition de la norme. » ⁶⁶²

Or, précisément l'originalité politique de la démocratie souligne Claude Lefort réside dans une mutation : « le pouvoir doit désormais gagner en légitimité sinon en s'enracinant dans les opinions, du moins sans se retrancher de la compétition des partis. »

Voilà pourquoi l'administration experte et technocratique se trouve à la recherche de la politique. « La santé à la recherche de la politique » peut s'interpréter comme l'oligarchie à la conquête de la légitimité en santé. Ce point est d'autant plus sensible que le pouvoir en santé était auparavant (et peut-être même l'est-il encore aujourd'hui dans des proportions non négligeables) naturellement et historiquement attribué aux médecins.

Si la légitimation de la prise de pouvoir par l'État est entendue pour Didier Tabuteau, l'issue démocratique n'en est pas pour autant acquise. Constatant l'attention du public pour les crises sanitaires et le fait que : « Les crises de santé publique de la fin du XXe siècle ont dramatiquement rappelé que les pouvoirs publics avaient une responsabilité incessible de protection de la santé » ⁶⁶³, et

⁶⁶⁰ Rancière J., *La haine de la démocratie*, op.cit.

⁶⁶¹ Ibid., p.6.

⁶⁶² Lefort C., *Essais sur le politique XIXe-XXe siècles*, op.cit., p.44.

⁶⁶³ Tabuteau D. « La santé en quête de politique », op.cit.

actant le train de réformes qui a suivi les scandales sanitaires des années 1980, ainsi conclut-il :

« Du colloque singulier au débat public la santé d'affranchit progressivement-et heureusement- des cercles spécialisés dans lesquels elle avait été enfermée. Elle devient objet politique, objet de politiques publiques, objet de débats parlementaires et bientôt objet de campagnes électorales ». ⁶⁶⁴

Or, il manque un élément encore à cette issue démocratique indique Didier Tabuteau :

« Il reste enfin aux responsables politiques à s'emparer pleinement des questions de santé et à leur donner leur place dans la démocratie politique ». ⁶⁶⁵

Conclusion paradoxale où la politique publique précède le débat public et l'acteur politique exhorté à s'exécuter.

Aussi peut-on avoir une lecture opposée de l'avènement de cette démocratie annoncée par l'auteur « à la recherche de la politique » en santé. La dénonciation de la désaffection du politique pour la santé relève de la recherche problématique de politisation d'un objet technocratique conquis mais non discuté, non débattu, l'absence de démocratie donc.

Enfin, nous avons mis en évidence le rôle central du paradigme de la *santé/non-maladie*, à la fois gardien du temple d'une politique publique technocratisée et dépolitisée, et en même temps bloquant jusqu'à rendre impossible cette politique, et faire obstacle à sa démocratisation.

Et si santé rimait pourtant avec politique ?

Ce résultat posé, nous pouvons à présent approfondir notre question : Santé rime-t-elle avec politique ? Didier Fassin affirme clairement les relations de la santé au politique dans son ouvrage : « L'espace politique de la santé ». Montrant comme cet espace s'est construit, il propose :

« D'en établir en somme, la généalogie. Mais au-delà de cette reconstitution, l'ouvrage est également une invitation à explorer un

⁶⁶⁴ Ibid.

⁶⁶⁵ Ibid.

territoire en plein développement, et pourtant encore peu visité, aux frontières du politique et de la santé ». ⁶⁶⁶

Didier Fassin affronte tout d'abord les notions de maladie et de santé, dont il trace les dimensions sociétale et éminemment politiques, éclairant d'un jour nouveau la figure du médecin, le rôle que lui dévolue la société, l'épreuve qu'elle représente pour le pouvoir :

« La maladie n'est pas seulement un événement biologique qui affecte l'individu et mobilise le savoir médical. Elle est aussi une réalité sociale qui met en jeu des rapports de pouvoir. (...) Elle les dévoile enfin dans la recherche de réponses collectives de prévention dont la réalisation représente toujours un test pour l'autorité, celle du devin, comme celle de l'État. Incorporation de l'inégalité, pouvoir de guérir et gouvernement de la vie constituent ainsi les trois dimensions de ce que l'on se propose de nommer l'espace politique de la santé ». ⁶⁶⁷

Explorer le lien entre santé et politique, nécessité de prendre en considération, l'épistémologie de la santé complexe et incertaine. Sans entrer dans cette question, nous pourrions nous en tenir, à l'instar des auteurs, au repère que constitue la maladie. Or, cette notion n'est pas non plus si évidente.

Plusieurs époques ont caractérisé l'histoire de la maladie du point de vue de la santé publique. Nous emprunterons à Michel MANCIAUX, Professeur de santé publique de l'école de Nancy, lequel les a schématisés dans le cadre d'un édito de la revue *santé et société* titré « la santé publique histoire et modernité » paru en 1997.

Le professeur nancéen identifie trois périodes dans l'évolution de la santé des peuples. La première a couru des origines à la moitié du XIX^{ème} siècle. Durant cette période, la maladie triomphait, et la vie était courte, les médecins et la médecine étaient impuissants. L'intervention publique en santé était limitée à l'isolation des malades lors des épidémies, fonction régaliennne. A cette époque, riches et pauvres étaient égaux devant la maladie.

La deuxième période est ouverte par l'ère pasteurienne (de 1876 à 1894, les agents pathogènes de 19 maladies sont découverts dont le Bacille de Koch, agent de la tuberculose en 1882). La médecine moderne naît avec l'objectivation des

⁶⁶⁶ Fassin D., *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*, op.cit., quatrième p. de couverture.

⁶⁶⁷ Ibid.

maladies infectieuses et le modèle pasteurien qui a pour finalité l'éradication des maladies. Une pharmacopée efficace commence à se développer mais ce n'est qu'après la Seconde guerre mondiale que se produit la révolution médicamenteuse tandis que l'industrialisation débutante va creuser les inégalités sociales et face à la santé : Villermé met en évidence dès 1828 l'inégalité sociale face à la mort. Les grandes épidémies reculent au cours du XIXème et au début du XXème siècle, l'épidémie avec son cortège de décès rapides et massifs n'est plus l'archétype de la maladie. C'est la tuberculose qui occupe le devant de la scène mais on en décède lentement. Les préoccupations liées à l'ordre public dominant. L'hygiénisme médical se double d'un hygiénisme moral et social. Durant la troisième République (1870/1940) se développent l'hygiène publique (i.e. l'assainissement urbain) et la médecine sociale (protection des mères et enfants en bas âge, lutte contre la tuberculose, les fléaux sociaux sanitaires), une législation sociale (aide sociale aux vieillards et aux indigents), une législation du travail (protection des mineurs et des femmes enceintes, réglementation de la durée du travail...) et une législation couplant assistance et hygiène publique : loi sur l'assistance médicale du 15 Juillet 1893 et loi de santé publique du 15 février 1902.

La troisième période débute au milieu des années 1930 avec la découverte de l'insuline, des sulfamides (1935), c'est celle de la médecine triomphante, médecine curative individuelle, omnipotente et toute puissante. La connaissance clinique a été facilitée par la multiplication des moyens d'investigation fort peu développés au XIXème, avec notamment la découverte des rayons X par Röntgen en 1895. La découverte des antibiotiques (découverte de la pénicilline en 1928 mais préparation industrielle pendant la guerre) a notablement changé la lutte contre les maladies infectieuses qui reposait auparavant principalement sur l'hygiène ou la vaccination et la sérothérapie. Le recul des maladies infectieuses sera patent entre les deux guerres mondiales : les maladies de l'appareil circulatoire prennent le relais. Aujourd'hui ce n'est plus l'épidémie qui est associée à la mort mais le cancer.

L'espérance de vie s'est mise dès lors à progresser spectaculairement. Relativement lent au XIXème siècle, le recul de la mort s'est accéléré au XXème siècle : vingt ans en un demi siècle, les français vivent en moyenne 35 ans de plus

aujourd'hui qu'au début de la troisième république, non seulement du fait des progrès de la médecine, mais surtout de ceux du progrès technique et de la croissance économique elle-même responsable de l'amélioration des niveaux de vie. La médecine utilise quant à elle les applications de toutes les grandes découvertes contemporaines : électronique, optique, nouveaux matériaux, physique nucléaire, biologie.

Les années 1980 viennent instaurer la rationalisation des dépenses, une nouvelle période succède ainsi aux trente glorieuses de la santé, période d'expansion extraordinaire des dépenses de soins et de l'offre de soin et de la profession médicale.

Les années 1990 avec l'irruption des crises sanitaires confirment cette quatrième période que l'on pourrait appeler celle de la modestie en santé, modestie du système de soin et de la médecine face à la maîtrise de la maladie comme des risques sanitaires. Les progrès de l'épidémiologie mettent en évidence le caractère « déterminé » de la santé avec la notion de déterminants de la santé⁶⁶⁸ principalement sociaux. En synthèse, c'est l'égalité qui fait aujourd'hui la santé⁶⁶⁹. Le risque et le hasard de « tomber en maladie » se lient au risque économique social et environnemental⁶⁷⁰. La maladie et l'épistémologie de la santé en corollaire, doivent être re-conceptualisées.

L'importance des inégalités sociales de santé nous rappelle la surexposition de ceux que l'on nomme précaires, ou dans une terminologie plus actuelle, vulnérables. Or, les nouvelles théories de la vulnérabilité, la critique de la notion d'autonomie, ouvrent un champ inédit de réflexion. Si l'on réfute d'un point de vue critique, qu'il y ait des personnes d'essence vulnérables, si l'on opte pour une acception anthropologiste universelle de la vulnérabilité, comme le risque donc d'être blessé, un champ s'ouvre avec l'aide de l'approche philosophique pour penser une épistémologie de la santé renouvelée. Ici n'est pas notre propos mais nous confirmons simplement à travers cette brève incursion l'importance d'une

⁶⁶⁸ Voir sur ce point : Evans, R. G., Barer, M. L., Marmor, T. R. (Eds.). *Être ou ne pas être en bonne santé: biologie et déterminants sociaux de la maladie*. (M. Giresse, Trad.), op.cit.

⁶⁶⁹ Formule empruntée au titre de l'ouvrage : Wilkinson, R. G., Grimaldi, A. *L'égalité c'est la santé*. (C. Hewlett, Trad.), Paris, Demopolis, 2010.

⁶⁷⁰ Voir notamment Cicolella, A., *Le défi des épidémies modernes*, op.cit.

approche interdisciplinaire, chaque discipline ne se suffisant pas, chacune complétant l'autre.

Revenons à présent à la question du lien entre démocratie et santé. Analysant les différentes approches disciplinaires de la santé, Didier Fassin montre en quoi les travaux d'anthropologie portant sur le domaine médical n'ont pas, ou n'ont pas pu, traiter la question du pouvoir, alors même que les sociologues ont souvent abordé celui-ci sous l'angle du politique. Il en donne cette explication :

« La reconnaissance par les sociétés modernes d'un corps de professionnels ayant le monopole de l'art de soigner représente-t-elle un acte politique, et c'est la contribution décisive des interactionnistes américains, notamment d'Eliot Freidson (1984), que d'avoir défini la profession médicale en dehors des dimensions intellectuelles et souvent morales que lui donnaient leurs prédécesseurs et d'avoir montré que cette question du pouvoir était constitutive de cette définition. »⁶⁷¹

Cette analyse n'est pas propre aux sociologues puisque les historiens apportent aussi une contribution fructueuse à l'étude de la santé dans son rapport au politique. Ainsi, souligne l'auteur :

« L'Étude de la constitution d'un pouvoir médical dans la France du XIXe siècle est centrale dans les travaux de Jacques Léonard (1981) qui montre comment, les questions sanitaires devenant des enjeux politiques, les médecins se trouvent de plus en plus placés »dans l'arène publique« ; cette position n'est pas sans ambiguïté et ainsi que le rappelle François De la porte (1990), lors de l'épidémie de choléra de 1832, les médecins ont été considérés par la population parisienne comme des « agents du pouvoir » directement responsables de la propagation de l'infection. »⁶⁷²

L'approche historique éclaire ainsi à la fois l'existence d'un spectre de liens dangereux entre le politique et la santé, évoquée précédemment par Didier Tabuteau, lorsque celui-ci déplore la distance prise par le politique d'avec la santé dont il avance ainsi l'explication :

« Le politique est d'autant plus enclin à rester à l'écart que les débats sur les possibilités de la science font planer la menace d'interventions susceptibles d'affecter l'espèce humaine et de dérives eugéniques. La médecine est elle-même suspectée, dans les années 1970, de servir d'expansion du pouvoir politique sur les individus. »⁶⁷³

⁶⁷¹ Fassin D., *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*, op.cit., p.13.

⁶⁷² Ibid., p.14.

⁶⁷³ Tabuteau D. « La santé en quête de politique », op.cit.

Mais il est possible, évoquant ces liens dangereux, d'admettre aussi et conjointement, une autre explication à l'éloignement cultivé par les médecins en France d'avec l'État : la volonté de préserver l'autonomie de leur savoir et de leur pratique. Celle-ci rejoint l'analyse sociologique d'Eliot Freidson, considérant que :

« C'est le contrôle de l'aspect technologique du travail - et non celui de son organisation sociale et économique - qui fonde l'autonomie professionnelles de la médecine (...). Cette autonomie n'est pas acquise une fois pour toutes (...). Elle suppose que les autorités aussi bien que la clientèle potentielle soient persuadés de la compétence des praticiens et de la valeur de leur savoir »⁶⁷⁴

Cette permanente distance des médecins en France à l'égard de l'État et de son administration, exprimée avec force dans la déclaration d'indépendance que constitue la charte de la médecine libérale, a trouvé un allié certain au lendemain de la deuxième guerre avec des syndicats de salariés puissants et tout aussi méfiants vis-à-vis du pouvoir politique. La construction d'une gouvernance paritaire de la sécurité sociale excluant de fait l'État est l'illustration de cette concorde, entre médecins et citoyens, dans la défiance envers celui-ci.

Aussi, pouvons-nous affirmer la proposition inverse : ce sont les acteurs de « la santé » qui se méfient de l'État et le tiennent à distance tant que la toute-puissance médicale le permet. Les scandales sanitaires ont bousculé les équilibres, faisant la preuve, tant de l'impuissance de la médecine face aux nouveaux risques, que de celle de l'État à protéger la santé de la population. De sorte que ce nouvel acteur, le citoyen malade n'est, nous l'avons mis en évidence précédemment, d'aucun camp dans l'ébranlement des équilibres de pouvoir gravé en 1945.

Nous ne pouvons poursuivre l'étude de la question des relations entre santé et politique sans préciser ce que nous entendons par ce terme de « politique » au centre de notre discussion. Didier Fassin s'est attelé à cette clarification essentielle mais difficile, soulignant l'importance de bien distinguer, pouvoir et politique, et de ne pas amalgamer ces deux termes en santé sans discernement.

⁶⁷⁴ Chapoulié J-M., *Reviewed Work(s)* : « La profession médicale by Eliot Freidson », *Revue française de sociologie*, Vol.26, n°4 (oct.-Déc.1985), pp. 720-722

L'auteur évite ainsi un biais important des analyses de la santé, s'agissant du rôle des médecins : « Qu'il y ait, autour de la maladie et des médecins, dévoilement de rapports de pouvoir n'implique pas nécessairement que des rapports soient de nature politique ». Aussi pose-t-il cette question essentielle : « à partir de quel moment et selon quels critères, peut-on attribuer à des relations de pouvoir une signification politique ? ». ⁶⁷⁵

Mobilisant tour à tour les travaux de Max Weber puis de Michel Foucault notamment pour approcher cette question, Didier Fassin s'appuie finalement sur l'analyse de Marc Swartz, Victor Turner et Arthur Tuden (1996), retenant trois critères pour définir le politique :

« Les trois critères qu'ils commencent par retenir sont le caractère public des pratiques, l'orientation vers des buts concernant le groupe dans son ensemble et un différentiel de pouvoir entre les membres du groupe. Le problème est que certains faits (...) peuvent correspondre à ces trois critères, alors même qu'intuitivement on sent bien qu'ils n'appartiennent pas au champ politique ». ⁶⁷⁶

In fine, Didier Fassin retiendra la définition suivante du politique, inspirée de Norbert Elias :

« Le politique est constitué des relations de pouvoir mobilisées dans l'espace public pour le contrôle des décisions et des actions qui ont pour objet des biens considérés comme collectifs ». ⁶⁷⁷

Ainsi posée une définition du politique, revenant à la question concernant la santé, cette mise à plat méthodique lui permet de déduire : « on voit que le pouvoir du thérapeute n'est pas en soi de nature politique » et reprenant le raisonnement des trois auteurs cités en références ci-dessus, il précise :

« Ce n'est pas l'activité du thérapeute qui dans l'absolu, est, ou n'est pas, politique, c'est l'angle sous lequel l'on étudie qui met en évidence, ou non, cette dimension : considérée comme l'utilisation de savoirs à des fins de guérison d'un malade, elle ne l'est pas en tant que telle ; étudiée au sein de la vie politique d'une collectivité territoriale, au sein d'un dispositif national de santé publique, à travers les relations entre les professions de santé et l'État, ou même, plus subtilement, dans les redéfinitions des limites entre privé et public que suppose l'établissement de règles de

⁶⁷⁵ Fassin D., *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*, op.cit., p.16 et p.17.

⁶⁷⁶ Ibid., p.22.

⁶⁷⁷ Ibid., mis en italique par l'auteur dans le texte, p. 24.

comportements en matière de consommation alimentaire ou sexuelle, elle le devient assurément ». ⁶⁷⁸

Aussi la mise en perspective des travaux conduits par ces auteurs nous amène à reconnaître la santé comme éminemment politique, dans cette conception du politique où, souligne Didier Fassin, « l'activité n'est pas politique en soi : c'est la mobilisation de rapports de forces dans la décision et la conduite des actions qui l'inscrit dans le domaine politique ». L'auteur précise donc que, la politique en santé ne se situe pas dans l'espace du colloque singulier, lequel n'est pas de nature politique, mais dans les relations entre protagonistes de la décision publique en santé, dont de fait, certes les médecins mais aussi, depuis l'avènement de l'élite du *Welfare*, la haute administration centrale. Et cette relation s'inscrit dans une lutte de pouvoir réciproque.

Il apparaît ainsi que le point de vue technocratique et scientifique dont l'exemple type fut les 100 objectifs de la santé publique institués par la loi de santé publique de 2004, passée inaperçue du grand public et des médias, ne s'inscrit pas dans le registre du politique tel que nous pouvons le concevoir avec Didier Fassin. Aussi, peut-on faire l'hypothèse que la santé ne pourra devenir l'objet politique tel que conçu par ce dernier, tant que le législateur persistera à reproduire de tels dispositifs, autrement dit, tant qu'elle demeurera un objet technocratique.

Ainsi donc, santé, à condition que l'on ne restreigne pas l'espace même de son existence, l'espace public, rime bien avec politique. Dès lors, peut-on s'entendre démocratiquement sur un intérêt commun en santé ? Nous ne saurions éluder cette question, Jacques Rancière, entre autres, ne manque pas de signaler que :

« La politique, telle que l'avaient définies les Anciens, était l'art du vivre ensemble et la recherche du bien commun ; que le principe même de cette recherche et de cet art était la claire distinction entre le domaine des affaires communes et le règne égoïste et mesquin de la vie privée et des intérêts domestiques ». ⁶⁷⁹

L'intérêt général, l'intérêt particulier et la santé

⁶⁷⁸ Ibid., p.25.

⁶⁷⁹ Rancière J., *La haine de la démocratie*, op.cit., p.30.

S'il y a bien un sujet de concorde nationale, c'est celui de la maladie. Malades, médecins, établissements de soins, élus locaux, tous s'accordent sur un point, l'accès de tous aux meilleurs soins au fondement du pacte social d'après-guerre. Pour le comprendre, revenons à cette configuration particulière, consubstantielle historiquement du modèle de sécurité sociale français, le caractère résiduel de l'administration sanitaire étatique, le rôle « d'amant dans le placard » dévolu à l'État.⁶⁸⁰

Le jeu des acteurs au sein de l'assurance maladie fera cependant l'objet de vives critiques ainsi présentées dans les cahiers français, ainsi que nous l'avons déjà évoqué à propos de « curieuse coalition d'intérêts a longtemps dominé les relations entre syndicats professionnels (et le patronat) qui géraient l'assurance maladie ». ⁶⁸¹ La conclusion est sans détour, rendant responsables ces coalitions, de la hausse incontrôlée des dépenses.

La nouvelle gouvernance a eu « raison » des « intéressés », en les privant de la gestion du système au profit d'une technocratie étatique centrale. Ici s'arrête l'histoire d'un intérêt commun, bornée par Didier Tabuteau dans cette phrase de la première page de son introduction entre ces deux temps publics de l'histoire des maladies : « De la lutte contre les épidémies à la création de la Sécurité sociale, les attentes des populations à l'égard des autorités politiques n'ont cessé de s'étendre et de se renouveler ». ⁶⁸²

A la lecture de son ouvrage, *Démocratie sanitaire Les nouveaux défis de la politique de santé*, le soin pris et le nombre de pages consacrés à « faire l'histoire », soit pas moins de trois chapitres parmi les neuf que compte le livre, est emprunt de considérations normatives,

Le cœur de l'analyse historique de Didier Tabuteau est claire et en synthèse abrupte : la faute incombe aux médecins et leurs luttes corporatistes pour la défense de leur intérêt particulier, si l'État a toujours été en difficulté pour instaurer une politique de santé guidée par l'intérêt général. Pourtant, en première instance. Car, si l'État est réputé garant de l'intérêt général, cela n'est pas pour lui sans danger, ne doit-il pas s'en montrer aussi capable ? Il en va donc

⁶⁸⁰ École nationale d'administration, *Séminaires II*, op.cit.

⁶⁸¹ Tronquoy P., *La santé*, op.cit.

⁶⁸² Tabuteau D., *Démocratie sanitaire les nouveaux défis de la politique de santé*, op.cit.

de son intérêt de le démontrer. De plus, ainsi que l'observent aujourd'hui les analystes de politiques publiques, les serviteurs de l'État sont bien porteurs, eux aussi, d'intérêt particuliers, en tant qu'intérêts corporatistes.

Voyons plus précisément l'histoire des officiers de santé créés par les révolutionnaires de 1793, moment où s'est joué le pouvoir pour les médecins, Didier Tabuteau analyse ainsi cet épisode :

« Alors que, dans la plupart des pays européens comparables, les médecins et les administrations se sont peu ou prou associés pour développer la santé publique puis une assurance-maladie, l'opposition entre les deux a servi, en France, de ferment à la structuration du système de santé. L'identité collective des médecins a pris racine sur le refus de l'ingérence administrative, sur la méfiance à l'égard des collectivités publiques et la sacralisation de l'isolationnisme professionnel (...). Le bras de fer historique entre l'État et les docteurs en médecine a tourné à l'avantage de ces derniers. Au-delà de la mise en extinction de la profession d'officier de santé, c'est la répartition des pouvoirs dans l'organisation du système de santé qui s'est joué ». ⁶⁸³

Santé publique et assurance maladie sont confondues dans ce récit comme si celles-ci étaient faites d'une certaine continuité, de même que les médecins sont aussi considérés comme constituant une telle entité. Or, ce n'est pas si évident. D'une part la profession médicale est clivée, en particulier à cette époque, entre cliniciens et épidémiologistes, entre médecine sociale et médecine individuelle et cette bataille mérite une attention, car elle fut en effet décisive. De même, c'est une erreur que d'oublier qu'une particularité de la France de cette époque, fut d'être le pays de l'épidémiologie sociale laquelle fut portée par des médecins, comment ne pas citer Villermé ?

Aussi, à l'instar de la Grèce qui avec Hippocrate conçut les principes de la santé publique, tandis que ce sont les romains, brillants ingénieurs et administrateurs qui surent développer une politique de santé publique et non les grecs⁶⁸⁴, la France ne fut pas à même de développer une telle politique. Au moment où les grands pays européens comparables le firent, les raisons de ce retard résident, démontre Gérard Jorland dans son ouvrage, *Une société à soigner*, dans un

⁶⁸³ Ibid., p.30.

⁶⁸⁴ Fassin D., *Faire de la santé publique*, op.cit.

ensemble de facteurs, dont l'industrialisation tardive de la France et donc, en conséquence, du moindre impact des fléaux sociaux sur la santé.⁶⁸⁵

Mais, l'auteur montre aussi que les caractéristiques politiques particulières de la France de ce siècle, firent obstacle à la mise en place d'une politique de santé publique. Nous le verrons donc, le travail historique minutieux mené par l'historien sur cette époque en effet cruciale que fut celle de l'hygiénisme (début de l'ère moderne de la santé d'ailleurs naturellement datée par Didier Tabuteau) livre les éléments en creux, ce point éludé par de nombreux auteurs.

Ainsi la première grande loi de santé publique qui fut adoptée en France avec tant de retard en 1902 (et la seule durant quasiment un siècle) le fut grâce au lobby des médecins, hygiénistes mais aussi parlementaires.

Les médecins ont ainsi historiquement préféré le parlement, où leur représentation leur assurait plus sûrement de pouvoir faire entendre leur voix, plutôt que l'administration.

Pour aller plus avant dans l'analyse, il faut se pencher sur l'histoire de l'administration française sanitaire. Cette histoire qui diffère d'avec celle d'autres pays comparables, est en France particulièrement et continuellement malheureuse. Lion Murard et Patrick Zylbermann se sont attelés à ce travail dans un article instructif intitulé : « Mi-ignoré, mi-méprisé : le ministère de la santé publique, 1920-1985 ». Ceux-ci débutent le récit de cette histoire par cet épisode terrible :

« Interpellé à la Chambre à l'automne 1918, au plus fort de cet holocauste dans l'holocauste que fut l'épidémie de grippe dite « espagnole », Albert Favre, sous-secrétaire d'État à l'Intérieur, soulevait dans l'hémicycle une manière de scandale : « Je suis appelé, confessait-il, à répondre de la gestion de services qui ne sont pas placés sous mon autorité » (...) Dans un climat d'extrême urgence (...), décision est alors prise de concentrer entre les mains du président du Conseil, Georges Clemenceau, des services sanitaires éparpillés entre huit ministères. Sursaut éphémère. »

⁶⁸⁶

Or, voici description faite par Léon Bérard cité par nos auteurs, de la direction de l'assistance et de l'hygiène, créée en 1889 à l'intérieur pour faire face à la catastrophe et l'incurie sanitaire :

⁶⁸⁵ Jorland G. *Une société à soigner : hygiène et salubrité publiques en France au XIXe siècle*, op.cit.

⁶⁸⁶ Murard L., Zylberman P., « Mi-ignoré, mi-méprisé: le ministère de la santé publique, 1920-1945 », *Les Tribunes de La Santé*, 2003, (1), pp.19-33.

« Indigente, ballottée de ministère en ministère, n'ayant de constant que de symboliques locaux sordides, dépourvues de cadres, démunie de techniciens, dépouillée de tout pouvoir sur les fonctionnaires sanitaires des départements et des villes, eux-mêmes privés d'autorité et de moyens et n'ayant que leur bon vouloir à opposer aux maladies ». ⁶⁸⁷

De ce passé, la situation s'améliorera, soulignent-ils, grâce à un « effort financier tardif mais réel » et paradoxal :

« Déjà prépondérante avant 1914, la part des municipalités augmente tout au long de l'entre-deux-guerres, de même que celle des départements. Sans conteste, le rôle des collectivités locales dans le financement de la santé publique va croissant. Ce qui explique en partie cette singularité de notre politique sanitaire : sa centralisation inachevée ». ⁶⁸⁸

Notons que ce précieux article, s'attelant à un sujet méconnu, tout autant que l'administration dont il dépeint l'histoire, a été écrit en 2003 donc avant l'adoption de la loi de santé publique 2004. Cette loi accomplira l'achèvement de la centralisation de la politique de santé publique en France qui n'en demeure pas moins pour autant exercée encore en grande partie par les collectivités locales à travers les compétences légales facultatives conventionnées et divers dispositifs contractuels. Si bien que la singularité française soulignée par les auteurs demeure d'actualité.

Poursuivant l'histoire du ministère de la santé dressée par nos auteurs, cette continuité se vérifie encore. Nous voici au moment de la Seconde Guerre Mondiale :

« Longtemps, la fondation Rockefeller s'était irrité de « cette calamité publique » qu'est la dispersion de l'action sanitaire entre agences spécialisées : invertébré, notait-elle, dès les années 1920, le ministère « n'aura plus guère de raison d'être », à force d'« affermer » ses tâches. » ⁶⁸⁹

Notons que ce constat se vérifie aujourd'hui avec la myriade d'agences sanitaires, créée dans les années 1980 et dont les ARS sont l'expression la plus exemplaire.

Enfin, arrivons au moment historique, habituellement daté comme celui de la création de la sécurité sociale et par amalgame du système de santé français. La

⁶⁸⁷ Ibid.

⁶⁸⁸ Ibid.

⁶⁸⁹ Ibid.

question qui se pose à la libération n'est pas tant de changer que de construire, tant il n'y a pas d'existant en matière de politique de santé. Or relèvent les auteurs, aucune décision ne fut prise car, constatent nos auteurs : « Jamais cependant le gouvernement (de Gaulle) ne parvint à trancher entre les trois scénarios qui s'offraient à lui »⁶⁹⁰. Il ne prit ni le modèle « Beveridge » : « c'était donner le premier rôle aux partis, la France libérée leur préférant les syndicats ouvriers, le travailleur plutôt que le citoyen, Debré, Président du front national des médecins promoteur d'un « grand ministère de la population et de l'hygiène », ni le schéma classique de médecine préventive élaborée par le directeur de la santé publique du gouvernement d'Alger.

Or, le programme officiel de la République restaurée, « celui du comité national de la Résistance était, souligne nos auteurs⁶⁹¹, était : « muet sur la politique démographique et familiale », rien concernant une politique de la santé, hors du champ de la sécurité sociale, et donc rien de nouveau pour une administration sanitaire, sans politique publique. C'est ainsi que, « sans prestige, sans pouvoirs ni crédits, la santé publique, ne parvient pas même à se faire rattacher l'édifice de la sécurité sociale ».

Certes, l'administration sanitaire française fut pénalisée par les handicaps conjugués d'un contexte politique peu favorable et d'une faible expertise technique, imputable notamment à la désertion des médecins. Mais comment trancher entre les deux thèses suivantes ? Est-ce une caractéristique des médecins français, que d'avoir délibérément tourné le dos comme l'affirme Didier Tabuteau à la « coopération avec l'administration » ? Ou bien, comme nous avons commencé à en émettre l'idée, ce sont les caractéristiques de l'administration française qui n'ont pas permis aux médecins en France de s'inscrire dans une telle coopération ?⁶⁹²

Dans son ouvrage dédié à la compréhension de la diversité des systèmes de santé, Henri Bergeron, note tout d'abord l'absence d'intérêt des auteurs pour ce sujet : « le faible nombre de recherches qui, de manière résolument

⁶⁹⁰ Ibid.

⁶⁹¹ Ibid.

⁶⁹² Tabuteau D., *Démocratie sanitaire les nouveaux défis de la politique de santé*, op.cit.

comparatiste, ont essayé d'explorer des déterminants des différences entre système de santé nationaux et d'expliquer une pareille diversité ». ⁶⁹³ Aussi s'appuie-t-il sur les travaux d'Ellen Immergut précieux à cet égard. Celle-ci apporte un éclairage instructif et concordant avec la perspective historique développée par Gérard Jorland, précédemment cité, avec pour point de départ un constat qui déparcialise les médecins français. Ceux-ci, comme leurs confrères étrangers, ne voyaient pas favorablement l'instauration d'une assurance maladie :

« Se situant de plain-pied dans une perspective institutionnaliste, elle part du constat que les médecins nourrissaient une méfiance tenace à l'égard des projets d'assurance maladie universelle quand ceux-ci furent dessinés ». ⁶⁹⁴

Ellen Immergut démontre ainsi que les caractéristiques des médecins français ne sont pas une variable explicative de la différence avec les autres systèmes nationaux. Les trois cas nationaux étudiés par celle-ci, indique Henri Bergeron, connaissent « des situations de départ assez similaires mais présentant des points d'arrivée très différents ». Celle-ci en déduit que la variable expliquant les différences entre ces trois systèmes de santé est ailleurs, indique Henri Bergeron :

« L'auteur estime que cette variabilité est le résultat de différents systèmes institutionnels qui établissent différents types de règles du jeu avec lesquelles doivent jouer les hommes politiques, les décideurs publics et les groupes d'intérêts quand ils entendent faire passer des lois ou au contraire les bloquer » ⁶⁹⁵.

Dans le cas de la France de la IV^{ème} république (1946-1958), le point central de décision se situe dans l'arène parlementaire. Ellen Immergut estime, souligne Henri Bergeron, que :

« Le Parlement a offert des opportunités considérables pour les groupes d'intérêts ; l'existence d'un paysage politique particulièrement fragmenté (...) ont contribué à la formation de coalitions particulièrement instables qui ont sapé la capacité du pouvoir exécutif à faire passer des lois ambitieuses. Il faut dire que les médecins étaient très représentés au

⁶⁹³ Bergeron H., Castel P., *Sociologie politique de la santé*, op.cit.,

⁶⁹⁴ Ibid.

⁶⁹⁵ Ibid., pp 22-25.

Parlement et dispersés dans les différents groupes parlementaires nécessaires pour fonder une coalition ». ⁶⁹⁶

Les conclusions des travaux de Monika Steffen convergent aussi avec les analyses que nous venons d'exposer. Dans un article au titre évocateur, « Les médecins et l'État en France », l'auteure rapporte les faits majeurs qui ont structuré les rapports entre les médecins et l'État et l'organisation de la santé en France. A l'origine, les conditions sociales du début du XIXème :

« Les conditions de vie et de travail des classes laborieuses, le risque permanent d'épidémie que cette situation engendre, y compris pour les autres couches sociales, font que la médecine apparaît de plus en plus une tâche sociale et politique (...) Les problèmes, professionnels et politiques posés par cette médecine sociale vont se « résoudre » scientifiquement par la découverte de la microbiologie au cours de la deuxième moitié du siècle. La connaissance des bactéries et des microbes de leurs chaînes de transmission et l'emploi des vaccins vont permettre d'envisager à l'avenir le traitement des épidémies et fléaux « sociaux » sur un mode individuel. En revanche, la question de l'accès aux soins restera sans réponse pendant encore plusieurs décennies ». ⁶⁹⁷

Monika Steffen rappelle ensuite que les évolutions politiques et historiques qui suivirent cette période, et notamment l'échec des socialismes utopiques en 1848, ont eu raison de la médecine sociale et c'est l'avènement de la technique assurancielle qui apportera la réponse à cette question de l'accès au soin. Ici encore, le contexte politique favorisera cette évolution particulière, ainsi souligne l'auteure :

« La France opte pour une politique sociale libérale. Aussi la solution retenue face au problème de l'accès aux soins sera-t-elle de nature individuelle et volontaire. Napoléon III encourage le développement des sociétés de secours mutuel, qu'il encadre et surveille étroitement ». ⁶⁹⁸

L'auteure conclut la revue historique et l'analyse sociopolitique qu'elle a ainsi menée en ces termes :

« Devant l'absence d'une politique publique au XIXème siècle, les médecins français ont dû élaborer leurs propres modalités de régulation de la profession et du marché. La médecine s'est alors structurée en fonction des possibilités de financement : la prévention collective

⁶⁹⁶ Ibid., pp.26-28

⁶⁹⁷ Steffen M. « Les médecins et l'État en France », *Politiques et management public*, vol.5, n°3, 1987, pp19-39.

⁶⁹⁸ Ibid., p.24.

reléguée au secteur public, l'hôpital concentré sur la médecine de pointe, la médecine libérale se réservant les actes solvables (...). Pour conquérir sa position dans la société, le corps médical français a constamment combiné une stratégie s'appuyant sur le marché et une stratégie s'appuyant sur l'État. »⁶⁹⁹

Revenons donc sur la question de la confiance dans le système. Dans le colloque singulier se noue la confiance et peut se rallier le citoyen. Mais n'oublions pas tout simplement, que le médecin, en tant que désigné socialement et politiquement, n'existe pas sans que n'existe le malade. Or, si la relation n'est évidemment pas symétrique, elle n'est pas pour autant dénouée de réciprocité. L'existence de l'un est dépendante de l'autre. N'avait-on pas coutume de considérer, nous rappelle Jean-François Brisson dans son intervention lors du colloque : « Démocratie sanitaire, mythe ou réalité ? » que : « l'activité médicale reposant, (...), sur une conscience (celle du médecin) au service d'une confiance (celle du patient) ». ⁷⁰⁰

Aussi peut-on voir dans l'attachement à leur indépendance le signe et la traduction de cette évidence et la raison de la stratégie particulière des médecins français. Intégrer l'administration dans ce pays singulier, la France, dont l'administration est bien volontiers considérée comme défailante, (tout au moins ceci est manifestement particulièrement vrai de l'administration sanitaire tel que nous avons pu le lire à travers son histoire), ce serait prendre le risque de perdre la confiance du citoyen/malade.

Rappelons sur ce point que la crise de confiance de la population française aujourd'hui n'a pas atteint le médecin de famille alors qu'elle s'adresse durement aux gouvernements et à l'élite politique. Le calcul se confirme donc avec ce résultat statistique : 90% des personnes interrogées avaient, en 2010, une bonne opinion des médecins de ville.

Tabuteau énonce d'ailleurs cette idée : « Les pouvoirs publics devraient prendre exemple sur les patients pour accorder leur confiance aux *médecins* ! ». Il achève par conséquent le dernier chapitre de son ouvrage ainsi :

⁶⁹⁹ Ibid., p.36.

⁷⁰⁰ Brisson J-F., « Démocratie sanitaire, mythe ou réalité », in Castaing, C. (dir.), *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité ?*, op.cit., p.8.

« Si la confiance constitue toujours le ciment de la relation individuelle entre le professionnel de santé et le patient, elle paraît de plus en plus absente des réformes du système de santé (...). Or, la protection de la santé publique comme des finances sociales exige une approche partagée des praticiens et des assurés sociaux (...). Une telle démarche ne peut prévaloir que si elle se fonde sur une confiance apriori entre les différents partenaires (...). C'est à un véritable big bang du système de santé qu'il faut impérativement procéder d'ici à 2025. »⁷⁰¹

Peut-on soutenir que cesseraient les luttes pour le pouvoir en santé et imaginer une « happy end » sans aucun vainqueur ? Nous avons démontré que la santé est bien une affaire politique, aussi nous soutenons l'idée qu'il ne peut y avoir de « big bang » que par une redistribution des cartes du pouvoir, même de manière silencieuse et implicite. Sous couvert de confiance, se jouent les alliances par lesquelles se perd où se gagne le pouvoir. S'allier les citoyens/malades est donc un véritable enjeu connu des médecins et de l'État.

Enfin, pour trancher entre les deux thèses, l'éclairage d'un exemple atypique d'un pays voisin nous sera utile. Il ne s'agit pas là de se lancer dans une étude comparatiste classique, nous n'ions donc pas voir l'Allemagne ni l'Angleterre, mais la Suisse. Ce choix vient d'un intérêt tout particulier né de la lecture de l'article écrit par un auteur inhabituel, Martin qui peut se prévaloir de traiter, ce qui est rare, le thème dont il a pour titre « Le médecin et le politique Vie et Société vues sous des angles différents ». Cet extrait du résumé qui nous rappelle tout d'abord le cadre particulier dans lequel il se situe, celui de la Suisse :

« Selon la Constitution suisse, la santé reste largement du domaine de la compétence cantonale. En particulier, tout ce qui touche à l'organisation du système de santé (...) est de la responsabilité des cantons, tout comme la délivrance des autorisations d'exercer pour les professionnels de santé (...). Le médecin cantonal est le médecin-conseil du Gouvernement cantonal et des services de l'Administration ». ⁷⁰²

L'auteur, qui a été le conseiller médical du ministre vaudois de la Santé durant un quart de siècle, cite son prédécesseur, pour décrire sa fonction, qui n'a pas d'équivalent en France :

⁷⁰¹ Tabuteau D., *Démocratie sanitaire les nouveaux défis de la politique de santé*, op.cit., p.233.

⁷⁰² Martin J., « Le médecin et le politique Vie et Société vues sous des angles différents », *Revue médicale de l'assurance maladie*, 2002, n°33(2), p145 à 151.

« Le médecin cantonal doit être à la fois un scientifique capable de comprendre les besoins d'une faculté (et des établissements sanitaires), un praticien apte à saisir les problèmes concrets de la médecine extra-hospitalière, un épidémiologue averti, un routinier des problèmes d'assurance, un pédagogue émérite, un juge impartial sachant faire respecter le code de déontologie, un orateur à ses heures, un diplomate avisé, un politicien accompli ». ⁷⁰³

Or, une telle attribution de fonction n'est pas possible voire inimaginable en France, tant que la décentralisation en santé est absente des discours.

Nous avons ainsi démontré qu'il n'est pas si licite de rendre les médecins fautifs de leur non coopération avec l'administration en France. En toute cohérence, nonobstant le rôle fondamental des institutions politiques régissant le régime politique, la thèse de caractéristiques de l'administration française à l'origine de la spécificité du système français est plus solide.

Henri Bergeron a mené une analyse approfondie des caractéristiques politiques qui ont présidé à la création en France d'un modèle bien particulier de système de santé. ⁷⁰⁴ Ce travail livre les éléments en creux du discours technocratique, dont la lecture historique trop rapide ne suffit pas à l'analyse.

L'auteur démontre qu'on ne peut en effet négliger l'importance des différences de configuration institutionnelle politique et de régime politique entre pays réputés comparables pour expliquer les différences de trajectoires entre systèmes. Au sein de chacun d'entre eux, les médecins se sont appliqués à défendre leurs intérêts. Ce sont leurs stratégies qui ont différencié, et cela en lien direct avec leurs configurations nationales politiques et non pas du fait de l'existence de caractéristiques intrinsèques nationales aux différents corps médicaux.

Nous avons déconstruit ce nouveau produit de la « novlangue » dénommé « démocratie sanitaire » et l'avons analysé en détail. Nous pouvons affirmer que la santé est le théâtre d'un jeu d'acteurs, sur une scène politique. Le conflit entre intérêt général et intérêts particuliers habille ce jeu d'acteurs fortement influencé en France par la configuration institutionnelle et structurelle de la nation. Mais ce serait conclure trop rapidement que de considérer l'absence d'un objet commun possible en santé.

⁷⁰³ Ibid.

⁷⁰⁴ Bergeron H., Castel P., *Sociologie politique de la santé*, op.cit.

La lutte pour le pouvoir entre les médecins et l'État en santé, prenant ou non en otage le citoyen malade usager, n'est en définitive que la partie émergée d'une autre question, celle des liens entre le citoyen, l'État et la santé. Aussi revenons à la partie immergée, la lutte des malades pour leurs droits. Qu'en est-il de la démocratie en santé du point de vue du droit ?

3/ Le droit à être protégé, une question de démocratie ?

Les droits de l'homme à défaut d'État garant de la santé

Des chercheurs ayant étudié la question traitée dans ce chapitre du point de vue du droit, réunis en colloque sous le titre : « démocratie sanitaire, mythe ou réalité ? », sous la direction de Cécile Castaing⁷⁰⁵. La diversité des contributions font la richesse de cette œuvre collective, aussi allons-nous nous appuyer largement sur celles-ci.

Tout d'abord, Jean-François Brisson, doyen de la faculté de droit et de science politique de l'université de Bordeaux, rappelle que le concept n'est pas spécifique à la santé. La démocratie sanitaire peut en effet se lire comme la simple déclinaison d'un principe plus général, de démocratie administrative, appliqué à de nombreuses politiques publiques.

Notons qu'à nouveau la politique de santé se présente ici comme une politique semblables aux autres. Nous l'avions déjà vu avec le thème de la gouvernance, notamment, celle-ci n'a pas échappé au new management public.

Outre la démocratie administrative, un autre trait commun des politiques publiques caractérise la démocratie sanitaire : son inscription dans le registre de la *soft law*. Commençons par ce point.

Pascal Combeau, professeur à la faculté de droit de l'université de Bordeaux, dans sa contribution à la question « démocratie sanitaire, mythe ou réalité ? », souligne l'omniprésence dans toutes les sphères aujourd'hui de ce que l'on nomme le droit souple, en rappelle les principes, ainsi que le lien de prédilection entre droit souple et santé :

« Dépassant la sphère du seul droit international public, le phénomène de la soft law, rebaptisé aujourd'hui droit souple, se diffuse pourtant dans tous les ordres juridiques et touche l'ensemble des branches du droit ». ⁷⁰⁶ « L'ampleur actuelle de ce phénomène est évidemment liée aux transformations du droit redessiné par l'État post moderne... Les mutations de l'Administration tournée vers des modes d'action moins autoritaires, poussent également à la promotion d'instruments administratifs non contraignants et non prescriptifs, des petites sources

⁷⁰⁵ Castaing, C. (dir.) *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité?* , op.cit.

⁷⁰⁶ Combeau P., « Droit souple et démocratie sanitaire », in Castaing, C. (dir.) *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité?* , op.cit., p.81.

du droit où l'unilatéralité cède le pas au consentement... le domaine sanitaire est incontestablement un terrain de prédilection de ce phénomène ». ⁷⁰⁷

L'auteur explique en quoi le domaine de la santé présente des prédispositions à l'application du droit souple :

« La santé se prête sans doute à cette hypertrophie : les relations entre le patient et le médecin, déterminées par l'aléa scientifique, y sont particulières ; l'expertise tient une place importante et emprunte largement les voies de la soft law comme le montrent toutes les recommandations émises par diverses agences sanitaires ». ⁷⁰⁸

Ainsi avons-nous une illustration concrète de cette position paradoxale de la politique de santé, à la fois commune et singulière. Gouvernance, soft law, démocratie administrative en témoignent tandis que les spécificités de ce champ sont autant de particularités qui la distinguent.

Revenons au concept de démocratie administrative, vu donc du point de vue du droit, les principes en sont ainsi rappelés par Jean-François Brisson :

« On évoque, depuis le milieu des années 1960, dans la littérature juridique, le concept de démocratie administrative dont la démocratie sanitaire ne serait qu'une déclinaison [ce concept] se nourrit d'abord des insuffisances de la démocratie politique ou représentative dont elle est une forme de prolongement, de complément, voire de béquille. » « La démocratie administrative, qui promeut la participation des intéressés aux décisions qui les concernent, participe de la recherche des contrepoids au gouvernement électif. Elle y participe même au même titre que la justice constitutionnelle » « Plus significativement, il s'est agi (...) de reconnaître des droits non plus aux administrés ni même aux usagers, mais aux citoyens en tant que la relation Administration-administrés participe de la construction de l'État de droit ». ⁷⁰⁹

Cette démocratisation de la relation du citoyen à son administration a cependant présenté des difficultés certaines, précise-t-il :

« Si la charte des droits des administrés annoncée en 1981 n'a jamais vu le jour, du moins une loi sur les droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations publiques a-t-elle été adoptée le 12 avril 2000 (...). Depuis lors, sans doute instruit de son échec, le législateur a choisi de creuser le sillon de la démocratie administrative en s'intéressant à des institutions spécifiques ». ⁷¹⁰

⁷⁰⁷ Ibid., p.82.

⁷⁰⁸ Ibid.

⁷⁰⁹ Brisson J-F., « démocratie sanitaire, mythe ou réalité ? », op.cit.

⁷¹⁰ Ibid.

Le concept de démocratie administrative s'est étendu, ou plus précisément spécialisé, il est ainsi parvenu dans le champ de la santé : « la démocratie sanitaire participe des trois dimensions de la démocratie administrative : déclarative, délibérative et participative ». ⁷¹¹ Cependant, l'exercice trouve de sérieuses limites dans ce cadre-ci. Jean-François Brisson en donne une explication argumentée. Le point de départ est de rappeler le soin pris par le « constituant du 26 Août 1789 », à la différence du législateur de 2002, de distinguer deux types de droits « politiques » mais qui ne sauraient se confondre, entre droits de l'homme et droits du citoyen :

« D'une part, certains droits avérés aux malades consistent ainsi à reconnaître les patients comme sujets de droits. Or, il s'agit davantage de droits civils (...) que de droits politiques (...) ils constituent même, d'une certaine manière, une forme dégénérative des « droits de l'homme » éloignée de la conception qui prévalait en 1789. D'une part cette conception floue de la démocratie sanitaire accentue la distinction entre des droits de l'homme et du citoyen, lui conférant une portée qu'elle n'a pas au niveau constitutionnel où les droits de l'homme légitiment ceux du citoyen qui les garantissaient en retour par le rôle dévolu à la loi dans la déclaration. Ce type d'interactions ou d'influences réciproques ne se retrouve pas ici, car les droits reconnus ne se placent pas sur le même terrain : ce n'est pas, en effet, la même chose que, d'une part, d'être informé quant à l'acte de soin que l'on va subir, et, d'autre part, de participer à la gouvernance d'un établissement de santé ». ⁷¹²

Ainsi, ce que l'on peut considérer comme une transposition inadaptée des outils de la démocratie administrative, appliqués pour solutionner les problèmes que rencontrent l'État et son administration dans ses rapports avec les citoyens, n'apporte pas véritablement de droit nouveau en santé. Ce point fait consensus entre les auteurs qui ont travaillé sur la question du colloque de Bordeaux, « démocratie sanitaire, mythe ou réalité ? ».

Laurent Bloch, codirecteur de l'Institut du droit de la santé de Bordeaux fait ce constat résumant le point de vue unanime quant à la vacuité de la loi du 4 mars 2002, concernant les nouveaux droits qu'elle devait conférer aux patients :

« Notre propos ne pourra d'ailleurs se limiter à la loi du 4 mars 2002 tant ce texte a très souvent réaffirmé des droits déjà existants ou précéder des réformes importantes, telle que la loi Léonetti de 2005 qui a conféré de

⁷¹¹ Ibid., p.13.

⁷¹² Ibid., p.14.

nouveaux droits au patient (...) Dignité, accès au soin, non-discrimination, prévention, représentation sont les maîtres mots des réformes entreprises. L'ensemble de ces droits vise à ne pas faire du patient un sous-citoyen, mais un citoyen comme les autres ». ⁷¹³

Poursuivant sa démonstration, l'auteur souligne la distinction fondamentale à opérer entre l'homme et le citoyen en matière de santé, laquelle ouvre deux catégories de droits : « la maladie affaiblit l'homme, mais n'affaiblit pas le citoyen. Aussi, le sujet peut être abordé sous deux angles. »

La première de ces deux catégories de droit vise donc le citoyen, la seconde, le patient : « D'une part, un droit à l'indifférence où le patient est un citoyen presque comme les autres et, d'autre part, un droit à la différence où la qualité de patient lui confère des droits spécifiques ». » ⁷¹⁴

Concernant la deuxième catégorie de droit, celle qui vise l'homme, à nouveau la loi 2002 n'innove pas véritablement souligne-t-il puisque : « Bien sûr, il n'a pas fallu attendre la loi de 2002 pour que le consentement du patient soit affirmé, le Code civil y avait déjà veillé ou encore feu le Code de déontologie » ⁷¹⁵ y compris sur un point crucial, objet du combat des patients, la question de l'information :

« Mais la grande nouveauté en ce qui concerne l'information, ne vient pas, paradoxalement, de la loi, mais de la jurisprudence, qui, depuis 2010, ce qui concerne l'ordre judiciaire, et en 2012 pour l'ordre administratif, a décidé de consacrer un préjudice moral autonome. » ⁷¹⁶

L'État français s'est montré jadis incapable de protéger sa population et les derniers scandales sanitaires ont remis en scène cette faille en quelque sorte originelle. Gérard Jorland, dans son ouvrage, *Une société à soigner Hygiène et salubrité publiques en France au XIXe siècle*, en livre une illustration à travers ce récit :

« Tandis qu'en Angleterre on avait institué un corps de fonctionnaires sanitaires locaux habilités à inspecter les maisons et les cours et à faire désinfecter les logements, nommés par des conseils de santé locaux disposant du droit d'acquérir des champs d'épandage pour les eaux-vannes et de lever des impôts pour financer les travaux d'assainissement

⁷¹³ Bloch L., « Le renforcement des droits du patient amène immédiatement deux questions : de quels patients parlons-nous et de quels droits s'agit-il ? » in Castaing, C. (dir.) *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité ?* op.cit., p.29-30.

⁷¹⁴ Ibid., p.31.

⁷¹⁵ Ibid., p.35.

⁷¹⁶ Ibid., p.36.

eux-mêmes soumis à un conseil gouvernemental de santé...Tandis qu'en Prusse, puis dans la plupart des États allemands (...). Tandis qu'en Suède, réunie à la Norvège (...) mais aussi en Ecosse, en Finlande, en Roumanie, en Autriche-Hongrie, en Suisse, en Serbie et en Italie, la vaccination et la revaccination étaient obligatoires. En France, on écrivait des romans. »⁷¹⁷

Comment interpréter l'exception française, pour le moins (doublement) paradoxale, la France étant le berceau de l'invention moderne de l'hygiène publique ? Pour un auteur comme Mathieu Ramsey, dont l'extrait de l'ouvrage, *Public health en France*, est ainsi repris par Gérard Jorland, l'explication réside dans le faible engagement d'un État par ailleurs fortement centralisateur :

« Qu'un pays qui a créé le mouvement d'hygiène publique moderne et établi la santé publique comme discipline scientifique ait été si lent à en appliquer les mesures sur une grande échelle. Le second, qu'en France, dont le nom est virtuellement synonyme de centralisation et d'État fort, le gouvernement central ait longtemps joué un rôle étonnamment limité dans la santé publique ». ⁷¹⁸

Pour Gérard Jorland, ces deux paradoxes : « n'en font qu'un, le second paradoxe est en effet l'explication du premier. C'est parce que l'État ne s'est pas impliqué que l'hygiène publique est restée (...) une science pure ». Comment dès lors comprendre pourquoi l'État français ne s'est pas impliqué ? Pour l'historien, deux raisons peuvent être avancées. La première réside dans la lente urbanisation et la tardive industrialisation française. L'auteur souligne les faits marquants distinguant la France de ces homologues : « Quand la Grande Bretagne et l'Allemagne multiplient par vingt-cinq leurs villes de plus de cent mille habitants au cours du siècle, la France ne les multiplie que par cinq ». ⁷¹⁹

L'auteur expose ainsi la seconde raison :

« L'État français manquait de légitimité, pour s'imposer à la société civile. L'hygiène publique met à nu sa faiblesse au XIXe siècle. Soit il ne parvient pas à faire exécuter ses ordres par ses propres représentants locaux, les préfets (...). Soit les conseils généraux font obstruction à l'application de ses lois en refusant d'assumer leur part de charge financière. Soit, enfin, il n'ose tout simplement pas imposer à la population des mesures qui portent atteinte à la propriété, à la famille, ou aux libertés individuelles (). Si l'État manquait de légitimité, c'est parce qu'aucun de ses régimes n'eut de durée suffisante pour s'enraciner dans la société civile. Pendant, le long

⁷¹⁷ Jorland G. *Une société à soigner : hygiène et salubrité publiques en France au XIXe siècle*, op.cit., p.317.

⁷¹⁸ Ibid., p.118.

⁷¹⁹ Ibid., p.321.

XIX^{ème} siècle, de 1789 à 1914, la France a connu pas moins de douze régimes différents.»⁷²⁰

L'historien conclut, partant donc de ce constat de faible légitimité de l'État français qu' :

« Il n'y a pas eu de politique d'hygiène publique parce que son instabilité obligeait l'État à se soucier de sa propre viabilité avant celle de la société française. C'est pourquoi les médecins se sont fait élire eux-mêmes au Parlement et ont fait voter une législation sanitaire sans plus attendre la consolidation de la III^{ème} République ». ⁷²¹

La problématique nous semble similaire en ce XXI^{ème} siècle si ce n'est que les causes de fragilité de l'État ont changé. Celui-ci n'est plus fragilisé par sa propre instabilité, il l'est devenu du fait des concessions faites à une économie néolibérale globalisée affaiblissant chaque fois un peu plus sa souveraineté.

Aussi, en matière de système de santé, pouvons-nous parler d'une forme de continuité, aujourd'hui comme hier, l'État a pour enjeu principal sa propre survivance, avant celle de la population, et plus précisément la survivance de sa légitimité. Les discours de la réforme, ceux des hauts fonctionnaires comme ceux des gouvernements, promettent la survie d'un système de santé qui serait dépendant de l'État et de l'État seul. Mais la crédibilité de ce discours repose sur la survivance du postulat que la santé est l'absence de maladie et qu'elle ne peut être garantie que par l'accès égal de chacun aux soins les meilleurs. Ainsi, seul un système de solidarité sociale garantie par l'État peut assurer ce dispositif, syllogisme fondateur du paradigme que nous avons dénommé celui de la santé/non-maladie.

S'agissant de protéger la santé, l'État français fut donc défaillant depuis les origines de la santé publique moderne. A l'heure des nouveaux risques sanitaires, l'enjeu de légiférer sans délai et sans relâche réside dans une légitimité si fragile. Nous pouvons ainsi resituer la loi consacrant le droit des malades dans le train de ces réformes des années 2000, la forte proximité existant entre ce thème et celui de la sécurité sanitaire.

Revenons à la lecture des droits du malade énoncés par la loi « Kouchner ». Celle-ci peut se lire en synthèse comme : le droit d'être protégé contre la toute-

⁷²⁰ Ibid., p.322.

⁷²¹ Ibid., p.323.

puissance médicale et plus particulièrement contre celle de l'institution hospitalière, par le rappel du statut de citoyen, le droit d'être protégé des conséquences de l'aléa thérapeutique et médical, par une juste indemnisation, le droit d'être protégé contre la toute-puissance étatique, en devenant acteur de sa santé. La loi Kouchner se présente ainsi comme une suite d'énonciations de droits, mis en mots à défaut qu'ils ne soient vivants en acte. Le point de vue de la discipline du droit confirme cette appréciation, Cécile Castaing, dans son exposé, nous décrit une loi « mal ficelée » :

« Un constat simple et évident s'impose. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui installe le concept de démocratie sanitaire dans l'ordonnement juridique, est une loi dont la lisibilité n'est pas un « modèle du genre » et qui a d'ailleurs été modifiée à douze reprises depuis son adoption. Sur le fond, la conception retenue de la démocratie sanitaire, mêlant droits individuels des patients et les droits collectifs des usagers, est pour le moins ambiguë (...). Formellement, c'est une loi longue avec cent vingt-six articles et qui modifie neuf codes. »⁷²²

De plus, l'auteure rappelle le contexte médiatique et l'affaire judiciaire qui a précédé, ou plutôt précipité l'adoption de la loi Kouchner. Le constat global dans lequel s'inscrit cette loi ainsi que les conséquences démocratiques délétères qui résultent lorsque la loi intervient en réponse à des événements dramatiques et médiatiques :

« Dans ce contexte, la loi intervient donc en réponse à cette demande sociale et tend à devenir un instrument de communication (...) elle n'est plus l'expression de la souveraineté nationale, mais l'expression du ministre qui l'a proposée (...). Ce contexte et cette instrumentalisation de la loi peuvent expliquer le recours immodéré du gouvernement à la procédure accélérée de l'article 45, alinéa 2 de la Constitution. Le gouvernement peut prendre l'initiative d'enclencher cette procédure accélérée (anciennement déclaration d'urgence) et de contraindre ainsi le travail parlementaire. »⁷²³

Ainsi, la procédure d'urgence fut utilisée pour l'adoption de la loi sur les droits des malades et Cécile Castaing pose la question de la légitimité à user d'une telle procédure :

⁷²² Castaing C., « la lisibilité de la loi en droit de la santé », in Castaing, C. (dir.) *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité ?*, op.cit., pp.66-67.

⁷²³ Il s'agit de l'arrêt « Perruche », p.68.

« Compte tenu de ces implications sur le travail parlementaire, cette procédure est, en théorie, justifiée par l'urgence ou une impérieuse nécessité. Quelle urgence ou quelle impérieuse nécessité a amené le gouvernement à recourir à la déclaration d'urgence pour adopter la loi du 4 mars 2002 ? ». ⁷²⁴

Cette question est d'importance, souligne-t-elle, du fait de ses impacts sur la qualité de la loi :

« Les imperfections de la loi ne peuvent pas être efficacement corrigées à posteriori par des recommandations, des circulaires ou même des « foires aux questions » dont la valeur juridique et l'opposabilité sont douteuses. L'explication législative a posteriori ne peut combler le déficit démocratique induit par les incohérences du texte issues d'une lisibilité peu assurée ». ⁷²⁵

Le regard spécialisé du droit rejoint les conclusions de l'analyse politiste : un déficit de démocratie et comme clef d'explication les nécessités d'un discours à défaut d'acte d'une politique en mal de légitimité, aboutissant à l'absence de véritables nouveaux droits. Ce constat global est ainsi résumé en conclusion par Cécile Castaing dans son rapport de synthèse :

« Les droits reconnus aux malades reposent sur deux fondements antérieurs à la loi Kouchner et nourrissent par ailleurs les dispositions de cette dernière : il s'agit d'une part des droits de l'homme et, d'autre part, de la théorie du contrat et de la déontologie de la profession médicale ». ⁷²⁶

En synthèse donc, pour l'auteure : « seul l'avènement des droits collectifs ressort de la démocratie sanitaire. » Cependant Florence Lérique, ouvre des perspectives optimistes considérant la dimension territoriale émergeant au-delà d'une relation autrefois limitée au dialogue singulier :

« A travers l'exemple de l'institutionnalisation des contrats locaux de santé à parler d'inflexion de la démocratie sanitaire qui n'est donc plus comme l'ambiguïté des premières heures pouvait le laisser penser, figée dans la relation patient-médecin. Ainsi repensée, la démocratie sanitaire, notion récente et souvent considérée comme une déclinaison de la démocratie administrative tend à s'émanciper. ⁷²⁷

⁷²⁴ Ibid., p.69.

⁷²⁵ Ibid., p.79.

⁷²⁶ Castaing, C. (dir.) *La démocratie sanitaire: mythe ou réalité ?* op.cit., p.106.

⁷²⁷ Ibid., idem.

Il convient cependant de relativiser ici les hypothèses optimistes de nos juristes que nous retiendrons comme des pistes certes pertinentes. Deux constats rendent cette prudence nécessaire.

Un rapport a été établi par l'IGAS en Février 2016 sur l'évaluation du pilotage de la démocratie sanitaire au sein des ministères sociaux. Commandé en vertu du troisième axe de la Stratégie Nationale de Santé visant « à approfondir la démocratie sanitaire et miser sur la déconcentration » et partant du constat « de lacunes entravant le développement de la démocratie sanitaire sur les territoires ». ⁷²⁸ Les maîtres mots clefs de ce rapport résident dans : pilotage, performance et efficacité, usagers et participation. La démocratie sanitaire y est conçue comme un dispositif piloté, la mission souligne ainsi qu' : « il est nécessaire de gagner en lisibilité et en efficacité, ce qui suppose de réorganiser le pilotage de la démocratie sanitaire ». ⁷²⁹

A travers ce rapport, la posture de l'administration sanitaire centrale se situe loin d'une conception de la démocratie sanitaire inscrite dans une conception de la démocratie telle que nous l'avons définie avec notamment Jacques Rancière ⁷³⁰. De plus, nous retrouvons ici l'absence, ainsi que nous l'avons déjà constaté en matière de territorialisation, des collectivités locales. Le mouvement associatif est présenté comme « l'acteur principal de la démocratie sanitaire », selon les termes des paragraphes du plan de ce rapport. Et de fait, dans la composition des Conseils territoriaux de santé, instances de la dite déconcentration de la démocratie sanitaire, parmi 34 à 50 membres répartis en quatre collèges d'inégale importance, seuls sept sièges, au plus, sont dévolus aux collectivités locales. En fait « c'est le collège des professionnels et offreurs des services de santé qui se taille la part du loin avec plus de 55% des sièges du conseil territorial. » ⁷³¹

Pas de véritables nouveaux droits pour le patient donc dans cette loi emblématique, la loi Kouchner, dont la fonction fut donc principalement d'être

⁷²⁸ Mauss H., *Evaluation du pilotage de la démocratie sanitaire au sein des ministères sociaux*, 2016, n°2015-179R, IGAS.

⁷²⁹ Ibid., p.5.

⁷³⁰ Rancière J., *La haine de la démocratie*, op.cit.

⁷³¹ D'après un article de localtis.info publié sur internet le 30 août 2016 : « Conseils territoriaux de santé : les collectivités à la portion congrue », arrêté du 3 Aout 2016 relatif à la composition du conseil territorial de santé.

au service de la déclaration politique de la légitimité de l'État. Elle réaffirme d'anciens droits, aussi a-t-on, avec l'avènement du droit des malades, fait appel à la loi pour mobiliser ce qu'Honneth appelle « *la fonction protectrice du droit* »⁷³². Or, à travers le modèle français issu du programme du conseil national de la résistance le citoyen gagnait la consécration de ce que Robert Castel⁷³³ considère être la propriété de droits sociaux. Précieuse pour le salarié, celle-ci lui offre les mêmes garanties de protection que la propriété matérielle d'un patrimoine alors même que celui-ci ne disposait que de la propriété de la force de ces bras, fortement périssable.

Nous avons déjà fait référence à la notion de réification cherchant à cerner cet objet la santé, pour les économistes conçue comme bien marchandise, dans notre première partie. Au-delà de cette première approche, il nous faut ici prolonger cette discussion. S'interrogeant sur la signification du concept de réification à l'aune de notre époque, se référant au pragmatisme de John Dewey, le père de la théorie de la reconnaissance transpose la réflexion de ce dernier, la resituant dans le contexte épistémologique européen :

« [Dewey] demeure étranger au concept de réification utilisé en Europe, insiste sur le fait que notre pensée réflexive court le danger d'une évolution pathologique dès lors qu'elle oublie son propre enracinement dans une expérience d'interaction qualitative. En rompant avec leur propre origine, tous nos efforts déployés pour connaître le monde s'exposent à oublier la signification existentielle qui présidait en leur commencement même à ces efforts ». ⁷³⁴

Puis, dans la continuité des idées empruntées à J.Dewey, Axel Honneth s'appuie sur Théodore Adorno, qu'il cite : « le souvenir de la reconnaissance ainsi préalablement accordée à l'objet constitue la garantie même du fait que la connaissance ne construit pas fictivement son objet ». ⁷³⁵ Nous ne reviendrons pas ici sur le principe de réification lui-même que nous avons donc déjà largement abordé. Il convient ici de souligner, qu'à l'issue de sa démonstration critique à propos de la réification, telle que l'avait pensée Georges Luckàcs,

⁷³² Honneth A. *La réification : petit traité de théorie critique*, op.cit.

⁷³³ Castel R., *L'insécurité sociale : qu'est-ce qu'être protégé ? Paris, Seuil, 2003.*

⁷³⁴ Honneth, A. *La réification: petit traité de théorie critique*, op.cit., p.78.

⁷³⁵ Ibid., p.79.

l'auteur du traité critique en déduit cette conception du droit comme fonction protectrice :

« Lukacs ne peut pas mesurer correctement la fonction protectrice du droit, dans laquelle il faut voir en fin de compte une traduction déficiente, mais d'autant plus efficace de la reconnaissance préalable. D'ailleurs, cette situation rend attentif par contraste au fait que la possibilité d'une attitude simplement réifiante croît toujours dans la mesure où, une pratique « observatrice » n'est plus liée aux garanties de reconnaissance minimales qu'apporte le droit ». ⁷³⁶

La réflexion menée par Honneth sur le concept de réification, apporte une clef permettant d'analyser les enjeux de la lutte pour le droit des malades. Finalement, peu importe que de nouveaux droits aient été créés ou non, ce qu'il faut considérer, c'est la déclaration de droits, même anciens, solennellement par le politique, bien que détournant ainsi les mots de la loi.

La loi dite Kouchner aurait ainsi le mérite de restituer au malade, dans sa relation aux autres acteurs du système, la reconnaissance de sa qualité de citoyen certes, mais aussi de personne humaine, d'acteur à part entière. Du citoyen malade ainsi restitué à sa condition d'être, naît un nouvel acteur, tandis que la figure historique des partenaires sociaux avait disparu avec l'avènement de la nouvelle gouvernance. La maladie vécue comme la bonne santé éprouvée dans le corps de la société, dont on conçoit bien qu'elle se distingue d'un système du soin qui serait vécu ou éprouvé dans ses instances, pourrait donc bien être le lieu d'émergence d'une démocratie en santé.

Cette interprétation de la démocratie sanitaire gomme les enjeux de pouvoir existants entre acteurs qu'ils soient étatiques ou économiques, et notamment celui de possible alliance avec le citoyen malade. Or, toutes les ambivalences de la notion de démocratie sanitaire et confusions sémantiques qui l'entourent servent ce jeu de pouvoir. Pour illustration de notre propos, le « quatrième carrefour de l'Observance » organisé par le cabinet de consulting Nile ayant pour sujet « L'alliance thérapeutique : comment co-construire le *market access* avec les patients ? ».

⁷³⁶ Ibid., pp. 115-116.

Marketing et démocratie sanitaire

Le texte de présentation du livre d'Actes de ce carrefour nous donne cette définition de la notion d'alliance thérapeutique : « [elle] détermine une façon de travailler en commun rendant plus optimale la prise en charge du malade et nécessite une coopération entre les soignants et les soignés ». ⁷³⁷ Cette notion croisée avec le concept de démocratie sanitaire permet aux auteurs un glissement de sens.

Parmi les axes d'amélioration de la démocratie sanitaire figure cette proposition : « permettre une meilleure prise en compte des besoins dans le développement du *market access* ». Or, qu'est-ce que le « *market access* » ? Une explicitation en est donnée par le site « Marketing professionnel » :

« De nouveaux métiers, en communication et en marketing émergent. Ils sont spécialisés dans les problématiques de santé et plus particulièrement centrés sur le *market Access*, c'est-à-dire sur l'enregistrement et la mise sur le marché de nouveaux traitements de prescription ». ⁷³⁸

Ce nouveau concept ne vise donc pas l'accès pour le patient aux médicaments dont il aurait besoin pour sa santé mais l'accès pour le médicament au marché solvabilisé par l'assurance maladie dont le dit-médicament a besoin pour sa « santé ».

Un glissement habile dans le discours permet ainsi de substituer au cadre de la relation malade soignant, celui du consommateur/producteur comme s'ils étaient équivalents. Nous retrouvons ici l'implicite du registre de la santé/maladie sans laquelle cette substitution ne serait pas possible, usant de la confusion entre question de santé et marché du soin.

Notre propos ne serait pas complet sans contre-exemple. Le citoyen malade n'est pas toujours l'otage des enjeux commerciaux. L'affaire du Sativex peut s'interpréter comme le conflit entre, le citoyen malade, cette fois en tant

⁷³⁷ Lettre publiée par Nile sur internet du 16 juin 2016.

⁷³⁸ Article publié sur le site de Nile, Marketing professionnel : « Santé et pharmacie : Le Market Access, un concept en bonne santé »

qu'acteur de sa santé, et les pouvoirs publics pour l'accès de certains médicaments au marché. Le Sativex, médicament composé de substances actives extraites du cannabis, efficace pour agir contre la douleur dans des maladies invalidantes telles que la SEP est cependant un cas particulier. Tiré d'une substance active combattue par les pouvoirs publics, elle se classe au rang des stupéfiants, réputés nuisibles au bon ordre public.

Ce combat singulier nous paraît se distinguer de l'institution et de la généralisation d'une alliance équivoque entre patients et industrie pharmaceutique à l'insu de ces derniers. Peut-on soutenir que toute molécule promue commercialement répond nécessairement à un besoin impérieux des citoyens malades ? On observera sur ce point que la démocratie sanitaire ne semble pas avoir pénétré les conseils d'administration des grands groupes qui règnent sur le marché du médicament.

A contrario, d'autres alliances se font jour comme celle qui réunit élus locaux et citoyens faisant cause commune contre les lobbys industriels sur le sujet de la pollution de l'air. Illustration de ces nouvelles configurations, le 31 Mars 2016 Anne Hidalgo annonçait préparer une action collective contre la décision jugée permissive de la Commission européenne en matière d'émissions polluantes des véhicules. Cette action, serait portée par cette dernière ainsi que les maires des grandes villes européennes et les 106000 signataires de la pétition : « la santé des citoyens avant celle des lobbys industriels » dont 70 000 français.

En synthèse, le concept de démocratie sanitaire peut permettre d'enrôler le malade/patient au profit d'enjeux d'acteurs qu'ils soient technocratiques ou marchands. Dans cette perspective, la démocratie sanitaire constitue un dispositif au service des acteurs « au pouvoir en santé » en opposition avec la démarche d'émancipation du malade, acteur de sa santé, des tendances réifiantes du marché.

Nouveau public, nouveau paradigme, nouveau pacte social en santé ?

A défaut d'une politique de protection de la santé individuelle et collective, de prévention et de santé publique mettant à l'abri les événements indésirables affectant la santé, à défaut de la protection de l'État en la matière, la démocratie sanitaire présente la vertu protectrice du droit. L'avènement d'une protection sociale universelle avait apporté, en son temps, une réponse concrète et réelle à la question : « qu'est-ce qu'être protégé en santé ? ». Cette réponse, était celle de la « propriété sociale » selon la formule de Robert Castel⁷³⁹, cette propriété d'une assurance contre le risque, au bénéfice des citoyens malades, du malheur de se trouver démunis tant en termes de moyen de subsistance que de moyens nécessaires à la fourniture des biens et services de « réparation » de la santé. Se faisant la protection sociale, désaffiliait le salarié du marché, ou pour reprendre le registre de référence que nous avons mobilisé avec Axel Honneth⁷⁴⁰, l'émancipait de ses tendances réifiantes.

Cette propriété sociale, autant que cette émancipation, est aujourd'hui remise en cause, non seulement par les réformes, mais ainsi que nous l'avons montré par les jeux de pouvoir entre acteurs du système et protagonistes de la *santé/non-maladie*.

C'est pourquoi le CISS a quitté le terrain de la démocratie sanitaire pour se mêler du débat public sur le système de santé lui-même. La déclaration du droit des malades par la loi aurait-elle la vertu protectrice qu'avait la protection sociale, ou pour le dire autrement, est-elle réellement la traduction démocratique de cette perpétuelle exigence citoyenne?

On ne peut tenter d'y répondre sans s'atteler à concevoir ce que serait une démocratie en santé. Tout d'abord, le projet d'un rapport démocratique entre le médecin et le malade n'est-il pas tout simplement par nature illusoire. Ainsi que le souligne fort justement Jean-François Brisson, dans la mesure où un rapport démocratique suppose un minimum d'égalité, pour reprendre ses propres termes :

⁷³⁹ Sur ce point voir Robert Castel *L'insécurité sociale Qu'est qu'être protégé ?*, op.cit.

⁷⁴⁰ Honneth A. *La réification : petit traité de théorie critique*, op.cit.

« D'un côté, le soignant est un sachant, un expert dont la compétence technique est inaccessible au patient. De l'autre, le patient du fait de sa maladie est en situation de vulnérabilité aggravée. L'idée exprimée par la loi que toute personne prend (...) les décisions concernant sa santé a d'abord, pour le malade, si l'on y réfléchit bien, quelque chose de proprement vertigineux. »⁷⁴¹

Au sujet du colloque singulier, qui nous l'avons vu n'est pas le lieu du politique en santé, il ne pourrait y avoir à cet endroit qu'une illusion de démocratie. Si le malade est entré en tant que citoyen dans le débat sur la crise du système et ce faisant, il porte aussi et surtout l'exigence d'un autre modèle. Celle-ci est très clairement exprimée, pour exemple, par Christian Saout⁷⁴² dans un article portant sur la perte de confiance dans le système de santé.

L'ancien président du CISS présente les « *importants ajustements que nous sommes nombreux à considérer comme nécessaires* ». ⁷⁴³ Ceux-ci sont au nombre de quatre. Le premier vise la protection des libertés individuelles dans la santé, s'agissant des données informatisées notamment. Le deuxième vise : « le refus ou l'impossibilité de contraindre au nom de l'intérêt général les médecins à s'installer dans certaines zones ». Se faisant il évoque la faiblesse de l'État face à ses responsabilités protectrices : « il n'est pas certain que la puissance publique, si elle reste inactive, soit épargnée par des mises en cause judiciaires pour défaut d'organisation du service public. ».

Le troisième des ajustements que Christian Saout considère comme nécessaire vise la qualité des soins à laquelle il associe la promotion de la santé :

« Très absente dans notre pays, [elle] nécessite d'être renforcée si l'on veut agir sur l'accès aux soins, en intégrant la protection de son potentiel de santé dans le quotidien de chacun, et sur la qualité des soins, en soignant peut-être moins mais mieux ». ⁷⁴⁴

Enfin, le quatrième défi énoncé par le représentant du CISS concerne le classique équilibre des comptes mais en mettant radicalement en cause le schéma fondateur actuel du système. Aussi, n'hésite-t-il pas à remettre en cause l'État gestionnaire :

⁷⁴¹ Brisson J-F., « Démocratie sanitaire, mythe ou réalité », op.cit., pp.15-16.

⁷⁴² Saout C., « La crise de confiance dans le système de santé », op.cit..

⁷⁴³ Ibid.

⁷⁴⁴ Ibid.

« La puissance publique est-elle conçue pour gérer des flux de soins. C'est aujourd'hui la vraie question » (...) « reste le courage politique, denrée très rare puisque cette recommandation de la Cour des comptes (rechercher des ressources nouvelles) n'a été mise en œuvre qu'à la marge à l'occasion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Il y a donc d'autres solutions que les transferts de charge vers les ménages ou les complémentaires ». ⁷⁴⁵

Ce court exposé montre que, même à propos de thèmes classiques de la crise du système de santé habituellement invoqués par l'État, gouvernements comme responsables de la haute administration, la vision du CISS appelle à une remise en cause fondamentale de référentiel. Ainsi Christian Saout ouvre un débat, habituellement absent des rhétoriques de la réforme, mettant en scène le manque de décentralisation : « Comment les collectivités locales, de plus en plus indispensables pour atteindre les objectifs de santé, vont elles se retrouver dans une « préfectorisation » de la santé ? » ⁷⁴⁶

Cette remise en cause fondamentale s'assortit de l'exigence d'une refonte du pacte social en santé, formulée dans ces termes mêmes. Ainsi Christian Saout conclut son article : « la crise de confiance dans le système de santé » : « Convenons qu'il (le pacte social en santé) a été fondé en 1945 mais que nous pourrions le refonder. En tout cas, c'est de cela dont nous avons besoin sur la route de la confiance ». ⁷⁴⁷

Nous l'avons déjà évoqué, ce modèle est aujourd'hui fortement fragilisé, d'une part le visage de la santé a profondément évolué, les états de santé de la population décrits aujourd'hui par les épidémiologistes, sont marqués par des maladies chroniques ayant supplanté les maladies aiguës et infectieuses autrefois prédominantes. La part du système de soins en tant que déterminant de la santé est aujourd'hui évaluée à moins de 20%. De cette révolution découle une question démocratique majeure, celle de l'horizon même de la santé pour la société.

La France a ratifié les textes de l'OMS affirmant que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. Cependant, le cadre cognitif du système de santé français repose sur une acception bio-médico-clinique de la santé comme

⁷⁴⁵ Ibid.

⁷⁴⁶ Ibid.

⁷⁴⁷ Ibid.

absence de maladie et sur la croyance que l'éradication des maladies a pour condition l'accès à une médecine efficace (et donc coûteuse).

L'analyse critique des articles et ouvrages publiés par Didier Tabuteau que nous avons étudiés, montre que le discours regrettant l'absence de débat en santé est en même temps le discours entretient la persistance d'un paradigme dépassé, celui de la santé/non-maladie, et de ce fait, entrave l'émergence de ce débat.

Cette problématique est clairement exposée dans le livre blanc édité par le CISS dont on peut lire dans la préface : « Santé, changer de logiciel ; pour une refondation de notre pacte social en santé » écrite par Christian Saout, alors président :

« Notre système de santé français a forgé son identité sur le succès du modèle biomédical bâti tout au long du vingtième siècle. Aucune maladie ne semblait résister. (...) Aujourd'hui, malgré d'indéniables progrès, (...) ce modèle s'est avéré en difficulté à plusieurs reprises. » ⁷⁴⁸

La solution promue le président du CISS est pour lui l'avènement d'une démocratie en santé :

“ En démocratisant la santé. Car notre santé nous appartient. S'il est vrai que le temps des officiers de santé toisant le subordonné souffrant est révolu, celui où l'administration de santé faisait alliance avec les soignants et l'assurance maladie pour faire la santé sans l'avis des populations n'a pas plus d'avenir. Il ne s'agit pas que de le dire. Il faut le faire. Les populations, les représentants des usagers, et les patients ont des compétences : servons-nous-en, collectivement ». ⁷⁴⁹

En prônant le changement de “logiciel”, le mandataire du CISS emploie une formule proche des notions de référentiel et de paradigme, qu'il considère comme un passage obligé. Sa vision des enjeux démocratiques n'a pas pour seul horizon le cadre juridique de la représentation des usagers dans les instances sanitaires dites de “démocratie sanitaire” mais pose la question de la démocratie elle-même. Dans la post face, il déplore l'incapacité française de démocratie en santé :

“ Notre pays souffre d'une incapacité à organiser dans la période moderne la discussion autour des enjeux de santé publique. Les arbitrages se font sous couvert de la science sans mettre en regard les conséquences individuelles ou collectives en santé publique (...). Nous savons conduire un

⁷⁴⁸ Saout C. « Santé : changer de logiciel », op.cit., p.103 à108.

⁷⁴⁹ Ibid.

débat contradictoire sur l'opportunité d'un tracé d'autoroute mais nous sommes incapables de faire le moindre effort pour préparer convenablement une décision de santé publique (...) il nous faut une instance nationale capable d'organiser le débat contradictoire en santé publique avec indépendance et sérénité, sur la base de commandes publiques ou d'alertes. L'exigence de santé publique rejoint ici l'exigence démocratique. Naturellement. »⁷⁵⁰

A travers ces propos le président du CISS expose le paradoxe que nous avons mis en exergue à travers notre analyse. La politique de santé est à la fois une politique semblable à une autre, confrontée à la crise de la démocratie occidentale, et une politique particulière, au sens des problèmes et des solutions auxquels elle s'affronte.

⁷⁵⁰ Ibid.

En synthèse

Finalement, la théorie et les travaux de John Dewey et sa thèse sur la possibilité que la possibilité pour le public de sortir « *de son éclipse* »⁷⁵¹ éclairent de façon très pertinente les éléments de discours que nous venons d'étudier. Ils nous apportent une clef de lecture du mouvement des malades pour leurs droits.

D'une part, nous faisons l'expérience d'un public « fantôme » typiquement présent dans la rhétorique politique dont la figure est fortement mobilisée dans le discours de légitimation de réformes qui assurent la continuité d'un modèle ainsi que du paradigme qui le fonde. D'autre part, nous faisons l'expérience avec le CISS, agissant en tant que militant, (comme le met en acte le numéro vert d'appel pour la défense des droits du patient), d'un public qui éclipse ce public fantôme et endosse la fonction identifiée par Dewey d'un public non passif lequel :

« Prend conscience des conséquences de l'interdépendance, puis identifie lui-même son intérêt, et enfin, crée par l'intermédiaire de mandataires les institutions spéciales destinées à protéger cet intérêt. »⁷⁵²

Tandis que les démocraties occidentales font le constat de leur affaiblissement dont l'éviction du « public » serait un des maux, ce mouvement qui s'est organisé dans la lutte pour le droit des malades en France peut se lire comme l'émergence d'un vrai public en démocratie au sens de Dewey.

Nous avons montré que la santé est de nature politique et que la figure du malade citoyen ne peut donc pas se réduire à l'utilisateur responsable partenaire d'une gestion rationnelle du système. Finalement, le renversement de paradigme, porteur d'un potentiel de refondation pour la politique de santé, dépasse le champ de la santé, en ce sens que son sort est lié plus globalement à celui de nos démocraties.

⁷⁵¹ Dewey J., Zask J., « Le public et ses problèmes », *Hermès, La Revue*, 2001, n°3, p.77 à 91.

⁷⁵² Ibid.

Conclusion

Les deux thèmes étudiés dans cette troisième partie ont un point commun qui se confirme comme caractéristique du champ de la santé : leur polysémie. Celle-ci joue un rôle dans la rhétorique de la santé en termes d'alliances et de légitimité mais elle est aussi source de tensions et de paradoxe.

La nouvelle grammaire du discours en santé, gouvernance et territorialisation et démocratie sanitaire, confère à la politique de santé un caractère en apparence commun aux autres politiques publiques participant de la refondation des outils de l'Etat dans une société devenue complexe. Celle dernière s'avère cependant singulière.

Les attraits du mot gouvernance pour le politique comporte à la fois la capacité réformatrice du politique comme la transformation de son action publique. Celui-ci implique des rapports plus horizontaux entre acteurs étatique et non étatiques. Or, *A contrario* la réforme Juppé a confirmé le rôle des acteurs étatiques, il en est de même les réformes que nous avons étudiées dans les moments 2004 et 2014.

Dans les discours, la démocratie sanitaire converge avec l'impératif de participation du registre de la nouvelle gouvernance en santé, dans une sorte de démocratie administrative, commune à d'autres secteurs de politique publique. Cependant, dans le champ de la santé, elle procède d'un glissement de sens depuis la figure du malade à celui d'utilisateur, voire de consommateur de soins. Or, l'utilisateur est un « public fantôme », mal démocratique de nos sociétés modernes.

Finalement, le thème de la crise a été une opportunité pour l'Etat pour revenir dans un jeu dont il était exclu à l'origine. Le recours au mythe, celui de la sécu, à la légende des héros de la résistance, à un scénario futuriste catastrophique, dont le spectre de la « crise » fait partie, assure, par le discours politique en santé, une légitimité de l'Etat « bricolée ».

La démocratie sanitaire permet un déplacement d'alliance dans la lutte entre médecins et technocratie centrale dans le cadre d'une institutionnalisation d'une « élite du welfare ».

Cependant, les actions du mouvement des malades pour leurs droits peuvent se lire comme l'émergence, dans le champ de la santé, d'un public au sens de Dewey qui : « prend conscience des conséquences de l'interdépendants, qui identifie, son intérêt, et enfin, crée par l'intermédiaire de mandataires des institutions spéciales destinées à protéger son intérêt ».

Ainsi, la réforme génère-t-elle une nouvelle crise, « fantôme » celle-ci, la crise démocratique de la santé dont on peut faire l'hypothèse que la solution en serait la refondation du système de santé, à l'insu du réformateur ?

Partie IV. La question de la refondation de la politique de santé française

« Quelques centaines de morts plus tard, j'ai bien dû me rendre à l'évidence, la mort dissimulée sous les statistiques médicales, chassée des maisons, parquée dans les hôpitaux, virtualisée dans nos jeux, utilisant tous les subterfuges : hasard, angoisse, temps, innocence, pour réapparaître encore plus pernicieuse, appliquée à ne jamais s'éloigner de son objectif de cent pour cent. »⁷⁵³

⁷⁵³ Périno L., *La sagesse du médecin*, op.cit., p.65.

Introduction

Nous allons, partant des résultats issus des trois précédentes parties, approfondir ici l'analyse des questions posées d'un point de vue conceptuel et théorique, étudier les contradictions des dernières réformes, celles que nous avons étudiées. Il s'agit d'explorer plus avant ici ce constat apparent, l'impossible refondation de la politique de santé française.

Les « crises » financière et sanitaire du système de santé que nous avons décrites dans notre première partie ont conduit à la formulation de l'objectif de refondation du système de santé et de la politique de santé. Nous avons étudiées au moyen d'une analyse de contenu menée avec le logiciel NVIVO dans notre deuxième partie les deux temps d'une troisième époque des réformes de santé en France ayant ambition cette refondation. Celle-ci repose sur deux termes :

- La santé publique, auxiliaire normatif de l'État dans sa recherche d'efficacité dans un registre inchangé de santé/non-maladie complété de *new management public*, mais aussi fausse « nouvelle santé publique », outil de gestion des crises sanitaires au coup par coup, participant du même paradigme.
- La territorialisation, outil de refondation de l'action de l'État ou plutôt de modernisation de l'État, et non du système ni de la politique de santé, ainsi que le l'annonce finalement le titre de la loi santé votée en janvier 2016 : loi de *modernisation* de notre système de santé.

Finalement donc, ni la tentative de retour de la santé publique en 2004 et la création rapidement oubliée d'un deuxième système, le nouveau système de santé publique, ni la territorialisation de la politique de santé en 2014, n'ont réellement consisté en une refondation en tant que telle ni de la politique de santé ni du système de santé. C'est la conclusion que nous tirons de notre étude par NVIVO.

Nous avons montré dans la précédente partie comment la rhétorique de la réforme légitimant l'intervention de l'Etat utilise le mythe de la « sécu », à travers une histoire commune, celle des hommes et les femmes de la résistance : l'Etat se

doit donc de préserver, pour le salut de la Nation, ce modèle, notre héritage, notre système de santé.

Le préalable aux approfondissements que nous mènerons dans cette troisième partie est donc de revenir sur ce point, l'idée paradoxale de refondation du système de santé en nous interrogeant sur les fondements historiques ainsi que les principes fondateurs de ce dernier. Puis nous interrogerons les conséquences d'une refondation du système de santé basée sur un nouveau paradigme de la santé en terme de répartition du pouvoir entre acteurs protagonistes de la lutte pour la santé.

De plus, nous avons montré que la légitimité de l'État est autant affirmée que questionnée dans le discours de la réforme de 2004 et 2014, tandis que le motif principal de la réforme demeure l'impératif de « coordination », alors même que la justification par la « crise » s'est estompée, tandis que les questions de « sécurité et risque » ont pris le relais mettant le système de santé en tension.

Nous avons conclu à la fois à la persistance d'un paradigme de la santé/non-maladie dominant mais aussi à sa mise en tension dans le champ de la prévention. Nous avons mis en évidence une transition paradigmatique s'amorçant dans le champ de la prévention au sein de la santé publique.

La question des risques sanitaires n'est pas réglée, la réponse itérative de l'État témoigne de sa difficulté à assurer sa fonction classique de régulation sociale, adaptée à la société du risque. L'État, en France, n'a pas non plus adopté une posture réflexive au sens où l'entend Papadopoulos faisant face à la complexité de la société moderne. Ainsi, la crise n'est pas résolue, bien que celle-ci ne soit ni visible ni nommée comme mobile de la réforme. En nous appuyant sur de nouvelles références théoriques, nous allons donc ici approfondir l'analyse de cette nouvelle crise.

Chapitre 1. Principes fondateurs du pacte social en santé et perspectives de refondation du système de santé

Introduction

Notre analyse des textes-discours autour des réformes de 2004 et 2014 a montré qu'au thème de la crise comme problème se sont substituées les imperfections du système et que la refondation opérée s'avère être celle des outils de l'Etat et non celle du système de santé lui-même.

Nous allons donc revenir à présent sur ce thème, l'apparente impossible refondation du système, en nous interrogeant sur les principes fondateurs de ce dernier. Il s'agit ici de resituer cette question historiquement et d'en analyser les enjeux.

Puis nous étudierons les éléments normatifs, politiques et sociologiques constitutifs d'une refondation du système de santé dans la perspective d'une rupture du cercle de la réforme anormale du système de santé, réinstaurant un retour à la normale de la réforme, c'est-à-dire donc dans le cadre d'un changement de paradigme. Celle-ci implique de nouveaux mandats et de nouvelles alliances entre ces trois acteurs clefs de la politique de santé, l'État et le citoyen, l'Etat décentralisé et le médecin.

1/ Principes fondateurs de la protection sociale en France

Nous allons ici approfondir ce que sont les données de la refondation en revenant sur le pacte social en santé tel qu'il fut posé à la création de la sécurité sociale en tant que soubassement du système de santé et réinterroger sa finalité originelle.

Nous l'avons vu cette finalité a été reconstruite dans la rhétorique de la réforme à l'image de l'État républicain colonisé par la pensée économiste, sous forme de l'idéal d'égalité en santé.

De plus, ce pacte a permis le développement d'un système en définitive relativement autonome dans sa naissance comme dans sa croissance indépendamment de ses principes constitutifs. Cette offre de soin, en tant que secteur économique, n'obéit à aucune finalité politique ni sociale.

a/ Catégorisation des systèmes de protection sociale et système de santé

L'utilisation du terme de système de santé est consubstantielle de l'avènement de la protection sociale, plus précisément de la sécurité sociale en France. Les auteurs qui traitent de comparaisons européennes des systèmes de santé confondent habituellement l'étude de ceux-ci avec celle des systèmes de protection sociale. Rappelons pour exemple que cette confusion est entérinée dans le dictionnaire de l'action sociale et sanitaire publié par l'ENSP l'Ecole Nationale de Santé Publique⁷⁵⁴, s'agissant de la définition même du système de santé. Ainsi, cet ouvrage de référence définit le système de santé français en creux à travers la référence aux deux modèles classiques de système de protection sociale : « « bismarckien » financé par des cotisations sociales partagées entre employeurs et salariés - « beveridgien » financé essentiellement par l'impôt et placé sous l'autorité de l'État. » »⁷⁵⁵

⁷⁵⁴ Bercelli, P., Lamour, P., Ricot, J., Schweyer, F.-X., *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale*. (F. Tuffreau, Ed.), op.cit.

⁷⁵⁵ La vocation de cet ouvrage est la formation des fonctionnaires des corps sanitaires de l'État : inspecteurs, ingénieurs et médecins inspecteurs de santé publique, directeur d'hôpitaux ... dont les auteurs, François Tuffreau et Annie Le Guével sont respectivement, le premier, diplômé de l'Ecole Nationale de la statistique et de l'administration économique (ENSAE), la deuxième est inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale.

Or, cette catégorisation mérite d'être analysée et nous pouvons à cette fin nous appuyer sur la démarche innovante d'Esping-Andersen. Centrée sur la notion de « régime d'État-providence », celle-ci permet de dépasser la traditionnelle française opposition : « entre modèles bismarckiens d'États-providence contributifs, assurant des prestations (en partie) en fonction des salaires et modèles beveridgiens d'États-providence financés par l'impôts et assurant des prestations forfaitaires, constitue le lieu commun de la littérature en droit social ».

756

Il faut donc tout d'abord éclaircir la notion d'« État providence », elle-même. Il s'agit en effet d'une mauvaise traduction du *Welfare State*, État garantissant le bien-être collectif et la prospérité. Ce qui fonde la Protection Sociale n'est pas la providence mais un compromis entre de multiples acteurs sociaux : partis politiques, fonctionnaires, syndicats, associations familiales, organisations patronales, de médecins...

L'intérêt de la catégorisation des États providence proposée par Esping Andersen est que celui-ci n'envisage pas ceux-ci du point de vue de leur seuls niveaux de dépenses sociales : « Les questions de la « démarchandisation », de la stratification sociale et de l'emploi sont des notions clés qui définissent la nature des États-providence ». » L'originalité de la construction théorique d'Esping-Andersen, est ainsi résumée dans la préface, celle-ci :

« Ne réside pas (seulement) dans l'élaboration d'une typologie plus riche que les précédentes, mais (surtout) dans l'utilisation d'indicateurs pertinents permettant de dépasser la simple description et qui ouvrent la porte à des analyses sociologiques approfondies. Le niveau de démarchandisation, la structure de classe découlant des politiques sociales et enfin la forme du lien marché-État, ces trois concepts fondamentaux en interaction constituent la trame du livre ». ⁷⁵⁷

La notion de régime, rend compte des « arrangements qualitatifs différents entre l'État, le marché et la famille », ou sphère privée, que l'auteur a mis en évidence à travers les différences internationales en matière de droits sociaux et de stratification de l'État-providence.

⁷⁵⁶ Esping-Andersen, G. *Les trois mondes de l'État-providence: essai sur le capitalisme moderne*, op. cit.

⁷⁵⁷ Ibid., p.1.

La mise en perspective historique des caractéristiques de l'État social représente un point majeur de son étude s'appuyant entre autres sur l'idée développée par Giddens (1985), lequel « met en lumière l'influence des guerres, un facteur qui a longtemps été ignoré par la littérature internationale ». ⁷⁵⁸ Or, ceci est particulièrement manifeste dans le cas français de l'avènement de la sécurité sociale en 1945, année de sortie de la seconde guerre mondiale. ». Esping-Andersen analyse ainsi la transformation historique d'un capitalisme « impitoyable du XIXe » en un capitalisme qui apprend « à devenir civilisé et à traiter les être humains différemment de marchandises ». L'auteur souligne que « cette transformation repose sur des motivations plus diverses qu'on ne le croit parfois ». ⁷⁵⁹

Se basant donc sur des travaux d'historien mais aussi sur des données économiques et sociales comparatives solides, Esping-Andersen montre que le système français de protection sociale n'a pas les attributs d'un système libéral (contrairement au cas anglais), pas plus qu'il n'a les attributs d'un modèle social-démocrate. Esping-Andersen classe le type français de système parmi les modèles corporatistes (type allemand), correspondant en fait à un modèle non paradoxal et très cohérent de régime conservateur de type étatique. Cette catégorisation s'explique du fait de l'histoire particulière de la structure de la société française et du rôle particulier de l'État.

L'auteur des trois mondes distingue en effet trois types de modèles de conservatisme : féodal, corporatiste et étatique, qui se rejoignent dans leurs logiques et motivations.

Le modèle corporatiste occupe une place particulière dans l'histoire de la protection sociale puisque son apparition précède l'avènement de celle-ci et constitue la première forme de démarchandisation. Celui-ci fut en grande partie soutenu par les groupes conservateurs dirigeants d'Europe continentale, ceux-ci y voyant un moyen de maintenir une société traditionnelle au sein d'une économie capitaliste en plein essor. La politique sociale de prémarchandisation

⁷⁵⁸ Ibid., p.15.

⁷⁵⁹ Ibid., p.1.

est, « pour ainsi dire, l'un des « arcs-boutants » qui empêche l'effondrement du capitalisme (Schumpeter, 1970 p 139). » :

« L'empressement du conservatisme à accorder des droits sociaux, encore que conditionnés par une certaine moralité, une loyauté, ou une convention, est aussi évident dans la tradition étatique (Bismark, von Taaffe illustrent cette tendance). Comme dans le cas du corporatisme, il y a des arrière-pensées d'intégration sociale, de maintien de l'autorité et de combat contre le socialisme (...) Le conservatisme étatique trouve, dans les droits sociaux, la solution à la « question sociale ». ⁷⁶⁰

Cette mise en perspective historique explique pour l'auteur les caractéristiques de ce régime aux côtés des deux autres régimes mis en évidence par son analyse, les modèles libéral et social-démocrate⁷⁶¹.

Les États providences sont ainsi au cœur des États conservateurs en tant qu'institutions « clés dans la structuration des classes et de l'ordre social ». L'auteur rappelle que la notion de marchandisation n'est pas totalement absente de la société précapitaliste, mais à ce stade, elle n'existe pas véritablement dans la mesure où les individus ne sont pas entièrement dépendants pour leur survie d'un salaire :

« La servitude féodale suppose aussi un degré de réciprocité et d'aide, que l'on peut qualifier de paternelle de la part du seigneur. Le producteur urbain est en général obligatoirement membre d'une corporation ou d'une confrérie. L'indigent peut normalement s'adresser à l'Eglise (...) L'idéologie conservatrice consiste à dire que la marchandisation des individus est moralement dégradante, socialement corruptrice, atomisante, et anomique » ⁷⁶²

Le conservatisme traditionnel qualifié par l'auteur de « conservatisme autoritaire paternaliste » a pour principes : « la hiérarchie, l'autorité et la subordination directe de l'individu, ou de la famille, au patriarche ou à l'État. »

⁷⁶⁰ Ibid., pp. 55-58.

⁷⁶¹ Les deux autres régimes conceptualisés par Esping-Andersen sont :

1/ l'État-providence « libéral » : « Dans ce modèle, le progrès de la réforme sociale a été rigoureusement borné par les normes traditionnelles, libérales, de l'éthique ouvrière : celui où les limites du bien-être équivalent à la proposition marginale à opter pour le bien-être plutôt que le travail. Les règles de droit sont donc strictes et souvent associées à des stigmates »

2/ le type de régime « social-démocrate » « Plutôt que de tolérer un dualisme entre l'État et le marché, entre classe ouvrière et classe moyenne, les sociaux démocrates cherchent à instaurer un État-providence qui encourage une égalité des plus hauts standards et non une égalité des besoins minimaux »

⁷⁶² Ibid., p.54.

Cependant, «Le corporatisme fut toujours une alternative conservatrice majeure à l'Étatisme »⁷⁶³

L'auteur montre par ailleurs, que la condition au développement des États providence n'est pas l'avènement de droits démocratiques, bien au contraire :

« Les premières grandes initiatives de l'État-providence ont lieu antérieurement à la démocratie et sont fortement motivées par la volonté de stopper sa réalisation. (...) Cette contradiction apparente peut être expliquée, en se référant aux classes sociales et à la structure sociale: les nations à démocratie précoce sont essentiellement agraires et dominées par de petits propriétaires qui usent de leur pouvoir électoral pour réduire, et non augmenter les taxes (Dich, 1973). Par contraste, les classes dirigeantes dans les régimes autoritaires sont mieux placées pour imposer des taxes à une population réfractaire. »⁷⁶⁴

Les travaux conduits par Esping-Andersen éclairent d'un jour nouveau le rôle de l'État en France au cœur des réformes de ces trente dernières années.⁷⁶⁵ Le système français, n'apparaît donc pas paradoxal mais proche d'un type de régime à l'allemande, se différenciant ainsi fortement des systèmes anglais et américains. Le seul particularisme français est le fait que les médecins français ont fait échouer l'avènement d'un système à l'allemande, lequel a cependant été créé et reste en vigueur en Alsace encore aujourd'hui.

Ainsi la catégorisation proposée par Esping-Andersen apporte finalement une image cohérente du modèle français de protection sociale et des enjeux qui traversent ce modèle historique. La France affirme sa tendance corporatiste avec la montée en charge du rôle des mutuelles à côté d'une assurance maladie de moins en moins universelle quant à l'étendue de sa couverture. Esping Andersen souligne que les sociétés de secours mutuels ont été organisées par les ouvriers par eux-mêmes en opposition au modèle conservateur étatique, dans une « suspicion vis-vis des réformes menées par un État hostile » considérant leurs propres organisations «comme des embryons d'un monde alternatif de solidarité et de justice. » Michel Etievent historien biographe d'Ambroise Croizat rappelle le contexte social de l'avènement de la « sécu », la dureté et la précarité des

⁷⁶³ Ibid., p.75.

⁷⁶⁴ Ibid., p. 24.

⁷⁶⁵ Ibid.

conditions de vie du milieu ouvrier où naquit Ambroise Croizat, fils d'un manoeuvre ferblantier. Le salaire est maigre et : « Si la maladie ronge, il faut s'arrêter et le salaire n'est pas versé. Pas de travail, pas de salaire. On vit alors de la charité ou de la solidarité des amis du quartier ». ⁷⁶⁶

De ce contexte sont issus les quatre grands principes constituaient le socle de l'assurance maladie universelle proclamée en France au sortir de la deuxième guerre mondiale⁷⁶⁷. Trois d'entre eux sont régulièrement repris par les auteurs : l'unicité, la solidarité et l'universalité. Le quatrième, celui de démocratie, a perdu de son acuité depuis que les réformes ont mis fin à la gestion paritaire des caisses. Cette démocratie sociale que représentait le principe de gestion par les intéressés d'un système dévoué aux intéressés, est pourtant centrale dans l'idéal de la « sécu », ainsi exprimée à travers les propos d'Ambroise Croizat, rapportés par son biographe :

« Jamais (déclarait-il) en instituant les premières élections de la sécurité sociale le 24 avril 1947, nous ne garantirons la pérennité du droit à la santé pour tous, si la sécurité sociale n'est pas gérée par les intéressés eux-mêmes. Il n'y a pas de politique efficace sans l'assentiment ou l'accompagnement des gens. La sécurité sociale n'est pas qu'une affaire de lois ou de décrets, elle dépend de vous. Elle implique une action concrète dans la cité, dans l'entreprise. Elle réclame vos mains! » ⁷⁶⁸

Avec cette substitution, l'État français confirme la nature du régime de la protection sociale à la française, de type conservateur étatique pour reprendre les catégories d'analyse d'Esping-Andersen, et son rôle de contrôle social, plus que de garant de droits démocratiques.

D'autres alternatives sont cependant possibles telles que celles présentées dans le rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires publié par la

⁷⁶⁶ Ethievent, M., « Ambroise Croizat, ministre des travailleurs », document diffusé par le Parti communiste français à l'occasion du 110^{ème} anniversaire de la naissance de « celui qui bâtit la Sécurité Sociale ».

⁷⁶⁷ Ces quatre principes sont : 1/ solidarité : unité de la législation 2/ unicité : caisse unique 3/ démocratie : gestion des caisses par les bénéficiaires 4/ universalité : généralisation à toute la population.

⁷⁶⁸ Ibid.

documentation française sous le titre, *quel système de santé à l'horizon 2020 ?*⁷⁶⁹. Après avoir dressé trois scénarios sur la base d'une typologie classiquement étayée des modèles de protection sociale, la réponse dans ce rapport à la question « *quelles évolutions possibles dans le système français* », déroge à cette orthodoxie :

« Cette construction singulière, hybride et très pluraliste, du système de santé français a ainsi organisé un compromis spécifique entre les valeurs de solidarité/équité, de liberté et d'efficacité. La stabilité de cet équilibre est-elle menacée dans l'avenir? On peut s'interroger effectivement sur l'impact des forces qui sont à l'œuvre (...) les tendances que l'on peut repérer aujourd'hui dans le système de santé ne conduisent pas nécessairement vers l'un ou l'autre des scénarios stylisés décrits supra (...) dans ce domaine, les évolutions ne sont pas exogènes et inéluctables »⁷⁷⁰

Ainsi, en réponse à la question: *quel système de santé à l'horizon 2020?*⁷⁷¹, le rapport du même nom se risque, au travers des analyses suivantes, à des hypothèses rompant avec la vision classique :

« Le mouvement semble amorcé vers des formes de régulation plus décentralisées, non seulement par le biais de la déconcentration régionale mais aussi par des politiques incitatives et contractuelles avec les acteurs locaux (...) la constitution de réseaux de professionnels est un corollaire de cette évolution (...) une des formes possibles pourrait être la gestion de ces réseaux par des assureurs en concurrence (...) d'autres modalités sont possibles (...) ce n'est pas tant la concurrence en tant que telle qu'il faut insuffler que des espaces d'autonomie pour les acteurs locaux, et des systèmes d'incitation (...) pour que des formes de régulation décentralisées puissent avoir leur place, dans le cadre de choix collectifs réalisés, le plus démocratiquement possibles ».⁷⁷²

Les conclusions de ce rapport prospectif mettent en exergue la problématique des choix collectifs, sur la santé, définis le plus « démocratiquement possible » rejoignant ainsi les revendications des citoyens-représentants des malades que nous allons étudier ultérieurement.

⁷⁶⁹ Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale, Ministère de l'emploi et de la solidarité, *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?, rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*, Paris, la Documentation française, 2000.

⁷⁷⁰ Ibid., p. 67.

⁷⁷¹ Ibid.

⁷⁷² Ibid., p.69.

b/ Valeurs et finalité de la protection sociale

Au plan international, le système de sécurité sociale mis en place en France au lendemain de la deuxième guerre mondiale participe de grands principes éthiques adoptés par les pays membres dans cette période particulière de leur histoire. Il apparaît intéressant de les recenser ici :

La Déclaration de Philadelphie adoptée en 1944 par la Conférence de l'Organisation internationale du travail, dispose que : « Les individus ne sont pas responsables des inégalités injustes qu'ils subissent » et que « La pauvreté où qu'elle soit constitue un danger pour la prospérité de tous ». L'objectif poursuivi est de faire en sorte que tous les individus qui appartiennent à la société aient les moyens de poursuivre leur progrès matériel et leur développement spirituel dans la liberté, la dignité et la sécurité économique.

La Déclaration des Droits de l'Homme, déclaration universelle adoptée par les Nations Unies en 1948 énonce deux catégories de droits, civile et politique d'une part, et sociale et culturelle d'autre part ; elle déclare le droit au travail, à la santé, à l'éducation et à la sécurité sociale. Ces droits sociaux ont été agrégés sur la notion de dignité humaine comme valeur morale universelle qui est au principe de la déclaration des droits de l'homme. Cependant, en matière de santé, la protection sociale est la base de systèmes de santé dont on considère aujourd'hui qu'ils ne garantissent pas l'effectivité du droit à la santé. Pour autant le fondement Kantien garde toute sa valeur (impératif catégorique).

La notion de dignité humaine demeure centrale bien que tout autant difficile à appréhender qu'indispensable. Tandis qu'elle s'impose universellement (la pensée de Kant garde toute sa justesse aujourd'hui sur ce point), sa définition est incertaine : « s'entendre sur le sens de la dignité humaine s'avère urgent (). Urgent, car son universalité la destine à répondre aux besoins actuels : temps de globalisation, temps de techniques mettant en jeu le sort de toute l'humanité »⁷⁷³. Il semble possible, à la lueur des lourds enseignements de l'histoire, de s'entendre sur le fait que l'intégrité du corps humain, en tant

⁷⁷³ Ricard M-A., « Le défi du politique » in : Langlois, L. « Impératif catégorique, principe de généralisation et situation d'action », *Cités*, (19), 2007, pp.153-171.

qu'attribut consubstantiel de la personne humaine, ne peut souffrir d'être dégradé ni d'être traité comme on peut le faire d'une chose :

« Quand l'homme concret est privé de dignité (...), c'est d'abord de l'intégrité du corps qu'il s'agit, qui a perdu tout bien : corps souffrant, nu, fragile, démuné, diminué, écrasé. Mais ce corps porte toute la vie humaine, visible et tangible, quoi qu'on puisse en dire. »⁷⁷⁴

La déontologie médicale est clairement calquée sur ce modèle, l'article 1 est à ce sujet explicite. Le deuxième point de consensus contemporain au sujet de la notion de dignité humaine, aboutissement de la critique portée à l'impératif catégorique de Kant, jugé trop rigoriste et trop indifférent à la « praxis » est qu'elle repose sur l'idée de reconnaissance⁷⁷⁵. La pensée de Kant, demeure la référence telle que l'indique par exemple Thomas De Koninck dans sa contribution « archéologie de la notion de dignité humaine » à un article collectif ayant pour sujet : « la dignité humaine, philosophie, droit, politique, économie, médecine » dans cette phrase qui en restitue la synthèse contemporaine :

« Kant, évidemment, qui semble donner la meilleure définition de la dignité à l'époque moderne : l'être humain est infiniment au-dessus de tout prix : autrement dit, les personnes ont une valeur absolue. La conséquence logique est celle du respect absolu lui aussi, de toute personne : cette notion introduit alors un nouveau thème essentiel, celui du désir de reconnaissance. »⁷⁷⁶

Ainsi, si les droits sociaux sont aujourd'hui remis en cause et si dans le cas précis de la politique de santé, leur refondation s'impose, pour autant les principes moraux sur lesquels ils sont fondés demeurent. Aussi pouvons nous considérer la dignité humaine comme la valeur fondamentale universelle avec laquelle renouer et ce dans la perspective d'un principe de reconnaissance dont nous avons mis en exergue l'exigence à travers la lutte pour le droit des malades.

Cependant, à côté de ces grandes déclarations éthiques, la protection sociale fait l'objet de des thèses économiques qui en justifient l'intérêt. Nous nous appuierons pour les énoncer sur la synthèse qui suit que nous empruntons à

⁷⁷⁴ Boni, T. « La dignité de la personne humaine, de l'intégrité du corps et de la lutte pour la reconnaissance », *Diogène*, (215), 2007, pp.65–76.

⁷⁷⁵ Langlois, L. « Impératif catégorique, principe de généralisation et situation d'action », *Cités*, (19), 2007, pp.153–171.

⁷⁷⁶ Bonjour P. « La dignité humaine, philosophie, droit, politique, économie, médecine. », *Reliance*, no 20(2), 2006, pp.85–92.

Alain Euzéby dont les travaux visent notamment la problématique : « protection sociale et performances économiques »⁷⁷⁷:

- **L'État tuteur des individus** : la protection sociale doit être imposée par l'État pour pallier à l'imprévoyance de certains individus, la non-perception des risques et à l'insuffisance de l'autoprotection de la solidarité familiale et de voisinage de la bienfaisance et de l'assurance privée.⁷⁷⁸. Cette optique, paternaliste, protectrice converge avec la tradition conservatrice féodale pour reprendre la classification d'Esping-Andersen et se trouve en contradiction du registre républicain de l'homme moderne rationnel et responsable.

- **Le phénomène de l'Economie extérieure**: la protection sociale produit des effets externes qui s'avèrent des avantages allant au-delà des bénéficiaires, inversement, ce qui peut retentir négativement sur l'individu le peut aussi sur la collectivité et vice et versa. Ou bien encore les théories de la croissance endogène : la protection sociale permet la paix sociale, elle soutient la consommation elle atténue les coûts sociaux elle est un facteur de gain de compétitivité. Ces théories économiques sont compatibles avec l'évolution des idées ayant permis de trouver de premières formes de réponses face à la question sociale.

- **Les phénomènes de sélection adverse ou anti sélection**: les mauvais risques chassent les bons risques si les assurances sont facultatives, ce qui est particulièrement vrai en santé: soit les tarifs montent car les personnes les plus exposées souscrivent davantage, les moins exposés ont donc tendance à moins s'assurer, ou bien on assiste à une sélection des risques par refus d'assurer les personnes à haut risque. A contrario l'assurance obligatoire n'est pas contingente du risque, elle présente plus de contrainte mais aussi plus de

⁷⁷⁷ Euzéby A. « Financement de la protection sociale, efficacité économique et justice sociale-Des interrogations communes aux États membres de l'Union européenne », *revue marché commun et de l'union européenne*, 1997, pp.253-260.

⁷⁷⁸ Les individus anticipent imparfaitement les risques auxquels ils font face puisqu'ils ont une information imparfaite, ils ignorent les probabilités objectives d'occurrence des risques tandis que l'État connaît les risques. Ils ont un horizon temporel moyennement borné (myopie temporelle) tandis que l'État voit loin. Les individus ont des comportements imprévisibles par rapport aux risques, certains sont « risquophobes », d'autres « risquophiles », les individus ne sont pas toujours aptes à déterminer l'utilité de consommation de produits ou services de soin contrairement à l'État.

solidarité entre personnes à risque et personnes non à risque. On retrouve ici le principe de solidarité déjà présent dans le cas précédent.⁷⁷⁹

Or, nous constatons que quelle que soit la théorie mobilisée pour justifier le fondement de la protection sociale, l'argumentation économique est basée sur le constat de non protection des individus par le marché⁷⁸⁰. Le marché (épargne et assurance passent par le marché) est incapable de parvenir à une distribution optimale des revenus (chaque offreur de travail est rémunéré à sa productivité maximale ce qui provoque une insuffisance de revenu pour les familles). L'évolution à long terme des taux d'intérêts est incertaine, si bien que les retraites par capitation ne sont pas assurées d'être garanties, quant aux incertitudes économiques : les risques économiques ne sont pas assurables.

Ce sont en fait les principes fondamentaux classiques de l'économie de marché tels qu'ils sont posés selon les termes de D. Ricardo :

« Les salaires doivent être livrés à la concurrence franche et libre du marché et n'être jamais entravés par l'intervention du gouvernement ».

⁷⁸¹

Dans ce cadre, les ouvriers ne sont pas garantis d'un salaire qui leur permette de pourvoir à leurs besoins fondamentaux et en particulier au maintien de leur santé. Les cotisations sociales, alors revendiquées par les mouvements ouvriers comme une part supplémentaire de rémunération du travail enlevée au patronat sur la plus-value, doivent leur permettre d'y pourvoir.

La propriété de ce droit, propriété sociale, a permis un compromis politique favorable à l'expansion du capitalisme⁷⁸²:

« A défaut de la propriété privée, la propriété sociale a représenté une innovation décisive qui a permis la réhabilitation des non-propriétaires en leur assurant sécurité et reconnaissance à partir de leur travail ».⁷⁸³

⁷⁷⁹ Le cas américain en est la meilleure illustration : l'assurance maladie est facultative et privée le plus souvent souscrites par les entreprises, elle dépend de la taille de la famille du niveau de prestation et du risque : 15% de la population n'a pas d'assurance à l'exception des pauvres qui bénéficient du *medicaid* et les plus de 65 ans du *medicare* (ne rembourse pas les médicaments) les dépenses de santé aux USA sont de 15% du PIB contre 10,5% en France. Coût de gestion privé / public= 13 à 125% versus 4,5%

⁷⁸⁰ Se basant sur une conception tirée de *Marshall 75 social policy* : la Protection Sociale consiste en l'usage du pouvoir politique pour supplanter compléter ou modifier les mécanismes du système économique en vue d'atteindre des résultats auxquels ce système ne pourrait parvenir par lui-même., Alain Euzéby défend l'idée que la Protection Sociale a pour rôle de transformer le développement économique en développement humain.

⁷⁸¹ Cedelle J., *Introduction à l'histoire de la pensée économique*, op.cit.

⁷⁸² Castel, R. *L'insécurité sociale: qu'est-ce qu'être protégé ?*, op.cit. .

La république en France, en ralliant les instruments théoriques et techniques permettant de protéger les individus contre les risques sociaux entendus ici comme aléas naturels inhérents à la vie humaine, responsables d'une perte de revenus ou d'un surcroît de dépenses, a permis de garantir à chacun une vie digne à l'abri des risques du marché et de la marchandisation de la force de travail. Cependant, la question des responsabilités entre l'individu libre et le marché au sujet de l'emploi n'a pas véritablement été tranchée.

Le principe sous-jacent à la Sécurité Sociale est que l'individu n'a que peu de responsabilités dans l'occurrence des principaux risques auxquels il devra faire face dans son existence, hypothèse, nous l'avons déjà remarqué, de nature conservatiste et protectionniste.

Cependant en France, seule la responsabilité du risque chômage incomberait à l'individu. L'ancien débat républicain, entre indigence subie et choisie, n'est pas encore tranché à l'heure de la mise en place de la « sécu » en France. Le système français de sécurité sociale révèle ainsi ses ambiguïtés, n'étant pas véritablement conçu comme un véritable système de protection sociale puisqu'à la différence des autres grands pays occidentaux, il exclut le risque chômage. Dans l'esprit des protagonistes du Conseil National de la Résistance et des syndicats de l'après-guerre, la finalité de la protection sociale était cependant claire : protéger les salariés des risques du marché, facteur d'extrême vulnérabilité dans une société atomisée face aux risques de la vie.

Finalement, le concept central de démarchandisation, au cœur de l'analyse d'Esping-Andersen⁷⁸⁴, certes en apparence désuet, est particulièrement utile pour analyser la politique de santé et du système de santé français. L'auteur définit ainsi ce dernier :

« Survient lorsqu'un service est obtenu comme un dû et lorsqu'une personne peut conserver ses moyens d'existence sans dépendre du marché. (...) La démarchandisation renforce le travailleur et affaiblit

⁷⁸³ Castel R., Haroche, C. *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi : entretiens sur la construction de l'individu moderne*, Paris, Fayard, 2001.

⁷⁸⁴ Esping-Andersen, G. *Les trois mondes de l'État-providence: essai sur le capitalisme moderne*, op.cit.

l'autorité absolue de l'employeur () pour cette raison que les employeurs sont toujours été opposés à la démarchandisation (...) Un second modèle dominant est celui de l'assurance sociale obligatoire accordant des droits assez importants. Cependant, à nouveau, ceci n'assure pas automatiquement une démarchandisation substantielle. Elle dépend beaucoup de la structure d'éligibilité et des règles d'indemnisation. »⁷⁸⁵

Esping-Andersen s'est attelé à définir des critères permettant de juger en les quantifiant du niveau de démarchandisation des différents régimes d'État-providence.⁷⁸⁶ L'auteur des trois mondes souligne que : « presque tous les pays capitalistes avancés reconnaissent quelques formes de droit assurant la protection contre des risques sociaux de base : chômage, invalidité, maladie et vieillesse. Le cas le plus avancé serait le paiement d'un revenu social aux citoyens sans distinction de cause. » L'explication historique est à nouveau importante pour comprendre comment les pays occidentaux ont évolué différemment sur ce point :

« Les nations avec un long héritage historique de conservatisme et/ou de réformisme catholique sont susceptibles de développer un degré de politique sociale démarchandisée relativement tôt. Toutefois, leurs États-providence lient l'affaiblissement des liens vis-à-vis du marché à des mécanismes puissants de contrôle social... »⁷⁸⁷

Envisager, avec Esping-Andersen, le projet de la sécurité sociale en France et plus particulièrement de l'assurance maladie en tant que dispositif de démarchandisation rompt avec une approche assurancielle visant la solvabilisation d'une offre de soin considérant la santé comme un bien appropriable sur le marché. Cette approche a l'avantage d'être plus cohérente avec les principes et les valeurs ayant guidé les créateurs de la sécurité sociale en France. Observant les discours des protagonistes du conseil national de la résistance, on ne peut que confirmer l'idée que l'idéal de démarchandisation était à l'origine de ce que l'on nomme la « sécu ». Celle-ci se distingue aussi nettement d'un objectif de *welfare* au sens de bien-être. A l'appui de la

⁷⁸⁵ Ibid., p. 34.

⁷⁸⁶ L'auteur distingue ainsi plusieurs séries de dimensions, la première concerne les règles gouvernant l'accès des individus aux prestations, une deuxième série de dimensions concerne le remplacement du revenu (c'est-à-dire le niveau des indemnisations). Troisièmement, l'éventail reconnu des critères d'éligibilité.

⁷⁸⁷ Ibid., p.66.

démonstration d'Esping-Andersen, la véritable question posée semble être celle de la protection contre les risques courus par le salarié dans le cadre d'une économie de marché. La grande pauvreté entretient un lien récursif entre maladie et santé et libéralisme économique et salariat induisent un risque de vulnérabilisation forte de la vie humaine face aux aléas.

Il faut probablement relativiser cette théorie, Henri Bergeron, dans son ouvrage, *Sociologie politique de la santé*, ayant passé en revue les principales explications à la genèse des États-providence, souligne le caractère peu consensuel de la thèse selon laquelle l'État social se développe pour gérer la « vulnérabilité de masse que représente l'insécurité ouvrière, inscrite au cœur même du processus de production ». Plus globalement, l'auteur reprend les analyses de Bruno Palier qu'il cite :

« D'une manière générale ces thèses sont considérées comme « développementalistes » et trop proches de la situation historique des États scandinaves conçus comme horizon normatif de la protection sociale social-démocrate. (Palier, 2005a) »⁷⁸⁸

A ce stade, reprenons ici l'historiographie du système français pour approfondir notre étude. La Caisse nationale d'assurance maladie⁷⁸⁹, dans un ouvrage de référence à l'intention des futurs médecins conseils⁷⁹⁰ livre un exposé détaillé de l'historique de la protection sociale comparée en Europe dont la construction bien antérieure fut antérieure à la fameuse création de la Sécu.

Alors qu'en France l'idée d'assistance a longtemps prévalu le concept d'assurance sociale s'implante rapidement en Allemagne.⁷⁹¹

⁷⁸⁸ Bergeron, H., Castel, P. *Sociologie politique de la santé*, op.cit., p.18.

⁷⁸⁹ Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, *Concours de praticien conseil*, Documentation Administrative, éd. 1988.

⁷⁹⁰ Ibid.

⁷⁹¹ Le programme social de Bismark : lois du 15 juin 1883 (assurance maladie) du 6 juillet 1884 (accidents du Travail) du 22 juin 1889 (assurance invalidité vieillesse). D'abord limitées aux ouvriers de l'industrie elles seront complétées et étendues entre 1890 et 1914 à d'autres catégories sociales et constituent une assurance obligatoire contributive : les cotisations étant exigées à la fois des travailleurs et des employeurs avec un système de compensation nationale (Allemagne à hauteur de 27% du financement des caisses) est à l'origine du système « des caisses d'assurance maladie » ou modèle allemand =1/ cotisations assises sur le salaire et limitée par un plafonnement 2/ les caisses ont un degré d'autonomie et sont spécialisées :elles assurent le financement de la demande de prestations en fixant leurs cotisations et sont gérées de façon bipartite (employés-salariés) chaque catégorie de caisse gère une ou deux prestations : chaque assuré dépend donc de plusieurs caisses et choisit sa

En France, la loi du 9 avril 1898 inverse la charge de la preuve pour tous les ouvriers de l'industrie en posant le principe de la responsabilité de l'employeur. Pour se prémunir contre le risque le patronat aura recours à des caisses d'assurance. Ce n'est qu'en 1928 qu'est votée une législation modifiée par la loi du 30 avril 1930 instituant les Assurances Sociales obligatoires pour les salariés du commerce et de l'industrie dont le salaire est inférieur à un certain plafond ; avec la création d'une efflorescence de caisses à étiquettes variées : syndicale, patronale, religieuses. Les médecins français s'y sont opposés, Jean-Marie Clément souligne que :

« Cette loi ne sera pas appliquée à cause du refus des médecins de se voir salariés insidieusement par l'introduction d'un tiers payant ; elle sera ratifiée par une nouvelle loi du 30 avril 1930 qui, supprimant toute idée de tiers payant en faveur des assurés sera acceptée par les médecins ». ⁷⁹²

Au décours de la deuxième guerre mondiale, l'ordonnance de Pierre Laroque du 4 octobre 1945 crée un régime général de sécurité sociale unique ayant vocation absorber les régimes spéciaux à l'exception du régime agricole. ⁷⁹³ Tout en maintenant les régimes spéciaux d'assurance maladie d'avant-guerre, l'assurance maladie obligatoire fait partie de ce système de sécurité sociale destiné à l'ensemble de la population. Daniel Benamouzig, rappelle que ce projet idéal sera de courte durée :

« En 1946, le Parlement change de majorité et le climat social se dégrade. Les pouvoirs publics renoncent à la généralisation du système d'assurance maladie, estimant qu'elle se heurterait à l'hostilité des travailleurs indépendants, peu disposés à acquitter d'éventuelles cotisations » ⁷⁹⁴

L'ambition d'universalité et d'unité ne se concrétisera pas, ainsi que le souligne en synthèse Amédée Thévenet dans l'introduction de son manuel consacré aux institutions sanitaires et sociales de la France :

« Homogène et ambitieux, le plan français de Sécurité Sociale se mettra en place en trente ans. Il échouera sur l'idée de l'unité avec le maintien des

caisse (concurrence entre caisses) ; les médecins sont payés directement par la caisses soit sur liste d'inscription soit à l'acte.

⁷⁹² Clément, J.-M. *La santé étatisée: triomphe ou échec ?*, op.cit.

⁷⁹³ L'extension à tous ne se fera que par étapes successives la généralisation totale n'interviendra qu'après la loi du 24 déc. 1974.

⁷⁹⁴ Benamouzig, D. *La santé au miroir de l'économie: Une histoire de l'économie de la santé en France*, op.cit., p. 23.

régimes particuliers et des régimes spéciaux, sur l'idée de la caisse unique avec la création des trois caisses distinctes, en 1967, pour la famille, la maladie et la vieillesse. Il échouera également sur l'idée d'universalité avec l'aide sociale qu'on verra se maintenir et se développer, les retraites complémentaires et l'indemnisation du chômage, confiés à des organismes privés dont l'État comble les déficits.»⁷⁹⁵

Nous l'avons déjà vu dans notre première partie les instruments dont dispose l'État pour analyser la politique de santé au plan économique sont inexistantes jusque dans les années 1950. Les premiers intéresseront la consommation médicale, c'est donc sous cet angle que sera envisagée alors la politique de santé. Ils mettent en évidence des dépenses médicales, et donc un coût d'une telle protection qui augmente en volume et en rapidité. Cette situation débouche sur deux décrets du 12 mai 1960 qui en modifient l'organisation ainsi que les bases⁷⁹⁶ plafonnant les tarifs et encadrant les conditions de dépassement et imposant une convention type nationale pour les accords qui se concluent encore au niveau départemental et au niveau de chaque médecin individuellement et non avec les syndicats.

En 1967 intervient une réforme encore plus profonde qui sépare les trois branches de la sécurité sociale, la Caisse de Sécurité Sociale éclate en trois grandes caisses nationales autonomes : CNAM, CNAV, CNAF ayant ses propres cotisations indépendantes avec interdiction de compensation Conseil d'Administration paritaire sur le modèle des régimes conventionnels et complémentaires (vieillesse et ASSEDIC). Débute ainsi tant la rhétorique de la crise que l'ère des réformes de rationalisation économique du système. Plus fondamentalement encore, la loi constitutionnelle du 22 février 1996 enterre le principe paritaire avec la nomination par le gouvernement des dirigeants des Caisses d'Administration des caisses d'Assurance Maladie et l'instauration d'une convention d'objectif et de gestion entre le gouvernement et la CNAMTS.

⁷⁹⁵ Thévenet, A. *Les institutions sanitaires et sociales de la France* (Vol. 2319), Que-sais-je, cinquième édition, Presses Universitaires de France-PUF, 2002.

⁷⁹⁶ Sandier, S., Paris, V., Polton, D., Thomson, S., Mossialos, E., *Systèmes de santé en transition*, op.cit.

Ce rappel historique montre qu'avant la création de la « sécu » en 1945, il y avait déjà un système de protection sociale, Dominique Polton dans le rapport sur le système de santé dont elle est auteur, souligne ainsi que :

« Dans les premières décennies du XXème siècle les sociétés de secours mutuelles étaient 13 000 en 1900 et comptaient 2,5 millions de membres (...) en 1940 la mutualité revendiquait près de 10 millions d'adhérents (...) à la veille de la seconde guerre mondiale deux tiers des français bénéficiaient d'une couverture sociale en cas de maladie le choix de l'organisme d'affiliation restant libre ». ⁷⁹⁷

De plus, le système universel qui devait être mis en place ne s'est jamais totalement réalisé et la « Sécu » telle que conçue en 1945 a définitivement disparu en 1996. Ceci contraste avec la vivacité, dans la rhétorique politique et institutionnelle de la réforme du système de santé, d'un récit continu sur l'avènement en 1945 de notre bien commun, la « sécu » tandis que le souvenir de l'idéal de démarchandisation au principe de cette invention, s'est estompé.

Aussi, pouvons-nous à double titre qualifier de mythe, le récit d'un système de santé basé sur une sécurité sociale directement héritée de 1945 menacé de disparition. En disant qu'il s'agit d'un mythe, nous ne nous plaçons pas du côté d'une vérité, jugeant de ce qui est vrai ou faux. L'étude de la croyance dans les mythes conduit à penser que la *vérité* n'existe pas, ou plutôt qu'il existe différentes version de la *vérité* correspondant à « différents programmes de vérité », lesquels peuvent coexister au sein d'une société : « la vérité est un mot homonymique qui ne devrait s'employer qu'au pluriel ». ⁷⁹⁸ Il en est de même, sous forme intériorisée, dans le for intérieur de chaque individu et il en est ainsi des mythes : « un monde ne saurait être fictif par lui-même, mais seulement selon qu'on y croit ou pas ». ⁷⁹⁹

C'est la thèse de Paul Veyne⁸⁰⁰, lequel l'illustre en utilisant l'exemple des fantômes : je ne crois pas aux fantômes, néanmoins dans certaines circonstances, je peux éprouver de la peur à leur évocation. Le mythe comporte un « fond de

⁷⁹⁷Ibid.

⁷⁹⁸ Veyne P. *Les Grecs ont-ils cru à leurs mythes? Essai sur l'imagination constituante*, Le Seuil, 2013, p.32.

⁷⁹⁹ Ibid., p.33.

⁸⁰⁰ Ibid.

vrai » (« on ne saurait mentir *ex nihilo* ») et présente l'intérêt de réciter une histoire des origines mettant en scène des héros et participant ainsi de la quête identitaire humaine, du besoin de reconnaissance en tant que personne à travers l'appartenance à une communauté. Certes, croire c'est aussi se soumettre et de tous temps il y eu des réfractaires, cependant :

« On ne sait pas ce qu'on n'a pas le droit de chercher à savoir (...) et l'on ne doute pas de ce que d'autres croient, s'ils sont à respecter : les rapports entre vérités sont des rapports de force. »⁸⁰¹

La puissance des mythes réside dans l'adhésion de la majorité laquelle assure la validité du mythe au-delà de toute procédure de vérification scientifique. Les « doctes », dans l'usage « idéologique », ou plutôt rhétorique, de la mythologie », n'en sont certes pas dupes, mais celui-ci apporte crédit à leur discours et leur assure une reconnaissance certaine auprès de la population. D'ailleurs, « l'essence d'un mythe n'est pas d'être connu de tous, mais d'être censé l'être et digne de l'être ; aussi bien ne le connaissait-on généralement pas. »⁸⁰²

Le mythe de la création de la « sécu » en 1945, notre bien commun, comporte tous les ingrédients correspondant à cette catégorie. Nous en avons déjà énoncés quelques-uns auxquels il faut ajouter notamment celui du héros que constitue la figure du *Résistant*. Or cette figure est importante, en tant que telle, elle emporte le doute :

« Il y eu des esprits pour ne pas croire à l'existence des dieux, mais jamais personne n'a douté de celle des héros. Et pour cause : les héros n'ont été que des hommes, auxquels la crédulité a prêté des traits merveilleux, et comment douter que les êtres humains existent et ont existé ? »⁸⁰³

Pour les modernes, le mythe relève plus de la légende en ce qu'il se rapporte à un événement marquant : « la légende a pour origine le génie des peuples, qui fabule pour dire ce qui est vraiment vrai ; ce qui est le plus vrai dans les légendes, c'est précisément le merveilleux : là où se traduit l'émotion de l'âme nationale. »⁸⁰⁴ Ceci est particulièrement vrai du moment de la sortie de la Deuxième Guerre Mondiale. Enfin, on retrouve comme caractéristique du mythe,

⁸⁰¹ Ibid., p.52.

⁸⁰² Ibid., p. 56.

⁸⁰³ Ibid., p.53.

⁸⁰⁴ Ibid., p.70.

l'utilisation qui en est faite dans la rhétorique de la réforme par les responsables politiques, haute administration centrale et élus. Car enfin, le propre de la rhétorique n'est-il pas d'être: « l'art de gagner plutôt que d'avoir raison : pour gagner, c'est-à-dire pour convaincre, il fallait partir de ce que les gens pensaient, assurément... »⁸⁰⁵

Au de-là de la question : *Les grecs ont-ils cru à leurs mythes*, sujet de l'essai sur lequel nous venons de nous appuyer, Paul Veyne développe de cette ouvrage un concept inscrit dans l'intitulé du sous-titre, *Essai sur l'imagination constituante*. Celui-ci s'avère pertinent au regard de la discussion que nous avons menée dans le cadre de notre première partie concernant la définition du système de santé. Nous y avons développé l'idée que loin de correspondre à une réalité que l'on pourrait décrire objectivement, cet objet était une construction imaginaire utile à la réforme. La notion d'imagination constituante développée par Paul Veyne est tout à fait adéquate pour rendre compte de cette conclusion, celui-ci définit ce concept ainsi :

« Ces mots ne désignent pas une faculté de la psychologie individuelle, mais désignent le fait que chaque époque pense et agit à l'intérieur de cadres arbitraires et inertes (il va sans dire qu'en un même siècle ces programmes peuvent se contredire d'un secteur d'activité à l'autre et ces contradictions seront le plus souvent ignorées). Une fois que l'on est dans un de ces bocal, il faut du génie pour en sortir et innover ».⁸⁰⁶

Ceci explique la permanence des invariants constitutifs du paradigme de la santé/non maladie que nous avons constatés tout au long de notre étude, que ce soit dans les discours analysés dans le cadre de notre étude de texte que des textes analysés par N VIVO. Il faut probablement nuancer le propos de Paul Veyne. Plutôt que de génie, ce dont il s'agit, c'est d'une forte dose d'incroyance, c'est-à-dire d'« indiscipline », au sens de la notion de société disciplinaire forgée par Michel Foucault.

Revenons à présent à l'histoire de la sécurité sociale et du système de santé français. L'État est intervenu pour contrôler et encadrer le mouvement d'assurances sociales et en la matière l'État français fut le dernier des trois

⁸⁰⁵ Ibid., p. 66.

⁸⁰⁶ Ibid., p.127.

grandes puissances européennes après l'Angleterre et l'Allemagne. Cet interventionnisme étatique tardif, renforcé à la faveur d'une lecture économique a ouvert la période actuelle "d'un-après-la-sécu", le système d'assurance maladie actuel n'ayant conservé que la seule trace mythique de la naissance de la « sécu ». Jean-Marie Clément, auteur critique de l'étatisation de la santé, dépeint son évolution, ainsi : « cette kyrielle d'organismes que pilote l'échelon central de l'État, pour ce qui est de la politique, de l'organisation et du fonctionnement de la santé en France. »⁸⁰⁷. Cette description concorde avec celle d'un auteur institutionnel et consensuel que nous avons précédemment cité, Patricia Siwek. L'État affronte ainsi de fortes contradictions :

« Or dans le domaine sanitaire, l'État ne peut gérer, puisqu'en générant des structures (...) qui sont le reflet des affrontements des partis, syndicats et autres associations d'usagers, il est ankylosé et ne peut réagir avec la liberté que doit avoir un gestionnaire pour faire face aux difficultés quotidiennes qui ne peuvent être résolues par des lois ou des décrets et autre délibérations d'une instance collégiale, toujours longue à se décider. »⁸⁰⁸

Contrastant avec l'analyse d'Esping-Andersen, lequel fait le constat d'un régime français de protection sociale de nature conservateur étatique et peu démarchandisant, l'histoire de l'assurance maladie en France se caractérise, avant 1945 du fait de l'importance du rôle des acteurs eux-mêmes et, dans le moment singulier de 1945, de par un idéal de démarchandisation au deuxième plan desquels se situait l'État. Dans l'esprit de ses instigateurs les principes qui ont fondé la « sécu » n'ont procédé ni des arguments de la justification économique de la protection sociale ni d'une vision tutélaire de l'État mais d'une éthique de la dignité humaine, ancrée dans les droits de l'homme et du citoyen, du droit naturel de l'homme à disposer des ressources nécessaires pour vivre et se développer dans la sécurité et la dignité.

C/La santé, une question de justice sociale?

Nous avons vu que la notion même de justice n'est pas présente dans les discours des moments 2004 et 2014. L'idée de justice participe pourtant des principes

⁸⁰⁷ Clément, J.-M., *La santé étatisée: triomphe ou échec ?* op.cit., p.90.

⁸⁰⁸ Siwek, P., *Gouvernance de la santé, les acteurs institutionnels*, op.cit., p.122.

mêmes de la protection sociale. Cette apparente contradiction nous invite à préciser cette notion.

Nous avons en introduction rappelé la discussion menée par Daniel Weinstock au sujet de la question « La santé en philosophie politique : de quel type de bien s'agit-il? ». L'auteur conclut qu'il faudrait viser une distribution juste et égale des déterminants de la santé et non pas des états de santé.

De la même façon, la santé est une condition de la validité du modèle de justice que Savidan dénomme capacitaire, c'est à dire de l'égalité des chances, au même titre que l'éducation, sans que l'État n'ait de leviers sur celles-ci.

Caroline Guibet-Lafaye souligne la forte convergence entre la conception de la santé entendue dans le cadre OMS avec les principes de la justice sociale énoncés par Sen avec la notion de « *capabilities* », ou « opportunités de réalisation »⁸⁰⁹. Cependant, de la même façon que nous l'avions souligné au sujet du concept « d'égalité des chances », la santé apparaît dans ce cadre théorique comme une condition première d'une politique juste. Une telle approche de la justice sociale n'indique pas que les principes de justice sociale soient en soi fondateurs de la politique de santé.

Cependant, plusieurs arguments plaident en faveur de la théorie de la reconnaissance comme cadre d'interprétation pertinent des enjeux de la lutte pour les « droits du malade ». La théorie de la reconnaissance nous aide à décrypter la lutte pour la reconnaissance des droits des malades, mais ce n'est pas en tant que la théorie de la justice sociale mais en tant que la théorie critique développée par Honneth. Finalement, ne faudrait-il pas, ainsi que celui-ci nous y invite, dépasser le principe même de justice sociale, et réaffirmer la valeur protectrice du droit ? Celui-ci conclut ainsi son essai de théorie critique :

« Pendant les trois dernières décennies, la critique sociale s'est, pour l'essentiel, bornée à mesurer la valeur normative des sociétés en cherchant à savoir si elles se conformaient à certains principes de justice (...) elle a en même temps manqué le fait que les sociétés peuvent échouer sur un plan normatif d'une autre façon qu'en violant des principes de justice universellement valables (...) Car la délibération dans l'espace public démocratique se heurte sans arrêt à des thèmes et à des défis qui la

⁸⁰⁹ Fleurbaey, M. *Théories économiques de la justice*, op.cit. .

confrontent à la question de savoir si certaines évolutions sociales peuvent être, de façon générale, considérées comme désirables, au-delà de toute évaluation exprimée en termes de justice. En répondant à ces questions, que l'on qualifie souvent d'«éthiques», une critique sociale d'inspiration philosophique ne peut naturellement réclamer une sacro-sainte supériorité interprétative. Mais avec des références, appuyées sur une ontologie sociale, à la logique des transformations possibles, à l'aide de bons arguments, à enrichir la discussion (...). »⁸¹⁰

Dans un court essai : *Domination et émancipation, pour un renouveau de la critique sociale*, Nancy Fraser⁸¹¹ évoque son ouvrage paru en 2009, *Scales of justice : Reimagining Political Space in Globalizing World*⁸¹², celle-ci propose de dépasser les frontières des États-nations pour repenser la justice sociale. Nous pouvons souligner la convergence de cette approche avec le cadre proposé par l'OMS, par définition transnational.

Les recherches se multiplient, à l'échelle européenne notamment, portant sur l'impact de la globalisation sur la santé, donnant raison à une approche transnationale, non pas des systèmes de santé, mais des états de santé et des phénomènes associant santé et questions sociales.⁸¹³ Au-delà de la santé, se pose la question de Philippe Corcuff et la réponse de Nancy Fraser:

« La nuisance du capitalisme s'est encore manifestée lors de la récente crise financière. Et pourtant il continue d'imposer ses contraintes aux humains et aux équilibres écologiques. Comment expliquer ce constat troublant ? », « Aujourd'hui, nous sommes en proie à cette incertitude, ce manque de confiance. Existe-t-il une autre solution réalisable ? C'est la question que se pose aujourd'hui une critique de plus en plus fragmentée. »⁸¹⁴

Enfin, « dans ses réflexions plus récentes, elle défend une alliance inédite entre émancipation et protection sociale. ».⁸¹⁵ Dans le court essai dont est extrait cette citation, Nancy Fraser, pose la nécessité d'une remise à plat conceptuelle de ces deux termes, domination et émancipation, et défend une double idée, celle d'une

⁸¹⁰ Papadopoulos, Y. *Complexité sociale et politiques publiques*, op.cit., p.122.

⁸¹¹ Nancy Fraser est *Professor of Philosophy and Politics*

⁸¹² Fraser N., *Scales of justice: Reimagining political space in a globalizing world*. Columbia University Press, 2009.

⁸¹³ Sur ce sujet voir cette étude anglaise : Davies AR and all. « Mass Unemployment Events – Prevention et response for un public health perspective », Public Health Wales, 2017.

⁸¹⁴ Boltanski, L., Fraser, N., Corcuff, P. *Domination et émancipation: Pour un renouveau de la critique sociale*, op.cit., p.41-43.

⁸¹⁵ Ibid.

conception « ambitieuse » de la critique sociale, mais d'une conception « modeste » de l'émancipation, qu'elle définit par conséquent comme « le fait de surmonter la domination ». Le renouveau proposé par Nancy Fraser ouvre une piste pour repenser justice sociale et santé en cohérence avec les valeurs et principes fondatrices de la protection sociale.

2/ Un nouveau référentiel pour la politique de santé, l'apport de l'OMS

Frédéric Pierru et Marina Serre ont ouvert la voie d'une réflexion dans le cadre de l'article qu'ils ont co-publié, portant sur « les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection maladie ». ⁸¹⁶ Leur propos est de montrer comment les organisations internationales économiques telles que la Banque mondiale et l'OCDE principalement participent de la production d'un sens commun alimentant les réformes des systèmes de santé des pays européens. Ce sens commun est ancré dans des références théoriques que sont les valeurs, principes et outils de l'économie néo-classique et du new management public ainsi que sur une constatation empirique de convergence des systèmes à travers les dernières réformes. L'objectif est de promouvoir le « mot d'ordre » de la concurrence encadrée, sorte de *modus vivendi*, faisant, pour reprendre une expression empruntée à Jobert, figure « d'idéologie molle », et constituant la synthèse de deux termes, la thèse de la faillite de la régulation publique et l'antithèse de l'impossible régulation par le marché.

A côté de ces institutions puissantes du fait de leur assise tant financière (les investissements considérables consentis par celles-ci dans les systèmes de santé ces dernières années) que symbolique (à travers tant les conditions à leur intervention que leur réseau de formation et de production de la connaissance formel et informel), les auteurs soulignent la position difficile de l'OMS. Cette organisation pourtant plus ancienne et en quelque sorte plus légitime, puisqu'elle a la santé pour mandat, ne dispose pas d'un tel levier financier et se trouve en porte à faux en termes de valeurs et d'orientations. L'équité est au cœur du projet de l'OMS, l'un des quatre piliers de la santé pour tous, tandis que cette valeur est d'une allure plus « cosmétique » dans le discours de l'OCDE pour qui, *in fine*, cette préoccupation « ne doit pas entraver la libéralisation ».

L'OMS qui n'est pas une organisation à visée économique se distingue fondamentalement des organisations internationales visées par les auteurs

⁸¹⁶ Serre, M. et Pierru, F. « Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection Maladie », *Lien social et Politiques*, 2001, n° 45, pp. 105-128.

comme étant à l'origine de la production d'un sens commun réformateur du fait de son optique de santé publique mettant l'accent sur les objectifs de santé publique plutôt que sur la performance économique. Les trois autres principes éthiques qui la gouvernent sont le droit à la santé, la solidarité et la participation et la responsabilisation de tous les auteurs. Les auteurs considèrent que, sous la pression du déséquilibre dans laquelle l'OMS se trouve, celle-ci a cependant infléchi ses positions en faveur du consensus international d'inspiration économique.

Cet article analyse ainsi la mécanique de la réforme des systèmes de santé et le rôle joué par l'impératif économisme, similaire de ce que nous avons observé dans notre première partie dans le cas français, tout autant que l'aspect potentiellement discordant que représente la figure de l'OMS. Nous voudrions approfondir cette analyse et la préciser.

Tout d'abord, nous avons montré dans notre première partie dans le cadre de la généalogie de la réforme, que la logique économiste ne procède pas d'une mise sur l'agenda en termes problèmes publics. Dans le cas français, nous avons vu que la logique économiste est en réalité à l'origine de la réforme et ce à travers la définition d'un problème construit et présenté de façon alarmiste de ce fait qualifié de crise par les acteurs centraux. Sur ce point de la construction de ce problème F. Pierru et M. Serre soulignent que :

« Le manque d'efficacité est progressivement construit par l'OCDE et la banque mondiale comme le problème central des systèmes de santé » (...) cette efficacité doit pouvoir être obtenue grâce à l'analyse rigoureuse des coûts et des bénéfices liés aux différentes stratégies envisageables pour combattre une maladie dont on estime qu'elle fait peser une charge trop lourde sur la population considérée». ⁸¹⁷

Ces réformes ont certes été accompagnées de nouveaux problèmes ayant surgi sur les agendas politiques, celui des crises sanitaires ainsi que celui des inégalités de santé. Dans le cas de la France, celles-ci ont conduit les gouvernements successifs à promouvoir et organiser une politique de santé publique pour finalement entreprendre de « refonder » le système de santé. La logique économiste n'a pas pour autant disparu, les imperfections et dysfonctionnements supposés du système de santé, bouc émissaire, demeurent

⁸¹⁷ Ibid., p.111.

la cible des réformes. Cependant, celles-ci procèdent d'orientations plus technocratiques qu'économistes, dont le mot d'ordre nous l'avons vu dans le cadre de notre étude par NVIVO, repose sur l'impératif de coordination.

Si les logiques économistes, en tant que valeurs et normes de l'action publique demeurent, elles semblent aujourd'hui déconnectées au sein d'une orthodoxie administrative fortement concurrencée par des préoccupations tout aussi fortes portant sur les thèmes de sécurité et de qualité. Le problème en santé s'est donc singulièrement complexifié et ne peut plus se résumer à une simple équation économique.

Notre deuxième remarque porte sur un point pour nous central tout au long de notre travail, l'amalgame entre système de santé et système de protection maladie, l'un ou l'autre terme étant employé indifféremment tour à tour. L'article sur lequel nous nous appuyons ici participe de cette confusion, pour exemple, l'intitulé du chapitre : « l'irruption des organisations internationales et l'imposition progressive d'une problématique économique de la « réforme des systèmes de santé » s'ouvre par un paragraphe intitulé « la protection maladie un nouvel enjeu pour les organisations économiques internationales »⁸¹⁸. Les systèmes de santé étant eux-mêmes confondus avec les systèmes de soins dans ce même article de la sorte :

« Cherchant comme la Banque mondiale à concilier impératifs économiques et nouveaux impératifs sociaux (...), l'OCDE vise un double objectif : garantir l'accès à des soins suffisants et équitables et assurer l'efficacité macro-et micro-économique du système. »⁸¹⁹

Nous avons mis en évidence dans notre première partie ces amalgames au sujet du cas français, amalgames confirmés par notre étude NVIVO concernant les réformes de 2004 et de 2014. Ceux-ci constituent l'ossature du paradigme de la santé/non-maladie dans lequel, la santé en tant qu'absence de maladie est garantie par les soins, le système de santé/soin étant lui-même garanti grâce au financement solidaire qu'apporte la protection sociale et l'assurance maladie. Dans ce paradigme la politique de santé peut se confondre avec la politique de

⁸¹⁸ Ibid., p.107.

⁸¹⁹ Ibid.

gestion et d'organisation du système de santé/soins et de construction et de pilotage d'un modèle d'assurance maladie.

Or, la production et la consommation de soins, l'offre et la demande de soin, relève d'un marché du soin et quelle que soit la politique et ou la philosophie adoptée, peut difficilement échapper à une logique économique. Le choix crucial concernant les modalités de « solvabilisation » de l'offre est cependant un point obscur de la doctrine économique, laquelle hésite entre plusieurs modèles selon les auteurs.

Un tel paradigme aujourd'hui semble dépassé. Les systèmes de santé/soins ne représentent qu'une part faible de l'ensemble des déterminants de la santé et le raisonnement économique qui compare coûts et bénéfice est de ce fait devenu problématique. Il n'y a plus de lien mécanique de cause à effet entre un système de soins quand bien même en soi performant, efficient et l'état de santé de la population très largement déterminée en dehors du système de soin. Dès lors, le raisonnement qui consiste à désigner les mauvaises performances du système de santé français comme à l'origine des mauvais résultats en termes d'état de santé de la population, au cœur de la rhétorique de la réforme, ne tient plus. On peut raisonnablement considérer les mauvais indicateurs de santé de la France que sont, inégalités sociales de santé et surmortalité masculine comme les signes d'une carence de protection de la santé face à la vulnérabilisation accrue dans le cadre d'un « marché du travail ».

De plus, il est aujourd'hui très difficile, pour ne pas dire impossible, d'établir objectivement et scientifiquement une telle causalité. Nous voulons prendre pour exemple le fait qu'une telle causalité n'a pu être établie quant aux objectifs de la loi de santé publique de 2004, pourtant conçus de façon scientifique. Concernant les 100 objectifs de cette loi, le rapport publié par le HCSP comportant leur évaluation à cinq ans, constate que la moitié d'entre eux n'étaient en réalité pas évaluable. Parmi les 54 objectifs évalués, seuls neuf sont globalement atteints 16 partiellement et il n'a pas été possible d'établir de lien

de cause à effet entre les indicateurs renseignés et le dispositif de santé publique mis en place par la loi⁸²⁰.

On mesure le malentendu que recouvre la notion d'évaluation de l'efficacité des systèmes de soins. Si il est possible techniquement et scientifiquement de déterminer ce que doivent être de bonnes pratiques et procédures de soins en termes d'efficacité des soins sur les paramètres biocliniques de la maladie, cela ne conditionne en rien ni l'occurrence de ces maladies ni l'interférence du cours de celle-ci avec des phénomènes extérieurs et encore moins, *in fine*, la bonne santé d'une population. Pour le dire autrement, une société malade quand bien même équipée du système de soins le plus performant risque d'être confrontée à des indicateurs de santé de sa population défavorables et ce d'autant plus qu'elle est fortement inégalitaire⁸²¹. De fait, on sait que le montant des dépenses de soins en pourcentage du PIB n'est pas corrélé avec le niveau d'état de santé des populations des pays concernés. Les cas typiques des USA (15% du PIB) ayant des indicateurs de santé défavorables et du Japon (7% du PIB) ayant de meilleurs indicateurs de santé l'illustrent parfaitement.

Finalement, le véritable enjeu des résultats en santé n'est pas tant celui de l'efficacité réelle ou supposée, effective ou déficiente des systèmes de santé mais celle de l'efficacité de l'État à gouverner les corps ainsi qu'à réguler le corps social ainsi que le souligne Didier Fassin en préambule de son ouvrage, *L'espace politique de la santé* :

« Dans toutes les sociétés, la maladie met en jeu des rapports de pouvoir. Elle les dévoile enfin dans la recherche de réponses collectives, rituels de purification ou programmes de prévention, dont l'efficacité représente toujours un test pour l'autorité, traditionnelle, aussi bien qu'étatique. »⁸²²

Pour approfondir cette discussion, revenons au cas de l'OMS, de son positionnement et du référentiel qu'elle promeut. Tout d'abord, l'OMS ne s'est intéressée aux systèmes de santé/soin que de façon récente, notamment à travers le rapport 2000 cité par nos auteurs et sur lequel nous reviendrons. L'OMS a pour rôle de définir les objectifs et un cadre d'action en termes de politique de santé et son raisonnement procède d'une approche populationnelle

⁸²⁰ Haut Conseil de la santé publique, *Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique*, Rapport, France, décembre 2009, p.6.

⁸²¹ Wilkinson, R. G., Grimaldi, A. (2010). *L'égalité c'est la santé*. (C. Hewlett, Trad.), op.cit.

⁸²² Fassin, D. *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*, op.cit., p.3.

de la santé typique de la santé publique. Le point le plus important est qu'elle s'appuie sur une conception globale de la santé qui fut posée avec la définition de la santé inscrite dans le préambule à la constitution de l'OMS en 1946. Cette définition comme « état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité » est désormais célèbre, mais ces implications moins connues. Or, de cette définition découle les principes et le socle éthique tout à fait singulier de l'OMS, au-delà même d'une approche de santé publique qui la distingue de l'approche économique des institutions internationales telles que la Banque mondiale ou l'OCDE. Ainsi la déclaration d'Alma-Ata, la première de la longue liste des déclarations de l'OMS, qui vise les « soins de santé primaire », dans l'objectif de la santé pour tous pour l'an 2000, participe d'une vision intégrée des soins comprenant, éducation, prévention, « approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base », « de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ». ⁸²³ L'OMS s'adressait alors à des pays en développement tout particulièrement concernés par ces aspects, spécifiques de la santé de leur population.

Si F. Pierru et Marina Serre soulignent et démontrent l'importance de l'imposition d'un sens commun réformateur par les organisations économiques internationales, ceux-ci ne prêtent pas attention, nous l'avons noté plus haut, à l'amalgame entre santé et soins ni à l'amalgame système de santé et protection maladie. De la même façon, ils négligent l'importance du paradigme de la santé globale fondé sur une définition de la santé positive et radialement opposée au paradigme de la santé/non-maladie, comme constitutif de la marque de fabrique de l'OMS. Or, un tel référentiel n'est pas sans poser de problème et on peut aussi supposer que le déséquilibre d'influence dont souffre l'OMS tient à cette difficulté plus encore qu'à sa faiblesse économique relative.

La définition de 1946 a été le fruit d'âpres débats et le résultat d'un compromis. Celle-ci fut ensuite vivement attaquée pour deux raisons : d'une part ce que d'aucun considèrent comme la douce utopie du bien-être, d'autre part l'aspect statique de la notion d'état complet. Il manquait donc à cette définition une

⁸²³ World Health Organization. "La Déclaration d'Alma-Ata." *La Déclaration d'Alma-Ata*. 1978. 2-2.

déclinaison opérationnelle, une explication de texte. La charte d'Ottawa adoptée en 1986, sans renier ni le caractère global ni le positif de la définition posée en 1946, lui confère une dimension dynamique et l'explicite à travers une nouvelle définition de la santé publique, dénommée « promotion de la santé ». Neufs conditions premières y sont énoncées pour la santé, trois principes d'action, cinq axes de travail.⁸²⁴ Cette déclaration fondamentale, qui constitue le fondement des actions et des politiques de santé menées par les villes santé et hôpitaux, deux réseaux OMS présents en France, ainsi que de la très grande majorité des acteurs d'éducation pour la santé français principalement associatifs, et cela depuis fort longtemps ou plus récemment même des équipes de l'éducation nationale, n'est jamais citée en référence par les auteurs français qui analysent la politique de santé.

Frédéric Pierru et Marina Serre, lesquels pourtant dans leur article font une place notable à l'OMS citant plusieurs de ses déclarations, ne mentionnent pas la Charte d'Ottawa, clef de voûte de la politique de santé de l'OMS. Aussi, l'imposition de sens commun est plus large encore que ce que les auteurs montrent à travers cet article. Elle recouvre un non-dit, un monde invisible pour reprendre l'expression de Sébastien Fleuret⁸²⁵, pourtant fondamental puisque celui-ci témoigne d'un paradigme alternatif, corollaire d'un implicite, du paradigme de la santé/non-maladie.

Cependant, si les quelques 80 villes du réseaux français de l'OMS et les 900 établissements membres du réseau international des hôpitaux et services de santé promoteur de santé se réclament de la charte d'Ottawa, les principaux porteurs de ce sens non commun que sont les professionnels acteurs de ces réseaux n'en sont pas moins parfois eux-mêmes critiques devant la difficulté.

Ainsi, le titre de l'intervention de la conférence inaugurale de la troisième université francophone de santé publique du 2 juillet 2006 à Besançon, par Brigitte Sandrin-Berthon, médecin de santé publique : « Promotion de la santé :

⁸²⁴ Sandrin-Berthon, B. "Promotion de la santé: de la théorie à la pratique... ou à quoi servent les déclarations solennelles de l'OMS.", Université d'été francophone de santé publique, Besançon, 2016.

⁸²⁵ Fleuret, S. "Les associations dans le système sanitaire et social en France: les territoires de l'invisible." *économie et solidarités* 36, 2006, pp. 107-128.

de la théorie à la pratique... ou à quoi servent les déclarations solennelles de l'OMS ? ». ⁸²⁶ La conférencière pour préparer son exposé a lu et relu la longue liste des déclarations de l'OMS qu'elle dépeint ainsi :

« C'est à la fois répétitif et plein de générosité, de bons sentiments, d'engagements pour la vie. On croirait parfois ces textes rédigés par des adolescents qui viennent de découvrir la faim dans le monde et les émois procurés par l'engagement collectif en faveur d'une grande cause ». Les objectifs du millénaire n'ont pas été atteints, « une autre utopie sans doute ».

Cette déclaration désabusée, reflète le découragement de certains acteurs de promotion de la santé face à la difficulté de traduire en acte les grands principes qui la définissent. De plus, on peut vraisemblablement expliquer la faible diffusion de la charte d'Ottawa, laquelle est un obstacle supplémentaire pour ces acteurs. D'une part, cette notion fait l'objet de contre-sens multiples dans les textes officiels en France émanant de la haute administration. La plus manifeste est inscrite dans la loi de santé publique 2004.

D'autre part, le cinquième axe de la charte d'Ottawa est passé relativement inaperçu des acteurs de promotion de la santé, peu concernés par les questions ayant trait au système de soins, alors que celui-ci constitue vraisemblablement la pierre angulaire de l'intégration de la promotion de la santé en tant que nouvelle approche en santé publique dans la politique du système de santé/soins. Ce cinquième axe vise « les services de santé » et préconise :

« De réorienter les services, de créer un système de soins qui serve au mieux les intérêts de la santé, qui s'inscrive dans une logique de promotion de la santé, qui respecte la dimension culturelle et sociale des personnes, qui encourage et prenne en compte l'expression des individus et des groupes sur leurs attentes en matière de santé. Cela suppose d'orienter dans ce sens la formation des professionnels et de la recherche ». ⁸²⁷

Ainsi cette orientation accorde la primauté au besoin de santé ainsi qu'aux exigences démocratique afférentes à ce dernier se rapprochant finalement de la notion de « care » entendue comme une attention particulière aux personnes en

⁸²⁶ Sandrin-Berthon, B. "Promotion de la santé: de la théorie à la pratique... ou à quoi servent les déclarations solennelles de l'OMS", op. cit.

⁸²⁷ Organisation Mondiale de la Santé, "Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé." *Première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa (Ontario)*. Vol. 21. 1986.

tant que personne humaine dans un monde vulnérable.⁸²⁸ Un point central de différence d'appréhension des systèmes de soins d'entre les démarches économistes et l'approche en termes de santé publique, est que les premières ne connaissent que la demande et l'offre, les deuxièmes se méfient de la demande qu'elles ne conçoivent pas de façon déconnectée du besoin de santé. Le besoin de santé s'objective et s'exprime à la fois. C'est précisément de ce reproche, de même que la critique de l'idéalisme de l'OMS, que se défend le directeur général de l'Organisation dans son introduction au *Rapport sur la santé dans le monde, 2000, pour un système de santé plus performant*:

« Les soins de santé primaire ont été considérés comme le moyen d'obtenir une couverture universelle d'un coût abordable : c'est l'objectif de la santé pour tous. En dépit de ses nombreux avantages, cette approche a été critiquée parce qu'elle n'accordait pas assez d'attention à la **demande** de soins de santé et de concentrait presque exclusivement sur une certaine perception des **besoins**. Lorsque que ces deux notions de coïncidaient pas, les systèmes ont échoués, incapables qu'ils étaient d'aligner leur offre de services sur les deux.»⁸²⁹

Tenant de s'adapter face à la critique et notamment d'adapter son approche à un ordre du monde profondément transformé, l'Organisation ne renonce pas aux préceptes de la santé publique dont la notion de priorité, proche de celle de besoin :

« Depuis une dizaine d'années, on observe une évolution progressive vers ce que l'OMS appelle le « nouvel universalisme » (...) on fixe un ordre de priorité des interventions en respectant le principe d'éthique selon lequel il peut être nécessaire et efficace de rationner les services, mais il est inadmissible d'exclure des groupes entiers de population. Cette évolution est due en partie aux profonds changements politiques et économiques des quelque vingt dernières années, notamment au passage d'économies planifiées à des économies de marché, à une moindre intervention de l'État dans l'économie nationale, à une baisse de la mainmise des pouvoirs publics et à une décentralisation accrue ».⁸³⁰

L'Organisation ne renonce pas non plus aux principes d'une santé globale et remet en question d'emblée le paradigme dans lequel s'inscrit l'approche

⁸²⁸ Tronto J. C. *Le risque ou le care ?* (F. Brugère, Trad.), Paris, Presses Universitaires de France, impr. 2012

⁸²⁹ Organisation Mondiale de la Santé, "Rapport sur la santé dans le monde, 2000.", 2000, point 26, p.6 : Note : demande et besoins ont été mis en caractères gras par l'auteur.

⁸³⁰ Ibid., point 27, p.11.

consensuelle dominante des systèmes de santé, reformulant en quelque sorte l'axe cinq de la charte d'Ottawa dans ce rapport 2000 :

« La raison d'être du rapport est l'amélioration de la performance des systèmes de santé dans le monde. Notre objectif était de mieux comprendre les facteurs qui contribuent au changement. La tâche était loin d'être aisée. Nous avons examiné comment définir un système de santé de manière à étendre notre champ d'activité au-delà de la prestation de services de santé collectifs et individuels en y englobant d'autres aspects essentiels de la politique publique qui ont une incidence sur la santé des gens. Le rapport propose d'étendre les limites du système de santé à toute mesure ayant principalement pour objet d'améliorer la santé »⁸³¹.

Parmi les cinq conclusions importantes du rapport, l'OMS renoue avec le fondement de la protection sociale, telle que nous l'avons souligné dans le cadre de notre paragraphe précédent, avec la notion de risque financier, plus que de risque maladie dont les gouvernements doivent prémunir la population :

« Les systèmes de santé visent non seulement à améliorer la santé des gens, mais aussi à les prémunir contre le coût financier de la maladie. Dans un pays à bas revenu, les gouvernements doivent réduire la part du système régressif des paiements directs en étendant l'application des dispositifs de prépaiement qui répartissent le risque financier et éloignent le spectre de dépenses de santé ruineuses. »⁸³²

De même, les critères de jugement de l'OMS demeurent attachés aux valeurs inscrites aux frontons des droits de l'homme rappelant les déclarations ambitieuses des protagonistes de la sécu, « la différence entre un système de santé performant et un système de santé défaillant se mesure aux décès, aux incapacités, à l'appauvrissement, à l'humiliation et au désespoir qui en résultent. »⁸³³ L'Organisation fait preuve d'autocritique sur ce point habituellement éludé et que nous avons évoqué :

« Si, pour le moment, des réponses claires, ou simples, ne peuvent être encore être apportées à nombre de questions ayant trait à la performance des systèmes de santé, c'est surtout parce qu'il n'existe que peu de méthodes fiables permettant de mesurer cette performance ».

A nouveau nous constatons ici que les amalgames entre soins/santé, système de santé/systèmes d'assurance maladie produisent des raccourcis permettant de

⁸³¹ Ibid., point 5, p.2.

⁸³² Ibid., point 11, p.3.

⁸³³ Ibid., point 3, p.1.

faire l'impasse sur des liens de cause à effet d'autant plus faux qu'implicites. De cette manière, sont désignés les supposés dysfonctionnements et imperfections du système de santé, à l'aune d'un idéal qui procède d'un modèle rationnel descendant et centralisé de politique publique.

Enfin, si en effet la tâche que se donne l'OMS, ainsi que les principes qui l'animent, sont emprunts d'une difficulté propice au découragement des médiateurs inscrits dans ce paradigme, la raison d'une moins bonne pénétration de ce référentiel provient aussi de ce qu'il contraste avec le simplisme de certains arguments économistes. Cependant, *in fine*, l'hypothèse la plus plausible est en ces termes posés par Brigitte Sandrin Berthon :

« L'impression générale qui se dégage de ces derniers textes est que la mondialisation de l'économie est une menace grave pour la santé mais que les hommes de bonne volonté, tous unis dans un élan de fraternité, vont vaincre les forces du mal (...) Ne soyons pas naïfs : il y a bien là deux modèles de société qui s'opposent. Les principes de solidarité, de lutte contre les inégalités, de respect de la diversité des cultures, de protection de l'environnement, de participation des individus et des communautés aux prises de décisions, qui fondent une politique de promotion de la santé, ne sont pas favorables aux intérêts des grandes puissances économiques ». ⁸³⁴

Il faut cependant pondérer ce point de vue fataliste, les auteurs de l'article concernant l'OMS précédemment étudié, soulignent ainsi que les dites puissances doivent cependant composer : « la prise en compte du thème de la qualité par l'OCDE semble conditionnée par les réactions des populations inquiètes des conséquences des politiques de contrôle des dépenses pour la qualité des soins ». L'argumentation intégrée à la rhétorique de l'OCDE illustre cette prise en compte consistant : « à démontrer que la recherche d'efficience n'est pas une menace pour la qualité des soins, au contraire ». Nous avons constaté une préoccupation tout à fait similaire dans les discours étudiés par NVIVO, avec une forte présence des thèmes liés à la qualité. Ces constats convergent avec la discussion que nous avons menée au sujet de la démocratie sanitaire et la mise en évidence d'un public en démocratie dans la figure du citoyen/malade.

⁸³⁴ Sandrin-Berthon, B. "Promotion de la santé: de la théorie à la pratique... ou à quoi servent les déclarations solennelles de l'OMS", op. cit.

Il ne semble donc pas que les équilibres entre les principaux acteurs en santé soient stables, ni la répartition des pouvoirs définitifs en matière de politique de santé.

Si l'axe cinq de la Charte d'Ottawa fait l'objet d'une moindre attention, les axes n° un à quatre ont été privilégiés par les groupes professionnels de la promotion de la santé⁸³⁵. L'approche par les déterminants de la santé représente un changement radical de perspective en matière de prévention et de santé publique. Nous l'avons déjà souligné, celle-ci cible les leviers environnementaux de la santé au sens de milieux de vie, culturels, sociaux, biologiques, physique, économiques, politiques, mais elle confère aussi un rôle fondamental aux communautés. Enfin, elle vise chez les individus l'acquisition d'aptitudes faire des choix plutôt que celle qui consiste à adopter des comportements prescrits. Cette démarche évite ainsi les pièges classiques de la santé publique contre lesquels Jonathan Mann mettait en garde⁸³⁶, la discrimination fortuite et la l'erreur consistant à « blâmer les victimes »⁸³⁷.

La notion de soins de santé primaire, plus ancienne, procède de la même manière d'une inversion radicale de posture. Centrée sur les besoins de base de la communauté, celle-ci se trouve à l'opposé de la notion de soins de premiers recours définie par la loi HPST en 2009, centrée, sur l'organisation des soins et

⁸³⁵ Charte d'Ottawa : Axe 1 : « élaboration de politiques pour la santé » : « la promotion de la santé (...) inscrit à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard »

Axe 2 : « création d'environnements favorables » : « la PS () engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables »

Axe 3 : « renforcement de l'action communautaire » : « la PS passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise de décision et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé »

Axe 4 : « acquisition d'aptitudes individuelles » : « la PS () donne au gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux »

⁸³⁶ Mann, Jonathan M., Gruskin S., et Bertrand, D. *Santé publique et droits de l'homme*. Espace éthique, 1997.

⁸³⁷ « Blaming the victim » est le titre de l'ouvrage américain de William Ryan (1988), sociologue et psychologue, ce dernier mit en exergue la double injustice sociale que vivent les mères vivant en habitat insalubre blâmées pour ne pas suffisamment appliquer les conseils visant à limiter l'intoxication au plomb de leur enfant (saturnisme), par ingestion des écailles de peinture provenant des murs.

de la réponse. Procédant des mêmes principes éthiques permanents aux multiples textes de l'OMS, cette notion accorde une importance fondamentale à la participation pleine et entière des personnes. Dans une formulation beaucoup plus radicale que ne le conçoit la démocratie sanitaire française et aux antipodes de l'institution des ARS, le point IV de la déclaration d'Alma Ata énonce : « Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ».

Auparavant destinée à des pays pauvres dans l'intention de leur permettre de combler leur retard, cette notion fait l'objet d'un regain récent dans un pays comme la France. Yann Bourgueil, dans un article publié en février 2011 pose la question des Soins primaires comme : « voie d'avenir pour le système de santé français »⁸³⁸. Nous reviendrons sur cet article plus avant. Notons ici que cette notion jusqu'ici ignorée connaît un succès croissant. Ainsi est née en déc. 2016 la « fédération des soins primaires », laquelle regroupe neuf syndicats et associations :

« Née de la volonté des professionnels de santé libéraux et salariés intervenant au bénéfice des patients, (...) consciente de l'urgence d'un véritable virage ambulatoire et d'une nécessaire réorganisation de notre système de santé par les professionnels de terrain, la FSP a vocation de fédérer les initiatives de ses membres... ».⁸³⁹

Cet extrait de l'Assemblée Générale constitutive de cette fédération ayant eu lieu le 14 décembre 2016, moins d'un an donc après l'adoption de la loi « Touraine », signe pour nous l'échec du « service territorial de santé au public » tandis que la loi de santé adoptée en 2016 elle-même, du point de vue ici des professionnels de terrain, a manqué son objectif de refondation. Il est clair cependant que cette dernière ne s'inscrit pas dans l'esprit de l'OMS, laquelle accorde une place fondamentale au rôle des communautés, des collectivités territoriales, approches privilégiées dans de nombreux pays occidentaux. On a pour habitude de citer le

⁸³⁸ Bourgueil Y., « Soins primaires : une voie d'avenir pour le système de santé français ? D'une approche globale centrée sur les besoins de base à une approche centrée sur l'organisation des soins », *Revue hospitalière de France*, n°538, pp. 12-16.

⁸³⁹ Ibid.

modèle scandinave, les pays francophones suisse, Belgique et Canada, ainsi que les modèles régionalistes tel que celui de la Catalogne.

Deux arguments au moins peuvent être invoqués en faveur de la pertinence de l'échelon local, exposés dans le message du directeur général de l'OMS en préambule du rapport 2000. Le premier réside dans l'importance d'une connaissance globale et juste de la situation, laquelle doit s'appuyer tant sur l'échelon local que national. Il n'est pas difficile en effet de concevoir que certains aspects échappent à la connaissance locale, tandis que l'inverse est aussi vrai et cela l'est d'autant dès lors qu'il s'agit de : « d'être plus et mieux informé () des interventions proposées et des principaux obstacles à la bonne marche des services ». ⁸⁴⁰ L'absence de connaissance qu'ont les services centraux de la réalité des actions menées par les collectivités locales malgré l'existence de grilles statistiques annuelles obligatoires lesquelles ne sont plus exploitées depuis longtemps, est tout autant réelle qu'ignorée et placée sous le voile pudique de la « libre administration ». Ces éléments d'évaluation disponibles au moins du point de vue réglementaire sont généralement absents des références fondant les programmes nationaux français. Les 100 objectifs de santé publique établis en 2004, énoncés et conçus selon une approche strictement épidémiologique, en constituent un exemple significatif.

Le deuxième argument en faveur de l'action publique locale en santé relève de la position de médiation utile et nécessaire à l'action :

« Trouver un équilibre entre un contrôle étroit et l'indépendance nécessaire pour motiver les prestataires est une tâche qui pose des problèmes complexes auxquels il convient d'apporter des solutions locales ». ⁸⁴¹

Cet argument est plus difficile encore à intégrer dans le référentiel français de la politique de santé qui, nous l'avons vu tout au long de ce travail, présente une orientation française publiciste encore très largement ancrée dans la tradition du choix rationnel et peu encline au pragmatisme.

⁸⁴⁰ Organisation Mondiale de la Santé, "Rapport sur la santé dans le monde, 2000.", op.cit., point 42, p.9.

⁸⁴¹ Ibid. point 45, p. 9.

3/ Vers une décentration du système de santé, le problème de la décentralisation

Les différentes formes innovantes de rémunération mises en place par l'Assurance Maladie, principalement en direction des médecins généralistes, tendent à intégrer dans le soin ambulatoire, des objectifs de santé publique et des pratiques de prévention. Plusieurs dispositifs se sont succédés dits d'incitation à la performance. Succédant au P4P (Paiement à la Performance)⁸⁴², initialement développé auprès des médecins généralistes puis étendu à certaines spécialités puis à toutes, le dispositif actuel en vigueur, le ROSP (Rémunération sur objectif de santé publique) ou rémunération forfaitaire conventionnelle⁸⁴³, intègre tant des indicateurs visant l'atteinte d'objectifs de santé publique concernant le suivi et le traitement de patients porteurs notamment de maladies chroniques telles que le diabète, comme des objectifs visant l'organisation du cabinet médical, tels que l'affichage d'informations obligatoires en salle d'attente, ou encore, l'informatisation des dossiers et de pratiques, ainsi qu'enfin le nombre de patients pour lesquels le praticien est désigné comme médecin traitant.

Yann Bourgueil ne manque pas à raison de mentionner ces évolutions comme autant de facteurs favorables au développement des soins primaires en France dans un contexte qui, à première vue, s'y prêtait peu historiquement.

Le système de santé français est en effet organisé et ce, depuis la réforme Debré en 1958 créant les CHU ainsi que le corps de PH PU (praticien hospitalier-praticien universitaire), autour d'une solide « hiérarchie médicale fondée sur les spécialités techniques et biologiques hospitalières au détriment des spécialités cliniques orientées vers les populations ». Ainsi le système semble verrouillé par une distribution des cartes du pouvoir intangible tandis qu'aujourd'hui pour faire face aux enjeux de santé, il serait nécessaire de :

⁸⁴² Pour plus de précisions, voir le site Améli : « La P4P permet donc l'évolution de la rémunération du médecin traitant parallèlement à l'évolution de la qualité médicale. Chaque médecin choisit librement ses indicateurs (entre 1 et 4) en fonction de son type d'exercice, et est ainsi rémunéré selon l'atteinte de leurs objectifs. »

⁸⁴³ Cette rémunération est complémentaire de la rémunération à l'acte et a été introduite dans le cadre d'un avenant à la convention qui lie l'assurance maladie avec les médecins et signée par leurs organisations syndicales au plan national, en l'occurrence la convention nationale de juillet 2011 pour ce qui concerne les médecins généralistes.

« Décentrer en partie le système de soins de l'hôpital vers le secteur ambulatoire, de la médecine curative vers la prévention, et également confier des missions populationnelles et publiques à des acteurs traditionnellement libéraux. »⁸⁴⁴

Les centres de santé réalisent aujourd'hui cet objectif dans le cadre d'un exercice salarié mais ils n'ont pas bénéficié de l'attention des pouvoirs publics nationaux au moment de la réforme 2014. Leur équilibre est au contraire précaire⁸⁴⁵ et leurs représentants encore et toujours insatisfaits à l'issue de la nouvelle loi santé. La question de la reconnaissance des cliniciens de terrain est centrale, celle-ci « déstabilise l'équilibre symbolique, organisationnel et financier entre professionnels et institutions qui a prévalu jusqu'alors ». Pour Yann Bourgueil la clef de la solution réside dans la ressource humaine, mais plus précisément dans la formation des étudiants dans les facultés de médecine. Cependant, il est aussi plausible d'avancer l'hypothèse que le consensus libéral nuit à la reconnaissance d'une forme salariée d'organisation de la médecine de proximité. En lien avec cet argument, notre thèse pose la question politique et démocratique du « tabou de la décentralisation », c'est-à-dire, en l'occurrence d'un service public d'offre de soins.

L'alliance modernisatrice entre l'État et les médecins hospitaliers, scellée avec la création du corps des PH-PU, eût un impact considérable. Cette alliance a assuré à ces derniers une position hégémonique durant les cinq dernières décennies. Or les évolutions de la « gouvernance hospitalière » fragilisent cet édifice. **Il semble que le levier d'une évolution vers une décentration du système ne puisse résider que dans une nouvelle alliance, elle-même décentrée.**

De plus, le rapport hiérarchique entre PH-PU et « médecin de famille » peut aussi s'analyser selon le rapport similaire qui existe entre domesticité et industrie. Nous reprenons ici les catégories utilisées par les auteurs de l'article « Les manufactures de la santé, l'art du compromis entre domesticité et industrie » sur lequel nous

⁸⁴⁴ Bourgueil Y., « Soins primaires : une voie d'avenir pour le système de santé français ? D'une approche globale centrée sur les besoins de base à une approche centrée sur l'organisation des soins », op.cit.

⁸⁴⁵ Burstin A., Lalande F., Merlhe G. (Eds.). *Rapport sur les centres de santé, rapport n°1998.153*. Paris, IGAS, 1998.

nous sommes déjà appuyé dans le cadre de notre discussion des résultats de l'étude NVIVO menée dans notre deuxième partie. L'analogie proposée met en scène d'un côté, domesticité, médecine proche du « care » et de l'autre, dans un rapport dominant, industrie, médecine hospitalo-universitaire, hautement technique, le côté du risque. La clef de la refondation du système de santé est donc dépendante de l'évolution de ces rapports de dominance qui ne sont pas immuables.

La pression qu'exerce le citoyen malade, à laquelle nous associons la pression du « care » en est aussi une donnée. Celle-ci doit être considérée avec d'autant plus d'importance aujourd'hui que la ligne de légitimité s'est déplacée, l'État étant impuissant par rapport à des risques générés hors de son contrôle par une industrie dont il se doit de faire le relais, selon Beck.

L'État a joué en France jusqu'ici un rôle fondamental dans la distribution des cartes entre les différentes catégories de médecins à travers les alliances qu'il a formées avec certains d'entre eux. Il a associé des médecins à son dessein dans une époque plus lointaine de l'histoire et dans une toute autre orientation, à l'époque hygiéniste, celle de former des citoyens sains.⁸⁴⁶ Or ces médecins s'affrontaient alors au sein de la profession médicale avec les cliniciens pour lesquels l'individu est toujours singulier. La fracture est en effet nette entre les hygiénistes, pour lesquels la statistique est la base fondamentale de la science médicale, et cliniciens, dont l'un des plus célèbres d'entre eux, Claude Bernard, pour qui « l'usage des moyennes et l'emploi de la statistique en médecine et en physiologie conduisent pour ainsi dire nécessairement à l'erreur ». Selon les époques donc et son dessein, l'État a su s'allier la portion d'une profession médicale continument hétérogène, l'hygiéniste, puis le médecin hospitalier, représentant un grand corps technique modernisateur.

⁸⁴⁶ Rosanvallon, P. *L'État en France: de 1789 à nos jours*, op.cit.

- le médecin de « proximité », un nouvel allié pour l'Etat parmi les médecins ?

L'enjeu actuel tel qu'on peut le lire à travers les problématiques dominantes de la réforme, proximité et coordination, que nous avons mises en évidence dans notre analyse de discours serait de s'allier le médecin de proximité, déjà identifié à travers le dispositif du médecin traitant.

Ce ne fut cependant pas la stratégie de la Ministre, Marisol Touraine, lorsqu'elle a confié le soin à Bernadette de Victor, présidente de la CNS et du CISDS Rhône-Alpes, de rédiger un rapport dessinant les contours d'un nouveau concept, « le service public territorial de santé ». La lettre de mission figurant en préambule de ce rapport précise les attendus de ce nouveau service : « Il s'agira d'associer l'ensemble des acteurs d'un territoire, autour d'objectifs de santé publique et de réduction des inégalités de santé ». Ce dispositif doit s'intégrer dans la « stratégie nationale de santé » : « avec pour objectif de réorganiser notre système de santé autour de l'usager et de structurer l'offre en santé autour des parcours. » Dans la synthèse du rapport figure au rang de première recommandation, la suivante :

« Retenir la dénomination de service public territorial de santé (SPTS) qui correspond à la démarche de promotion des attributs du service public attendue par tous les usagers, et souhaitée très largement par les professionnels, ceci ne correspondant en rien à une étatisation de la santé. A défaut, retenir la dénomination de service territorial de santé publique, cette dernière proposition reflétant bien une approche collective de la santé et proposant une extension de la notion de santé publique. »⁸⁴⁷

Cette recommandation première et fondamentale si l'on accorde quelque importance aux mots ne sera pas suivie. L'appellation retenue et inscrite dans la loi de santé adoptée en janvier 2016 sera celle de « service territorial de santé au public ». Ainsi, ni la notion de service public, ni la notion de mission de santé publique n'auront retenu l'attention du politique. Finalement, l'ont emporté, tant le mécontentement manifesté par les médecins, face à une sémantique évocatrice d'étatisation (quoique ne s'en défende Bernadette de Victor), que la logique d'une

⁸⁴⁷ Devictor, B. *Le service public territorial de santé-le service public hospitalier: développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*. Rapport de mars, République française, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014.

loi dite « de modernisation de notre système de santé », qui n'est donc pas une loi de santé publique.

Avec cette ambition, telle que formulée dans la lettre de mission relative à ce nouveau service territorial, que nous venons de citer, l'État se trouve face à une difficulté inédite, celle de l'échelle. Les ARS encadrent ces nouveaux dispositifs dans un mode contractuel managérial et gestionnaire tel que nous l'avons mis en évidence dans notre chapitre précédent concernant notamment le thème de la gouvernance. De telles modalités ne ressemblent en rien à ce que serait une alliance entre deux partenaires égaux dans la poursuite de leurs intérêts. Or, les alliances qui se constituent autour des Maisons Pluridisciplinaires de Santé (MPS) entre élus locaux et médecins dans le cadre de projets médicaux d'exercice regroupé en zone déficitaire ont pour double avantage d'être cohérents en termes d'échelle et de réaliser une telle entente. De sorte que ces « nouveaux modes d'exercice », promus par l'État et l'Assurance maladie dans une perspective d'efficacité économique (ceux-ci font l'objet d'une expérimentation nationale sous l'intitulé, NMR, nouveaux modes de rémunération) pourraient dépasser le cadre attendu en réalisant une configuration inédite d'alliance entre la puissance publique, en la figure de l'élu local et la figure classique du médecin libéral.

Or, compte tenu d'une part des missions de service public que comprennent les soins primaires (il en est de même du service public hospitalier dont la disparition fût au cœur de la bataille des dernières réformes) et de la nécessité d'armer ceux-ci symboliquement, matériellement et institutionnellement, pour reprendre des termes de Yann Bourgueil, cette alliance ne peut se sceller qu'entre médecins cliniciens de terrain et la puissance publique. L'État n'est pas en capacité de remplir un tel rôle dans une perspective décentrée, en l'absence de services sanitaires déconcentrés y compris même au niveau régional (les ARS sont des agences). Au-delà de ces considérations institutionnelles, d'un point de vue sociopolitique, toute la difficulté à laquelle s'affronte la refondation du système de santé est de trouver une forme d'organisation qui permette la transaction entre le besoin de santé dont la satisfaction ne s'exprime pas que dans le soin, et l'offre de soin/santé. Cette transaction, y compris dans la mesure où nous la situons dans un cadre légal et réglementaire puisque que nous ne raisonnons pas ici ni en termes économiques et

encore moins en termes de marché, ne peut que s'établir de façon horizontale à niveau équivalent d'échelle territoriale.

Pour affirmer qu'elle ne peut procéder d'une logique descendante nous nous appuyons sur les principes OMS certes, mais nous sommes aussi largement confortés par les résultats de notre analyse des discours des réformes de 2004 et 2014 montrant l'importance du double enjeu de la coordination mais aussi de la proximité et plus généralement de l'échec des approches stato-centrées dans un domaine social complexe⁸⁴⁸, la santé (globale) en fait partie. La réforme mise en place par la loi santé votée en 2016 semblait vouloir instaurer une sorte de médecin « praticien subordonné » à l'État à travers la territorialisation/régionalisation qui n'a pas plus rencontré semble-t-il l'adhésion des professionnels qu'elle n'a refondé le système. Enfin, la refondation du système doit permettre une autre transaction dont nous avons à plusieurs reprises souligné l'enjeu, celle du care et du risque. Si la transformation de l'hôpital public de ses missions d'assistance à celui de lieu de soins curatifs médicaux à la pointe du progrès technique et scientifique expansif, a inscrit ce dernier au sein de l'appareil industriel de la santé, les tensions entre sécurité et qualité que nous avons pu mesurer avec NVIVO témoignent pour nous de la pression du « care » au sein de cette portion de la société du risque.

Il nous faut préciser ce point en rappelant que l'exigence de sécurité est consubstantielle, nous l'avons montré à travers l'étude NVIVO, de l'exigence de qualité, en cela nous reconnaissons les exigences de la certification, lesquelles ne sont pas spécifiques à « l'industrie de la santé ». La valeur qualité dans une telle perspective participe de la satisfaction du client dans le cadre de la production et de la vente de marchandise.

Cependant, dans le cadre du soin, elle revêt une double signification, en écho à la double personne d'utilisateur du système de santé et de citoyen malade. Si pour l'un, l'exigence de qualité dans le cadre du système de soin ne se différencie pas de ce qu'elle vaut dans le cadre industriel plus global, pour le deuxième, il en est autrement. Elle reflète pour lui une inquiétude, évoquée dans l'un des discours précédemment cité, à propos de la rationalisation des soins, perçue comme un rationnement des soins associé à une moindre garantie du niveau de santé espéré.

⁸⁴⁸ Palier, B. « La référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales. », op.cit.

Ici réside la pression du « care » sur l'industrie du soin, laquelle s'exprime à travers le citoyen malade revendiquant le respect de ses droits fondamentaux et par conséquent de renouer avec la finalité originelle, la garantie de la dignité de chacun à travers le prendre soin de son corps et de sa santé.

- Controverse autour de la décentralisation en santé en France

La décentralisation comme élément de refondation du système de santé français procède des conclusions de nos paragraphes et chapitres précédents, celle d'une réforme menée par un État dont la fragile légitimité nécessite le recours à une rhétorique mythique de justification. Notre interrogation procède aussi de la référence aux modèles scandinaves de protection sociale et de système de santé comme des principes et préconisations OMS lesquelles s'inscrivent dans un paradigme alternatif, celui de la santé globale.

Or, deux arguments plaident en faveur d'une décentralisation en santé. D'une part l'aspect « libéral » de la décentralisation qui présente l'avantage d'une cohérence avec le libéralisme médical, d'autre par la valeur « bien commun » caractérisant historiquement la commune, en phase avec les valeurs de la santé communautaire émergeant au registre OMS.

Au-delà de la politique de santé, la question de la décentralisation s'inscrit dans un ensemble plus vaste en termes de politiques publiques, celle de la territorialisation des politiques sociales, sujet ayant fait l'objet de nombreux travaux de recherches et celui plus large encore des politiques publiques. Patrick Hassenteufel rappelle en introduction dans un article consacré à « la territorialisation comme réponse à la crise de l'État-Providence »⁸⁴⁹, deux éléments qui ne font pas discussion. D'une part, la territorialisation des systèmes de protection sociale est un mouvement commun aux pays européens. D'autre part, il existe un consensus sur l'idée de crise des États-providence, laquelle est aussi l'objet de nombreux travaux. Ces deux éléments de fait se retrouvent dans ce que nous avons pu décrire et analyser de la politique de santé et rappelé en introduction de ce paragraphe.

⁸⁴⁹ Hassenteufel, P. « Introduction au numéro spécial: Think Social, Act Local-La territorialisation comme réponse à la " crise de l'État-Providence" ? », op.cit.

Cependant, l'auteur est plus circonspect sur la vertu réelle de cette territorialisation, pour lui, celle-ci comprend trois risques. Le premier est celui d'inégalités territoriales, sur ce point en santé, l'Étatisation et les multiples réformes ont abouti à un tel résultat qu'il n'y aurait pas grand risque à tenter une territorialisation.

La deuxième crainte est celle d'une problématique maîtrise des dépenses, or ce point est dépendant du paradigme de la santé/non-maladie qu'il présume tacitement ; la véritable question en matière de santé est de savoir non pas ce que l'on dépense pour le soin mais quelle politique de protection de la santé et notamment des formes accrues de vulnérabilisation dans un marché du travail est consentie par les acteurs économiques.

Enfin, le troisième problème est celui « de la production effective de politiques sociales territoriales », sur ce point, les collectivités engagées en France dans les politiques de santé décentralisées puis facultatives ont su faire preuve d'effectivité à tout le moins, mais sans que l'on puisse l'affirmer à défaut d'une quelconque évaluation.

Ainsi, nous avons déjà eu l'occasion dans le cadre de la partie discussion de notre IIème partie consacrée à l'étude NVIVO des discours de moments de cette loi des conditions et imperfections du transfert opéré vers les collectivités locales dans le cadre de l'acte I de la décentralisation.

Il faut souligner ici que la recentralisation en 2004 ne fut précédée d'aucun bilan de la période d'exercice de ces missions par les collectivités locales. La seule référence dont nous disposons à cet égard est le rapport IGAS 2003 pour une prévention durable qui fait partie de notre corpus. Sur la question de l'évaluation des actions des grands services de prévention que sont la santé scolaire, la médecine du travail et la Protection Maternelle et Infantile (PMI), le rapport est très critique quant aux deux premiers et nettement plus positif concernant la PMI, mais constate d'absence de données générales nationales sur ces services :

« Les services de PMI jouent un rôle majeur dans la mise en place des actions de prévention en direction des enfants ». Le seul bémol : « il est regrettable que ce sujet n'ait donné à aucune enquête générale, susceptible de fournir des indications précises aussi bien qualitatives que

quantitatives sur les conditions dans lesquelles cette fonction est assurée sur l'ensemble du territoire ». ⁸⁵⁰

Ce rapport par ailleurs n'est pas particulièrement favorable à une centralisation, l'IGAS dénonce dans son rapport le jacobinisme français et la confusion opérée entre égalité et homogénéité dans ces termes :

« La remise en cause de la centralisation n'implique pas forcément l'accroissement des inégalités, en tout cas, le modèle jacobin ne peut se prévaloir de succès en ce domaine ».

Enfin, est dénoncé dans ce rapport le retard de la France en santé communautaire alors même que cette approche est de plus en plus employée dans des pays étrangers de développement comparable. Sur la territorialisation, l'opinion de l'IGAS est qu'il s'agit :

« Seulement d'adapter l'action sanitaire et sociale éducative et culturelle aux besoins des populations telles qu'elles sont et où elles sont. Mais pour cela il faut des instances régionales départementales et infra départementales disposent de l'autonomie d'action nécessaire ». ⁸⁵¹

Or, les exemples internationaux d'exercice par les collectivités de compétences décentralisées en matière de prévention et de promotion de la santé sont probants et nous incitent à considérer l'intérêt d'une décentralisation en santé de même qu'à une plus grande attention quant à la nécessité d'interroger l'absence d'évaluation nationale à ce sujet.

Bruno Palier a travaillé sur une question proche dans un article portant le titre : « La référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales » ⁸⁵². L'auteur interroge la décentralisation de ces politiques afin de répondre à la question de savoir si cette re-territorialisation de l'action sociale s'effectue dans un mouvement de retour en arrière aux anciennes politiques d'assistance ou bien si elle permet l'émergence d'une nouvelle citoyenneté sociale. L'auteur conclut ni à l'une ni à l'autre de ces deux hypothèses mais plutôt à une mise en convergence française avec les systèmes anglo-saxons de protection sociale.

⁸⁵⁰ IGAS, *Santé, pour une politique de prévention durable. Rapport annuel 2003*, op.cit.

⁸⁵¹ Ibid.

⁸⁵² Palier B., « La référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales », in *Politiques et management public*, vol.16,n°3, Numéro spécial « Politiques sociales et territoires » sous la responsabilité de Patrick Hassenteufel, 1998, pp 13-41.

Les vertus supposées des territoires rappelées par les auteurs dont ceux que nous venons de citer recouvrent à la fois un droit plus flexible, des logiques horizontales de contractualisation, des approches plus globales intersectorielles et transversales, une interaction dans la proximité entre besoins et réponses sociales. Ces vertus supposées nous permettent de comprendre comme la territorialisation de la politique de santé et le recours à la grammaire territoriale dans la rhétorique de la réforme sont crédibles comme solution permettant de refonder le système et ainsi sortir de la crise. Nous avons déjà discuté du paradoxe dans lequel ce projet s'inscrit en matière de santé, puisque la crise de l'État providence est éludée comme motif et qu'au contraire même l'État affirme sa légitimité exclusive et revendique le monopole de la direction de la politique de santé. Certes cette position est ancrée dans la notion d'État républicain, dans sa fonction d'ordonnateur social en conformité avec la figure du Léviathan, plutôt qu'en référence à l'État providence.

Si la territorialisation-décentralisation fait l'objet de propos nuancés voire critiques dans le champ des politiques sociales, notons que la montée en charge des politiques locales procède d'une remise en question de l'État faisant consensus dans l'ensemble des politiques publiques. Ainsi dans un article co-rédigé par Fabien Desage et Jérôme Godard, « désenchantement idéologique et réenchantement mythique des politiques locales », les auteurs soulignent que :

« Les services déconcentrés de l'État ont perdu de leur hégémonie dans la conception et a mise en œuvre des politiques publiques, au moment où l'implication d'autres acteurs, publics (Mairies, Conseils généraux et régionaux) ou « privés » () s'est renforcée. Comme le résumait Patrick Le Galès et Mark Thatcher, « l'État reste un acteur important, mais il s'est banalisé (...) » Une telle conception, salutaire en ce qu'elle récuse certaines visions simplistes d'un État monolithique, mû par une rationalité d'ensemble fait des politiques publiques sociales le produit de négociations entre groupes d'acteurs variés, conduisant chemin faisant à une hybridation des normes d'action ».⁸⁵³

Dans un chapitre rédigé dans le cadre de l'ouvrage collectif « débat autour de la notion de référentiel », ayant pour titre « les politiques locales, entre référentiels et rhétorique », Alain Faure teste la pertinence de ce modèle d'analyse des

⁸⁵³ Desage F., Godard J. « Désenchantement idéologique et réenchantement mythique des politiques locales », *Revue française de science politique*, 55(4), 2005, pp. 633–661.

politiques publiques sur « l'étude du rôle de médiation tenu par les élus locaux en France »⁸⁵⁴. Partant du constat de marginalité de ces acteurs dans l'étude des politiques publiques, l'auteur pose l'hypothèse que les plus visibles d'entre eux « semblent réorganiser depuis deux décennies leur leadership politique sur un mode susceptible de bousculer la nature des controverses classiques concernant les frontières de l'action publique ».

A l'appui de cette hypothèse, trois tendances sont rapportées par l'auteur dont l'une éclaire notre sujet : « en prenant le pas sur les médiations sectorielles, les figures de style axées sur la centralité politique des territoires construisent des terrains de négociation publique moins dépendants des hiérarchies sectorielles validées par l'État ». Dans le cas de la politique de santé nous avons montré qu'elle ne participe pas d'une politique sectorielle classique, ce qui présente une difficulté tant pour le chercheur politiste que pour la fabrique de la politique elle-même. La particularité des politiques locales conduites par les collectivités telle que mis en exergue par Alain Faure présente une plus-value sur ce point. L'auteur conclut à la perspective d'un « renouvellement des conditions de la transaction politique » vertigineux du point de vue du standard de politique stato-centrée mais a priori pertinent en termes de refondation du système de santé telle que nous l'envisageons. Cette perspective rencontre la figure évoquée précédemment d'une alliance locale entre le médecin et l'élu local venant prendre la suite de l'alliance modernisatrice entre l'État et la PH-PU et réaliser à la fois décentration du système et décentralisation de sa gouvernance.

La politique de santé se démarque donc des politiques sociales par ses paradoxes, celui d'une territorialisation caractérisée par une plus grande étatisation et dont les grands absents sont les collectivités territoriales, et celui d'une conception de l'État qui n'est pas questionnée. Aussi la question d'une décentralisation en santé comme clef de la refondation du système mérite d'être traitée avec une attention que ne lui accordent habituellement pas les travaux dans le champ de la politique de santé. Nous pouvons faire l'hypothèse que la non décentralisation en santé doit se comprendre non pas comme procédant d'un scepticisme partagé quant à des vertus mythiques ou contestables face à la

⁸⁵⁴ Faure A., in Faure A., Pollet G., Warin P. (Eds.) *La construction du sens dans les politiques publiques : débats autour de la notion de référentiel*, op.cit., p.71.

complexification des problèmes et de la société dans un contexte de crise de l'État providence, mais comme une problématique liée à la décentralisation elle-même en tant qu'elle interroge l'État républicain ainsi que d'une certaine conception des politiques publiques dans le champ singulier de la santé en France.

Pour illustrer cette hypothèse nous prendrons l'exemple des politiques de santé décentralisées dans de nombreux pays européens et occidentaux, laquelle a fait l'objet de certains travaux universitaires mais aussi de travaux parlementaires. Carole Clavier a soutenu devant l'Université de Rennes I une thèse de doctorat en Science Politique, dirigée par Patrick Hassenteufel au sein du laboratoire CRAPE le 6 juillet 2007 intitulée : « Le politique et la santé publique. Une comparaison transnationale de la territorialisation des politiques de santé publique (France, Danemark) » interrogeant la question : « comment et dans quelle mesure les acteurs politiques locaux prennent position par rapport à la politique de santé publique ? »⁸⁵⁵ De ces travaux, la doctorante conclut à une convergence entre les élus locaux danois et français, les élus des deux pays : « utilisent la politique de santé pour affirmer leur position dans l'espace politique local ou pour contribuer à la visibilité de leur territoire d'élection »⁸⁵⁶.

L'autre point de convergence entre les deux pays est une même fragilité indépendante du caractère décentralisé ou non, les politiques de santé dépendent fortement de l'engagement des acteurs et des élus dans le territoire. Cependant les deux pays divergent quant aux stratégies de légitimation de ces politiques que les élus locaux mobilisent :

« En France, les stratégies de dépolitisation sont plus cohérentes avec la prédominance d'une rhétorique de l'apolitisme dans l'espace politique local. Au Danemark, au contraire, la décentralisation des compétences de santé publique (...) et d'offre de soins au niveau des Comtés, (...) contribuent au choix d'une stratégie de politisation partisane de la politique de santé publique »⁸⁵⁷.

Enfin, l'auteure constate que la politique de l'offre de soins est plus valorisante pour les élus que ne l'est celle de santé publique. La première « correspond à un

⁸⁵⁵ Clavier C., *Le politique et la santé publique. Une comparaison transnationale de la territorialisation des politiques de santé publique (France, Danemark)*, Thèse de doctorat en Science Politique, Université de Rennes I, CRAPE, 6 juillet 2007.

⁸⁵⁶ Ibid., p.497.

⁸⁵⁷ Ibid., p.498.

domaine socialement valorisé, technique matérialisé par des équipements et des structures : il est donc plus aisé pour les élus locaux de la convertir en bénéfices politiques. »⁸⁵⁸.

Les résultats de ces travaux convergent avec les conclusions du rapport d'information parlementaire sur la pertinence du modèle de santé nordique : la Danemark et la suède déposé le 20 mars 2007. Sans entrer dans le détail de cette étude, il faut souligner l'absence de réserve du rapporteur sur l'intérêt de ce modèle à travers cette déclaration : « le mode de gestion décentralisée de l'offre de soins au plan régional dans ces deux pays illustre l'efficacité du principe de subsidiarité en matière de santé »⁸⁵⁹ Rappelons que ces modèles ont pour point commun de reposer sur trois niveaux : municipalités, comtés et État et que les récentes réformes opérées dans ces deux pays ont été dans le sens d'un plus grand transfert de responsabilité vers les communes.

L'étude menée par Carole Clavier montre l'absence de frein chez les élus locaux français à assurer une responsabilité partagée avec l'État dans le cadre d'un politique décentralisée de santé y compris et dans le cas particulier de l'offre de soins constatée. Cette conclusion est par ailleurs confirmée par les conclusions du rapport d'information parlementaire qui a été déposé par Alain Gest « sur la mise en application de la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales enregistré à l'Assemblée nationale le 28 juin 2006. Rappelons que cette loi a organisé la recentralisation de toutes les compétences de santé publique dévolues au Département du fait des grandes lois de décentralisation de 1983⁸⁶⁰. Il s'agit en fait d'une recentralisation « à la carte » puisque la loi offrait aux collectivités la possibilité de conserver l'exercice de ces compétences et donc de la dotation correspondante si elle le souhaitaient. Le rapporteur souligne à ce sujet le « net succès » remporté par cette disposition puisque plus de la moitié des départements ont souhaité conserver tout ou

⁸⁵⁸ Ibid., p.498.

⁸⁵⁹ Assemblée nationale, Bapt G. rapporteur, *Rapport d'information parlementaire sur la pertinence du modèle de santé nordique : la Danemark et la suède*, 20 mars 2007, n°3784, p. 5.

⁸⁶⁰ Assemblée Nationale, Gest A. rapporteur, *Rapport d'information parlementaire sur la mise en application de la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales*, n°3199, 28 juin 2006.

partie de cette compétence : « seuls 32 départements ont abandonné dès le 1^{er} janvier 2006 la totalité des compétences. »⁸⁶¹

Or, le financement des structures habilitées à reprendre l'activité des compétences de santé publique recentralisées, en majorité des établissements de santé, s'est avéré plus coûteux que n'a rapporté la réfaction⁸⁶² opérée sur les dotations globales de fonctionnement. Ainsi, la recentralisation des compétences de santé publique semble avoir eu un double désavantage pour l'État :

« La recentralisation présente donc un coût significatif pour l'État. En outre, dans la mesure où la recentralisation n'est que partielle et à géométrie variable selon les départements, il est difficile d'assurer une égale prise en charge des usagers sur l'ensemble du territoire »⁸⁶³

On ne peut que conclure à l'absence de rationalité de cette recentralisation et s'interroger sur les motifs sous-jacents qui y ont présidé. Le fait est qu'elle s'inscrit dans un contexte fort de revendication de légitimité de l'État ayant traversé tant le pilotage et la gestion du système de santé et de soins que le champ de la prévention et de la santé publique mais aussi dans un système de croyance.

La méfiance envers les élus locaux est cependant telle que lors de l'examen du rapport d'information parlementaire concernant du modèle scandinave, alors même que le rapporteur conclut à la plus-value du « choix de financer essentiellement par l'impôt un système de santé dont la gestion est confiée aux collectivités territoriales », voie d'avenir pour le système français, le Président Pierre Méhaignerie s'interroge sur la possibilité : « d'expérimenter une décentralisation totale du système de santé, qui implique les professionnels et les partenaires sociaux à l'échelon régional, et non les élus ? »⁸⁶⁴ Ainsi, la décentralisation en France fait l'objet d'un tabou renforcé par le modèle de

⁸⁶¹ Ibid., p.31.

⁸⁶² La réfaction de la DGF permet de corriger l'écart entre les dépenses effectives pour les compétences transférées (lorsqu'elles sont inférieures au montant de la DGF) et les montants de la compensation financière accordée par l'État

⁸⁶³ Assemblée Nationale, Gest A. rapporteur, *Rapport d'information parlementaire sur la mise en application de la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales*, op.cit.

⁸⁶⁴ Assemblée nationale, Bapt G. rapporteur, *Rapport d'information parlementaire sur la pertinence du modèle de santé nordique : la Danemark et la suède*, 20 mars 2007, op.cit., p.24.

protection sociale corporatiste historique français qui demeure aussi une référence intangible.

La suggestion du Président se rapprochant simplement du modèle allemand dont nous avons remarqué ci-dessus qu'il constituait en effet une hypothèse plus plausible d'évolution du système qu'une privatisation. Nous avons eu l'occasion de discuter et d'analyser la main mise par l'État sur la santé dans le chapitre traitant du sujet de la gouvernance. Nous voudrions à présent approfondir cette réflexion, en interrogeant les motifs normatifs et idéologiques justifiant ce rejet, apparemment irrationnel de la décentralisation de la politique de santé en France.

C'est précisément l'objet de l'ouvrage collectif dirigé par Nicolas Kada évoqué précédemment, *Les tabous de la décentralisation*.⁸⁶⁵ Plusieurs constats se dégagent de ces contributions utiles pour éclairer notre sujet.

Premièrement, la déconstruction d'un mythe de la décentralisation qui procèderait des actes I et II classiquement évoqués, lois de 1982 et suite et loi constitutionnelle de 2003 puis en 2004 sur les libertés locales. En réalité, cette décentralisation consiste en une relocalisation dans la mesure où l'organisation visée prévalait dans le système féodal lequel préexistait à la construction étatique. Le doyen Hauriou, souligne Serge Regourd, dans ses principes de droit public, se référait à la structuration de l'État par la centralisation, cette centralisation s'est organisée avant la révolution française et l'avènement de la république. Pour les jacobins, cet élément de leur corpus politique ne procèderait que de la « valeur cardinale qu'ils accordaient à l'égalité »⁸⁶⁶, ainsi l'auteur rappelle que l'autonomie communale est :

« L'expression d'une solidarité qui s'organise elle-même dans un cadre collectif privé et qui se présente sous des formes extrêmement variées () le contenu des chartes de communes varie d'un pays ou d'une province à l'autre »⁸⁶⁷

Ce processus d'autonomie ne relève d'aucune imposition centrale et les domaines prévalent dans les chartes ne recouvrent d'ailleurs pas les compétences conférées ultérieurement par les lois de décentralisation des

⁸⁶⁵ Aubelle, V., Briant, V. de, Caillosse, J. *Les tabous de la décentralisation*. (N. Kada, Ed.), op. cit.

⁸⁶⁶ Ibid. p.22.

⁸⁶⁷ ibid. pp. 20-21.

années 1980 et 2000. Par la suite, les collectivités ont été investies de missions avant même les lois de décentralisation de « l'acte I », Serge Regourd rappelle ainsi l'existence d'un socle structurant déjà l'organisation décentralisée : la grande loi départementale du 10 août 1871 et la grande loi municipale du 5 avril 1884.⁸⁶⁸ Ce mouvement a été repris dès les débuts de la IV^{ème} république et la constitution du 27 octobre 1946 proclame le principe de leur libre administration⁸⁶⁹, principe cardinal de la décentralisation. Cependant les problèmes de reconstruction de l'après-guerre et la période gaullienne ont réintroduit la logique centralisatrice. Gérard Marcou souligne que durant cette période :

« La centralisation s'est renouvelée et modernisée, elle a porté le développement national des « trentes glorieuses », mais elle s'est aussi renforcée. A partir des années 1970, la crise consécutive au premier choc pétrolier et davantage encore à la fin de la période, l'ouverture économique ont mis en évidence les limites du système et fait envisager la décentralisation comme une possible alternative »⁸⁷⁰

Or, dans le champ sanitaire, ce fut exactement le contraire, nous avons analysé et décrit dans notre première partie les raisons de ce paradoxe.

D'autre part le terme de décentralisation, même si il se présente avec un préfixe négatif est associé à des aspirations de libération du joug de l'État, un désir de liberté et d'autonomie. Serge Regourd cite ainsi Alexis de Tocqueville, extrait de son ouvrage, *De la démocratie en Amérique* :

« C'est dans la commune que réside la force des peuples libres. Les institutions communales sont à la liberté ce que les élections primaires sont à la science, elles la mettent à la portée du peuple (...) Sans institutions communales, une nation peut se donner un gouvernement libre, mais elle n'a pas l'esprit de liberté »⁸⁷¹

Enfin, la décentralisation s'inscrit dans un mouvement d'internationalisation qui représente un danger pour l'État jacobin et fait resurgir le spectre de la perte d'unité nationale sur laquelle l'État français a fondé son identité et sa légitimité de même que la crainte de la « dislocation du lien social » ou de délitement des

⁸⁶⁸ Ibid. p.15.

⁸⁶⁹ Ibid. p.27.

⁸⁷⁰ Ibid. p.34.

⁸⁷¹ Ibid. p.25.

services publics. Cependant, « tous ces risques inhérentes à un État-nation moderne ne sont-ils pas déjà devenus, pour une partie réalité ? »⁸⁷².

Dans un style différent mais dans le même sens, Jacques Caillosse cite A. de Laubadère, selon qui : « la décentralisation est une institution libérale. Elle vise à promouvoir et garantir les libertés locales ». ⁸⁷³ Or, l'unité nationale a été fortement écornée par les prérogatives conférées à certaines unités particulières dans le cadre de la loi constitutionnelle de 2003 puis dans le cadre du train de réforme des lois MATPAM⁸⁷⁴ et NOTRe⁸⁷⁵, et cela dans un contexte de dispersion caractérisée par une multitude de statuts juridiques différents. Ces dernières lois renforcent le pouvoir des régions et des métropoles au détriment des départements et des communes.

⁸⁷² Ibid. p.10.

⁸⁷³ Ibid. p.52.

⁸⁷⁴ La loi du 27 janvier 2014 de Modernisation de l'Action Publique Territoriale et d'Affirmation des Métropoles, dite « loi MAPTAM ».

⁸⁷⁵ Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant Nouvelle Organisation Territoriale de la République, dite « loi NOTRe ».

En synthèse

L'approfondissement consacré, au début de ce chapitre, au système de santé en tant que sous système de la protection sociale nous a appris deux choses.

L'étatisation du système de santé français s'inscrit dans la continuité d'une tradition historique française conservatrice conforme à sa trajectoire historique. De ce point de vue, l'éventualité d'un retour à une forme de corporatisme, d'autonomie des caisses et d'autogestion de celles-ci est une hypothèse plus cohérente que celle que porte le discours annonciateur d'une future privatisation assurancielle.

Par ailleurs, cette étatisation telle qu'elle s'organise à travers la réforme, ne répond ni à l'idéal initial de démarchandisation, ni au besoin originel de démocratisation du système.

Nous avons considéré dans notre première partie que la notion de « réification » apparemment désuet, tel que re-conceptualisée par le père de la théorie de la reconnaissance, présente un intérêt aujourd'hui. Nous constatons qu'il en est de même de la notion de démarchandisation *a priori* dépassée elle aussi. Finalement, reconsidérer la finalité originelle du système de protection sociale dans la perspective d'une refondation du système de santé a pour corollaire de poser la question de la démarchandisation ainsi que la critique du mythe de la « sécu ».

Finalement, l'impératif de protection de la santé résulte du modèle démocratique français, républicain : « le républicanisme traduit l'impératif ancien de salut de la cité dans le contexte de l'affirmation progressive de l'État ». Dans la philosophie de Rousseau : « (le corps politique) a une volonté, et cette volonté générale, qui tend toujours à la conservation et au bien-être du tout et de chaque partie, et qui est source des lois, est pour tous les membres de l'État par rapport à eux et à lui, la règle du juste et de l'injuste »⁸⁷⁶.

⁸⁷⁶ Ménéssier, T. *La liberté des contemporains: pourquoi il faut rénover la république*, op.cit.

Concernant l'évolution vers la décentralisation du système de santé, une discussion rationnelle à l'aune du principe de subsidiarité pourtant au cœur du principe de la décentralisation, semble impossible en France dans un imbroglio parasité par des considérations normatives et idéologiques faiblement théorisées et peu conceptualisées. Les tabous à surmonter relèvent tout autant du champ juridique que du spectre politique et financier. Gérard Marcoud rappelle que le rapport Guichard, *Vivre ensemble*, en 1976, qui faisait le diagnostic de l'excès de centralisation, avait le mérite d'une approche globale de la réforme de la décentralisation et des missions de l'État. Cependant, la « Question de l'État », premier chapitre de la partie « arguments et propositions » :

« Même si cette question apparaissait dans certains discours de campagne de Jacques Chirac, elle a été complètement absente des assises. Par la suite, aucun président de la République ni chef de gouvernement n'a pris la responsabilité d'y répondre. ».

Cet impensé pèse lourdement sur toute discussion ayant trait à la décentralisation et tout particulièrement dans le champ de la santé.

L'affirmation d'un État garant et seul responsable de la politique de santé fonde sa légitimité sur le mythe de la « sécu » dans le cadre d'un paradigme de la santé /maladie selon une forme de syllogisme, la santé étant considérée comme l'absence de maladie, elle ne peut donc être garantie que par le soin, l'accès égal à la santé passe par un accès égal au soin, celui-ci ne peut être garanti que par un financement solidaire, initialement organisé de manière autonome et autogéré par les assurés. La collusion entre demandeurs et consommateurs dans un système jugé inflationniste a permis à l'État de se substituer à ces acteurs jugés irresponsables. A l'argument économique a été adjoint dans un deuxième temps la cause de l'égalité relevant par excellence du ressort de l'État républicain, elle aussi inscrite dans ce même paradigme de la santé maladie en tant qu'étalon du niveau d'efficacité du système de soins.

Une révolution paradigmatique en santé serait confrontée à l'impensé concernant le rôle de l'Etat.

Ceci incite à analyser les liens entre Etat et crise en santé.

Chapitre 2. L'Etat au cœur de la « crise » et de sa résolution

Introduction

Rappelons ici, ainsi que nous l'avons vu dans notre première partie, que ce qu'on appelle communément, la crise en matière de politique de santé se résume à deux crises, l'une financière, l'autre sanitaire doublée d'un problème, les « inégalités sociales de santé » (ISS) (rebaptisées dans un deuxième temps, « inégalités sociales et territoriales de santé »). Ainsi, la réforme (terme synthétique englobant toutes les réformes s'étant succédées depuis les années 1970 dans le champ de la santé), se présenterait comme la réponse à une crise englobant les trois questions mentionnées ci-dessus.

Nous avons cependant conclu de notre étude NVIVO que la réforme se nourrit des solutions fabriquées, devenues à leur tour, de nouveaux problèmes tandis que le thème de la crise comme problème a disparu. Une crise de paradigme souterraine traverse le domaine de la santé publique et deux nouveaux thèmes ont émergé, gouvernance et démocratie sanitaire, cosmétiques de ce que nous avons nommé la crise démocratique de la santé.

La disparition apparente de la « crise » comme rhétorique et cible de la réforme étonne donc dans le cadre d'un nouveau paradoxe, un système non refondé alors même que les imperfections et les tensions du système demeurent un problème sans cesse non résolu par les réformes successives.

Nous avons montré dans le chapitre précédent que les principes et valeurs à l'origine de la construction de la protection sociale, socle du système de santé, la finalité même de cette celle-ci, constituent des éléments qui permettraient de refonder le système dans le cadre d'un nouveau référentiel même si il faudrait pour cela affronter le problème de la décentralisation.

Finalement donc, les conditions de la refondation du système de santé semblent résider dans l'existence supposée ou avérée de la crise du système de santé dont nous avons montré l'incertitude et qui serait le moteur de la réforme. Aussi allons nous enfin approfondir cette notion en l'éclairant de nouveaux apports théoriques.

Pour le dire autrement, l'apparente impossibilité de refonder le système semble davantage liée au caractère indéfini de la santé et donc de la politique de santé qu'au caractère discutabile de la dite « crise » du système de santé.

1/ La « crise financière » et les paradoxes structurels du système de santé

Tandis que l'interprétation de la crise se traduit dans le discours institutionnel par l'énonciation d'un problème, les imperfections du système de santé, les solutions mises en œuvre par la réforme, consistent donc à corriger ces dernières ainsi qu'à réguler celui-ci. Ce faisant, réforme après réforme, les paradoxes constitutifs de la politique de santé se sont renforcés.

La notion de crise et son utilisation dans le champ de la santé

La thèse de Didier Tabuteau, développée dans le cadre d'un article au titre explicite, « crises et réformes », pose que « la concomitance de l'émergence des crises sanitaires et du prurit de réformes du système de santé n'est pas fortuite ». ⁸⁷⁷Rappelons que l'auteur, du fait de sa « multi-position » ⁸⁷⁸, influence fortement du fait de ces idées le cadre normatif et cognitif de la réforme, aussi lui accordons-nous une attention particulière dans ce chapitre.

Cet auteur de référence débute son écrit par cette affirmation « le secteur de la santé est en crise » et précise immédiatement : « on pourrait même dire qu'il est « en crises », tant la diversité des situations de crise qu'il travers mérite d'être soulignée ». L'auteur cite principalement, les crises de sécurité sanitaire, les crises du financement de la sécurité sociale, les crises sociales à l'hôpital ou en médecine de ville.

Concernant la définition du mot « crise », il en rapporte l'origine médicale, concordant en cela avec le propos de Daniel Parrochia dans son ouvrage : « La forme des crises Logique et épistémologie » ⁸⁷⁹. Ainsi conçue, la crise se présente comme un moment d'intensité culminante au cours de la maladie. Didier Tabuteau fait ensuite appel à un auteur P. Lagadec pour une définition plus

⁸⁷⁷ Tabuteau, D. « Crises et réformes », op.cit., pp 19-40.

⁸⁷⁸ Sur cette notion de multi-position, voir Massardier, G. *Expertise et aménagement du territoire : l'État savant*, Editions L'Harmattan, 1996. Nous reviendrons sur ce point à propos de la démocratie sanitaire, thème important du moment de la réforme 2014.

⁸⁷⁹ Parrochia, D. *La forme des crises : logique et épistémologie*. Seyssel, Champ Vallon, impr. 2008.

« analytique » dit-il, laquelle de notre point de vue ne se démarque pourtant pas fondamentalement de l'acception médicale : « La crise c'est l'urgence plus la déstabilisation ». L'auteur introduit alors l'étymologie grecque du mot, *krisis*, qui signifie, « décision », cumulant celle-ci avec la définition de Lagadec, il interprète ainsi la crise comme situation appelant les décisions des gouvernants, lesquels seraient sollicités par une population attentiste face à la menace. Ce présupposé, légitime ainsi la déduction à laquelle il parvient : « Le lien avec la réforme est alors immédiat ». Ce tableau évoque l'image du pasteur et de son troupeau, posture évoquant une conception particulière des rapports entre société et démocratie.

Parrochia fait une autre lecture épistémologique de la crise. Tout d'abord il replace cette question dans le contexte de la philosophie de l'histoire qui « n'a pas cessé de se heurter à la question des crises, des ruptures et des transitions brutales, ainsi que des évènements critiques ».⁸⁸⁰ Une première constatation est l'attitude qu'elle suscite par rapport au changement, lequel ne pose pas un problème en soit. La crise est problématique du fait de son caractère à la fois imprévisible et contingent, aussi l'auteur souligne que la philosophie hégélienne : « a eu l'incomparable mérite de montrer comment la pensée spéculative peut dépasser la contingence, mais ce fut au prix d'une transformation de l'image de la raison, devenue Raison divine... »⁸⁸¹ L'auteur, tout en soulignant la puissance de la pensée hégélienne, n'en fait pas moins la critique en s'appuyant notamment sur les travaux d'Augustin Cournot pour lequel :

« Alors que les phénomènes naturels s'enchaînent rigoureusement, au point qu'il est certainement vrai de croire, comme Leibniz, que le présent est *gros de l'avenir*, et même de *tout l'avenir*, puisque « toute les phases subséquentes sont implicitement déterminées par la phase actuelle, sous l'action des lois permanentes ou des décrets éternels auxquels la nature obéit », inversement, on ne peut pas dire sans restriction que le présent soit *gros du passé* »⁸⁸².

⁸⁸⁰ Ibid., p.11.

⁸⁸¹ Ibid., p.12.

⁸⁸² Cournot A., *Essais sur les fondements de la connaissance et sur les caractères de la critique philosophique*, (1851), Paris, Hachette, 1922, p.447, in : Parrochia D., *La forme des crises*, op.cit. p.17.

L'auteur invoque quatre raisons au caractère incertain du fait historique : l'impossibilité d'une « rétrodiction » s'agissant du passé, ensuite la « fausseté des reconstructions générales », la place qu'il faut faire absolument en histoire, « aux faits accidentels et hasardeux ». Ce troisième point est particulièrement important, il s'agit précise l'auteur de distinguer entre les *causes* et les *raisons* : « La grande histoire s'arrête peu aux causes microscopiques. Ce qu'elle cherche, ce sont des *raisons suffisantes* des grands évènements »⁸⁸³. Ainsi, faut-il admettre en histoire « la logique du grain de sable », l'auteur en rapporte les meilleurs exemples tirés du passé lointain comme des plus récents. En conclusion donc, souligne-t-il :

« Nous avons à construire une histoire non mythique, mais dont on pourra tout de même trouver des interprétations rationnelles. Certes nous savons maintenant ces interprétations d'une rationalité par essence incomplète (ou limitée) {...} Et nous savons surtout qu'au sens propre comme au sens figuré, elles ne nous permettent plus de « tirer des plans sur la comète. »⁸⁸⁴

Ce qui pourrait sembler un « détour » par la philosophie de l'histoire ne nous éloigne pas de notre sujet, au contraire. Dans les réformes menées en santé, comme dans le propos de Didier Tabuteau, lequel est à cet égard exemplaire, le récit, l'interprétation des faits, revêt un rôle fondamental, il est le socle même des éléments de justification et de légitimation constitutifs de la rhétorique de la réforme. C'est pour cette raison même que, si en apparence, nous aurions à répéter un récit commun déjà connu en « refaisant » l'histoire, il nous apparaît fondamental pour analyser correctement la réforme et notamment la trame cognitive et normative des discours, d'adopter une attitude critique quant à l'histoire et ses versions d'auteur.

Revenons à présent à l'effort de définition du mot « crise » auquel s'est attelé Daniel Parrochia dans un ouvrage à visée réellement épistémologique, de façon plus théorique donc que ne l'a fait Didier Tabuteau dont ce n'était pas le propos même. Le philosophe souligne tout d'abord que : « L'environnement sémantique du mot « crise » est donc très riche. ». Aussi la démarche de l'auteur sera

⁸⁸³ Parrochia D. *La forme des crises : logique et épistémologie*, op. cit., p.19.

⁸⁸⁴ Ibid., p.29.

« d'étudier ses différents sens en relations avec les autres concepts (conflit, transaction) » auxquels il souhaite le confronter. Il n'est pas dans notre propos d'entrer dans le détail de sa démonstration, mais nous mesurons dès l'introduction de ces deux termes « conflit » et « transaction » l'écart entre une conception de la « crise » publiciste telle que Didier Tabuteau la conçoit d'avec celle qui découle de la discussion de Parrochia. Cet écart n'est pas neutre, en termes d'analyse de la politique de santé en tant que politique publique. Le logicien et philosophe nous rappelle que : « dans le bel édifice de la raison classique, anhistorique et immuable, l'esprit du XVIII^e siècle introduira le ferment de la *critique* et de la *contestation* ». Cette époque illustre le fait que :

« Ce moment *décisif* qu'est la crise appelle justement une analyse, et un discernement de ses causes, qui amènera-le domaine médical est ici paradigmatique - un *diagnostic* et l'indication d'une *thérapeutique*. »⁸⁸⁵

La précision est ici importante, et l'auteur l'avait préalablement signalé dans le rappel étymologique du mot « crise », rappelant que *krisis*, décision en grec, vient du verbe, *krinein*, discerner. Plus encore que la décision, la crise appelle au discernement, lequel précède celle-ci dans l'action.

Deuxième point important de la démonstration de Parrochia, la lecture historique de la crise conduit à considérer celle-ci comme « révélatrice d'un *conflit*, au départ sans doute latent, mais qui en vient par elle, à s'exacerber ».⁸⁸⁶ L'auteur rappelle la tension existentielle que connaît l'être humain avec son milieu, de ce fait naturellement enclin au « conflit existentiel », dès lors que survient « tout coup du sort », lequel réveillera ou stimulera ce dernier. Pour l'auteur donc « Toute crise traduit un conflit. Toute sortie de crise suppose donc la résolution, au moins provisoire, d'un tel conflit »⁸⁸⁷ La thèse de Parrochia nous offre une clef de lecture importante puisqu'elle nous conduit en effet à nous interroger sur les conflits qui sous-tendent « existentiellement » le système de santé.

Particularisme « essentiel » du système de santé français

⁸⁸⁵ Ibid., p.31.

⁸⁸⁶ Ibid., p.33.

⁸⁸⁷ Ibid., p.35.

Le premier volet du particularisme français tient au fait que les médecins français se distinguent de leurs confrères anglais et allemands par un attachement au libéralisme, qualifié par le Pf François Grémy de « forcené ». Dans un article intitulé « histoire et avenir de la santé publique », celui-ci évoque la : « longue tradition de combats d'arrière-garde contre l'évolution vers une conception sociale et collective de la médecine et de la politique sanitaire »⁸⁸⁸. Les exemples sont nombreux de cette contre-politique de santé. Concernant la première loi de santé publique, adoptée en 1902, dans cet article, le professeur de santé publique cite Clémenceau : « de cette loi, personne ne réclame la mise en vigueur. Que dis-je ? Chacun s'ingénie à la paralyser ». Ce sera aussi l'opposition contre les assurances sociales en 1927-1928 alors même que c'est la « solvabilisation »⁸⁸⁹ d'une offre de soin devenue performante à la faveur des progrès scientifiques et technologiques qui permit l'expansion de cette offre.

L'Union des syndicats médicaux français (USMF) a émergé dans les années 1880 autour de deux enjeux : la défense des intérêts économiques de la profession face aux mutuelles et l'octroi du monopole en matière de soins aux docteurs en médecine. L'USMF devient la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) en 1928, dans le contexte de la discussion de la loi sur les assurances sociales à laquelle s'opposent les représentants syndicaux des médecins. C'est aussi à ce moment-là que se cristallisent les principes de la médecine libérale, inscrits dans la charte syndicale de 1927, qui structurent encore aujourd'hui l'identité collective de la profession édictant cinq principes fondamentaux, dont quatre figurent encore au Code de la Santé: - liberté de choix du médecin par le malade - respect du secret professionnel - liberté de prescription - contrôle des malades par les caisses (et des médecins par leur syndicat) - un cinquième principe figurait également à la Charte de 1927 qui a disparu à la Libération (Ordonnance du 19 octobre 1945), c'est l'entente directe sur les honoraires. L'enjeu était notamment de faire échouer la tentative de mise en place d'un système de médecine de caisse inspirée des lois Bismarck, le texte français voté

⁸⁸⁸ Grémy F. « Histoire et avenir de la santé publique », *Actualité et dossiers en santé publique*, 2005, n° 50, pp. 67-68.

⁸⁸⁹ Selon le terme usuel dans ce domaine.

n'a jamais été appliqué et sera remplacé en 1930 par un texte adoptant les principes de la charte de la médecine libérale.

Le système français se fondera au début du vingtième siècle sur ces principes, ceux de La charte de la médecine libérale qui réunifie les syndicats médicaux au lendemain de la deuxième guerre. Elle se justifie par ce principe : « par son caractère intellectuel la médecine est une profession libérale seul garante de la confiance ». S'opère pour des raisons économiques un glissement de la médecine sociale de la Troisième République où certains médecins défendaient une conception laïque républicaine les affranchissant de la religion de la médecine à une médecine curative libérale.

Il ne faut cependant pas méconnaître la concorde qui légitima une telle fondation à la Libération. Ce que voulaient les syndicalistes, c'est permettre aux ouvriers d'accéder à une médecine libérale donc indépendante des pouvoirs avec un refus net des salariés d'un financement de la sécurité sociale par l'État. Aussi, le principe d'un système géré par les intéressés eux-mêmes est-il énoncé et imposé avec vigueur comme l'illustre l'extrait du discours d'Ambroise Croizat, rapporté par son biographe cité précédemment.⁸⁹⁰

La médecine collective étatique était de plus entachée pour les représentants des salariés d'une suspicion de subordination à un patronat non enclin à faire progresser la classe laborieuse. L'hostilité à l'égard de l'Etat était effectivement particulièrement vive au sortir de la deuxième guerre mondiale en France. Il a fallu les circonstances exceptionnelles d'un rapport de force favorable aux ouvriers au lendemain de la Seconde Guerre mondiale pour instaurer un tel montage, ainsi rappelé par Michel Etievent historien biographe d'Ambroise Croizat :

« Le rapport de force de la Libération permit la naissance de celle que l'on va désormais appeler affectueusement « la sécu »: un parti communiste à 29% des voix, cinq millions d'adhérents à la CGT (...), une classe ouvrière

⁸⁹⁰ d'après Michel Etievent, historien biographe d'Ambroise Croizat, auteur du texte intitulé : « Ambroise Croizat, ministre des travailleurs », (op.cit.), au sujet du 110^{ème} anniversaire de la naissance de « celui qui bâtit la Sécurité Sociale » ; l'historien y souligne que : « le rapport de force de la Libération permit la naissance de celle que l'on va désormais appeler affectueusement "la sécu": un parti communiste à 29% des voix, cinq millions d'adhérents à la CGT (...) une classe ouvrière grandie par sa lutte héroïque dans la résistance, un patronat déconsidéré par sa collaboration ».

grandie par sa lutte héroïque dans la résistance, un patronat déconsidéré par sa collaboration”.⁸⁹¹

C'est ainsi que le système français, nous dit Jean de Kervasdoué, « est donc bâti sur les principes d'un libéralisme bourgeois, socialisé par les cotisations sociales ». ⁸⁹²Il est classiquement admis que le système français de sécurité sociale a emprunté à Beveridge par l'universalité de ses prestations et à Bismarck, par l'assise professionnelle de ses cotisations salariales. L'universalité est fidèle aux idéaux socialistes de progrès social et aux principes de droits de l'homme. L'assise professionnelle vient elle, de la méfiance des représentants des salariés, principalement ouvriers à l'égard des gouvernements, et du patronat. La période qui suit la création de la Sécurité Sociale voit ainsi la poursuite du développement d'une médecine libérale selon ses propres principes. Or, souligne Jean de Kervasdoué dans son ouvrage, *Santé pour une révolution sans réforme* :

« Le principe de la libre fixation des honoraires par un médecin est par essence opposé à la notion d'assurance maladie qu'elle soit privée ou publique : on n'assure pas un risque dont on ne connaît pas en cas d'occurrence les conséquences financières ». ⁸⁹³

Si l'on considère avec Parrochia que la crise est bien l'expression d'un conflit existentiel sous-jacent exacerbé par un « coup du sort », on peut assurément lire la crise financière du système de santé comme la mise en tension conflictuelle, provoquée par la crise économique, des paradoxes structurels d'un système dont le montage particulier fut un compromis social économique et politique et donc nécessairement dynamique.

Ce que nous dénommons ici, pacte en santé, pour qualifier le compromis sociopolitique scellé dans l'après-guerre en 1945 à travers l'adoption du modèle paradoxal d'assurance maladie, est au cœur du contrat social, au sens de Rousseau, c'est-à-dire au nom duquel les citoyens concèdent de leur liberté tandis que l'Etat leur garantit la paix et la sûreté.

Nous l'avons vu, le discours institutionnel qui a prévalu dans les années de réforme 1980-2000 porte l'accent sur les multiples défauts et insuffisances d'un

⁸⁹¹ Ethievent, M., « Ambroise Croizat, ministre des travailleurs », op.cit.

⁸⁹² De Kervasdoué, J. de. *Santé : pour une révolution sans réforme*, op.cit.

⁸⁹³ Ibid.

système qui relèverait d'un traitement en quelque sorte symptomatique et non structurel.

Crise et paradoxes structurels

Reprenant l'analyse conduite par Parrochia, au point de sa démonstration ayant constaté qu'à l'origine de toute crise, se trouve un conflit, celui-ci aborde la question de la gestion des crises sous l'angle du conflit et de la transaction. Ayant rappelé que le droit est en principe dans les sociétés démocratiques, le moyen de prévenir le conflit ou « lorsqu'ils ont éclaté, de les limiter ou d'en réduire l'amplitude », l'auteur souligne l'importance de la transaction en matière de crise qui d'une façon générale est :

« Un contrat par lequel les parties terminent une contestation née ou préviennent une contestation à naître moyennant un prix ou des concessions réciproques. En ce sens, les premières lois de la nature, évoquées par Hobbes dans le chapitre XIV du *Léviathan*, sont typiquement, des transactions par lesquelles les hommes s'efforcent de prévenir les possibilités d'agression en renonçant réciproquement à la possession de certains biens. »⁸⁹⁴

Ainsi peut-on voir, dans le pacte en santé scellé en 1945 actant le montage d'un système de santé d'essence paradoxale, une transaction mettant fin à un conflit et dont la remise en question ne peut que rouvrir ce dernier.

De ce point de vue, revenons sur l'argumentation de la thèse que développe l'auteur de « crises et réformes », s'agissant de son interprétation de la place de la « crise sociale » en santé parmi les différentes sortes de crises qu'il identifie.

Celui-ci différencie plusieurs sortes de crises en santé. Cette classification comporte deux catégories : les crises de mutation et les crises de rupture. Concernant les « crises de mutation », lesquelles : « accompagnent ou provoquent régulièrement des mutations du système de santé », selon les causes et effets de celles-ci l'auteur distingue trois sous-catégories, les crises « catalyseur », les crises « révélateur » et les crises « réactions ». S'agissant des « crises réactions », l'auteur considère que :

« Si la crise induit fréquemment une réforme, la réforme elle-même peut être le détonateur d'une crise. En remettant en cause des pouvoirs ou des

⁸⁹⁴ Parrochia D. *La forme des crises*, op.cit.

situations acquises, l'action publique suscite inévitablement des oppositions, attise des contestations et peut, dans certains cas, engendrer des situations de crises ». ⁸⁹⁵

Ainsi présente-t-il les mouvements sociaux ayant accompagné la réforme hospitalière de 1983-1984 dans ce paragraphe illustrant les crises réaction, avec pour intitulé « « l'invention » de la crise sociale à l'hôpital. »⁸⁹⁶

Si Didier Tabuteau défend la thèse qu'en santé la plupart des réformes sont provoquées par la crise, en matière financière, l'auteur utilise le terme de « tension » et non de « crise » et juge excessive la dramatisation autour du « trou de la sécu ». Pour lui, les déficits de l'assurance maladie sont prévisibles, ce qui est effet est antinomique avec l'idée de crise. Si les mesures qui ont été prises ont déclenché de violents conflits, d'autres mesures auraient pu être prises. Ainsi, l'auteur s'interroge en fin de son article : « il n'est dès lors pas abusif de s'interroger sur l'objectif poursuivi en refusant toute augmentation des prélèvements obligatoires et en renvoyant à la responsabilité individuelle pour l'équilibre des comptes. » La crise financière du système de santé serait ainsi une « fausse crise » cependant que les mesures à portée financières prises à l'aune d'une certaine orthodoxie budgétaire auraient déclenchées, elles, de « vraies » crises sociales.

Or, regardant le contexte de ces mesures de rationalisation budgétaire, celles-ci se sont imposées dans le cadre d'une crise économique qui a vu la fin du mythe de la croissance et l'apparition d'un chômage structurel. La thèse du « tournant néolibéral » exposée dans l'article dirigé par Bruno Jobert ⁸⁹⁷, et le développement d'une élite du *Welfare* telle que décrite par Patrick Hassenteufel et William Geniès,⁸⁹⁸ expliquent les orientations et solutions mises en œuvre, là où d'autres solutions auraient pu prévaloir. On peut aussi défendre la thèse qu'à l'origine est la crise économique et défendre l'hypothèse en quoi elle dévoile un conflit existentiel inhérent à la structure du système de santé français.

⁸⁹⁵ Tabuteau D. « crises et réformes », op.cit.

⁸⁹⁶ Ibid.

⁸⁹⁷ Lequesne C., Jobert B. (dir.), « Le tournant néolibéral en Europe », op.cit.

⁸⁹⁸ Genieys, W., Hassenteufel, P. « Entre les politiques publiques et la politique: l'émergence d'une «élite du Welfare»? ». op. cit.

Revenant à la démonstration de Parrochia au point où il interroge « l'idéologie d'une régulation systémique des crises en politique. » L'auteur situe les principales théories et écoles contre lesquels le « systémisme social » américain et ses différentes écoles se sont forgés pour rappeler le côté illusoire de celui-ci, ainsi dénoncé par Pierre Birnbaum :

« Les systémiciens ne s'interrogeaient pas sur les éventuels désordres internes du système. Ensuite, ils ne s'occupaient pas de savoir comment se réglaient les problèmes de compétence concernant le pilotage du système, et ne précisait pas non plus si les autorités influentes étaient ou non celles qui avaient le pouvoir. Enfin, ils ne se demandaient pas à quel type de valeurs les autorités obéissaient, ni si elles ne pouvaient être soumises à (ou influencées par) des membres du système social et politique plus puissantes qu'elles ».⁸⁹⁹

Il est légitime de reprendre cette critique vis à vis du discours de Didier Tabuteau. Ainsi, il nous semble que le problème posé par son argumentation est le postulat que seul l'État est légitime pour conduire la réforme sur ses propres critères. Or, ceux-ci, en l'occurrence budgétaires, entrent *a priori* en conflit avec les valeurs fondatrices du système et négligent les aspects « transactionnels » présidant à la construction de celui-ci. Il en est de même de l'importance de l'influence tant auprès de l'État que dans la société d'autres membres que les protagonistes apparents de cette « crise réaction ». Son analyse procède ainsi d'une élision complète de la notion de conflit même et en l'occurrence du conflit potentiellement sous-jacent à la crise du système de santé consécutive de la crise économique, celui d'une mise en tension des paradoxes existentiels du système constitutifs de la « transaction » politique, que nous avons dénommé pacte en santé. Pour le dire autrement, l'auteur élude simplement le rôle des acteurs et la question sociale, laquelle se résume pour lui à la mise en tension d'acquis professionnels maximalisant par ailleurs le rôle de l'État.

Ce biais d'analyse est manifeste lorsque ce dernier dresse une généalogie inédite du système de santé, laquelle vient renforcer sa thèse de la réforme causée par la crise. L'auteur distingue trois phases ayant présidé à l'histoire du système de santé français depuis 1789. Le point de départ nous dit-il de la deuxième étape qui « a été marquée par la construction d'un système de soins diversifiés et relativement performant » est la crise provoquée par la terrible épidémie de

⁸⁹⁹ Parrochia D, *la forme des crises*, op.cit., pp 37-38.

grippe espagnole de 1918. Partant du constat que cette crise est à l'origine de la création en 1920 du ministère de la santé, celui-ci déclare que :

« Cette administration nouvelle s'est attachée à développer un système hospitalier sur l'ensemble du territoire et à accompagner la croissance de la médecine de ville, lorsque les lois de 1928-1930 et le plan de 1945 ont permis à la sécurité sociale de la solvabiliser ». ⁹⁰⁰

Or ici, il convient de rappeler deux ordres de fait évoqués précédemment. D'une part, la médecine libérale et indépendante s'est employée à ne pas être accompagnée et à créer les conditions légales pourvoyant à la « solvabilisation » de son offre tout autant qu'à son indépendance. Elle a par ailleurs profité de toutes les avancées scientifiques et technologiques qui ont marqué la fin du XIX^{ème} et le début du XX^{ème} siècles, principalement responsables de la montée en charge de sa performance.

D'autre part, il est légitime de situer l'acte de naissance de l'hôpital public à la loi du 15 Juillet 1893 laquelle dispose que : « tout Français privé de ressources momentanément peut recevoir à domicile ou à l'hôpital les soins dont il a besoin, les frais engagés doivent être payés par les communes ». Ce droit sera élargi aux infirmes, vieillards, incurables en 1905 et femmes en couches (1913). Cette loi reconnaît définitivement le droit à l'assistance contrairement au principe libéral faisant reposer la protection sociale sur la prévoyance (et la bienfaisance) en vigueur jusque-là :

« Le principe fondamental de toute société est que chaque homme est chargé de pourvoir lui-même à ses besoins et à ceux de sa famille par ses ressources acquises ou transmises (...) il y a des maux isolés accidentels auxquels la bienfaisance individuelle est chargée de pourvoir () il y a des maux généraux affectant des classes entières auxquels il faut appliquer () l'assistance publique mais il importe que cette vertu conserve son caractère de vertu c'est à dire reste volontaire spontanée et libre. »⁹⁰¹

Le ministère « de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale » créé en 1920 sera dissout en 1924 pour réapparaître définitivement à partir de 1930 et il n'aura en réalité jamais véritablement les moyens d'assurer ses missions⁹⁰². Ce

⁹⁰⁰ Tabuteau « crises et réformes », op.cit.

⁹⁰¹ Adolphe Thiers, rapport à l'assemblée lors du vote de la loi du 18 Juin 1850 instituant la Caisse nationale des retraites.

⁹⁰² Murard L., Zylberman P. « Mi-ignoré, mi-méprisé : le ministère de la santé publique, 1920-1945. », op.cit. .

point est consensuel pour la majorité des auteurs, nous l'avons déjà noté. Grâce aux lois d'assistance, mais aussi au développement de la mutualité, de plus en plus d'individus peuvent se faire soigner si bien que l'offre de soins se développe. Nous avons ainsi brossé un tableau partagé par d'autres auteurs, mais sensiblement différent du récit exposé par Didier Tabuteau. Enfin, la nature contractuelle et politique de l'acte de 1945 n'est non pas éludée mais finalement niée par l'auteur lorsqu'il déclare, évoquant la réforme Juppé : « Elle a posé explicitement la question du pilotage de la sécurité sociale et levé le tabou de son organisation historique ». Pour celui-ci en définitive, « tout se passe comme si la crise était nécessaire pour réformer un système à la gouvernance incertaine et aux lobbys puissants ». Ce biais n'est pas sans conséquence, nous trouvons ici une argumentation à charge contre le système de santé qui, *in fine*, légitime la réforme, les solutions et la prise de pouvoir par l'État.

Les distinctions qu'opère Daniel Parrochia entre les crises ne sont pas de la même nature que la classification présentée par Didier Tabuteau. Pour le logicien deux situations peuvent se présenter, soit que la crise ait des causes « externes », soit que la crise ait des causes « internes ». Mais pour celui-ci, dans les deux cas, la crise ne peut être résolue avant d'être apparue et même : « sa solution pourra bien n'être qu'une pseudo-solution », pour exemple entre autres celui du placebo en médecine. Face à la nature en partie aléatoire des crises, celui-ci pose la question d'un traitement stratégique des crises, encore faut-il en définir le sens au-delà de son acception première militaire :

« D'un point de vue moderne, on dira surtout qu'il y a *stratégie* à partir du moment où l'on ne peut plus résoudre un conflit en fixant à priori, une fois pour toutes, un programme de résolution, et où *il faut accepter l'idée de compléter progressivement les projets établis à l'avance par de nouveaux projets inspirés par les circonstances.* »⁹⁰³

Cette illustration met en lumière une posture peu stratégique de l'État dans le chemin de la réforme en santé, illustrée ici par le cas de la crise sociale à l'hôpital. Car la difficulté pour le réformateur réside vraisemblablement dans l'entreprise même de « contre-aléatoirité » que mène l'économie à travers ses outils de régulation, en effet, souligne Parrochia :

⁹⁰³ Parrochia D., *La forme des crises*, op.cit., p.40.

« Le principe d'optimalité s'applique donc encore à des processus séquentiels mettant en jeu un centre de décision unique aux prises avec le hasard et non avec des adversaires conscients. Que devient, cependant, cette méthodologie quand les processus sont parallèles ou quand les centres de décisions sont multiples et se trouvent, qui plus est, aux prises, non seulement avec le hasard, mais avec des adversaires conscients-des agents rationnels ? »⁹⁰⁴

Il semble que ce soit cette question épineuse de la nécessité d'une stratégie contre aléatoire à laquelle s'affronte l'État, le réformateur. Devant cette question stratégique donc, Parrochia, indique « provisoirement » qu'il existe « différents types de modélisation des crises, des conflits qu'elles présupposent ou suscitent ainsi que des transactions qui peuvent éventuellement les résoudre ». Même si à la fin de la discussion menée par le philosophe au sujet de la crise, celui-ci ne répond pas à la question véritablement, la piste qu'il lance éclaire un enjeu que nous avons identifié dès le début de notre travail : celui de la dispute et la lutte de pouvoir autour d'un objet précieux la santé. L'auteur achève son propos par cette remarque, réaffirmant la place centrale de la « transaction » :

« Malgré la puissance des modèles formels, on ne sous-estimera pas la dernière perspective si l'on se rappelle (scripts ou « frames divers ») que l'ancienne morphologie des contes (...) a toujours conçu le point de départ des récits comme des « crises » dont le développement est la quête du héros : celui-ci cherche généralement à s'approprier un objet de valeur initialement attribué par un destinataire à un destinataire (qui n'est pas forcément le héros) ». Toute histoire individuelle ou collective, souvent riche en crises et en conflits multiples, peut donc certainement se comprendre aussi comme une sorte de *transaction généralisée*. »⁹⁰⁵

Cette discussion nous amène donc à considérer la notion de « transaction sociale », mobilisée notamment dans les travaux de sociologie politique, et comprise comme « un processus qui comprend de l'échange et de la négociation, du rapport de force et de l'imposition », lequel débouche « sur un compromis pratique »,⁹⁰⁶ comme outil théorique approprié pour analyser la construction historique du dit « système de santé ».

⁹⁰⁴ Ibid., p.42.

⁹⁰⁵ Ibid., p. 45.

⁹⁰⁶ Gibout C., Blanc M., Foucart J., « Transactions sociales et sciences de l'homme et de la société », *Pensée plurielle* 2009/1 (n°20), p.7-11.

Le concept de transaction sociale donne une clef de lecture pertinente au compromis politique, « négocié » quoiqu'informel, que nous avons nommé le « pacte social en santé », forgé au lendemain de la seconde guerre mondiale et fondant ce paradoxal modèle français, à la fois libéral et solidaire.

Cette notion rend ainsi compte des enjeux sous-jacent à la rhétorique de la crise ainsi qu'au projet de refondation du système de santé, dans la mesure où la remise en cause de ce « pacte », est toujours possible voire probable, sans pour autant que celle-ci soit nécessairement formalisée :

« Le résultat (du processus transactionnel) est un produit transactionnel qui, en vertu du caractère instable, provisoire et *re-négociable* de la transaction, pourra tôt ou tard être remis en cause (Ledrut, 1976). »⁹⁰⁷

⁹⁰⁷ Ibid.

2/ La « crise sanitaire » ou l'Etat confronté à la « société du risque »

Didier Tabuteau, dans son article « crises et réforme », fait référence à la théorie développée par Ulrich Beck. Les exemples donnés par Didier Tabuteau permettent de définir la notion de crise sanitaire telle qu'il la conçoit, parfois sous la dénomination de « crise de santé publique » : accidents de contamination, nouveaux risques épidémiques tels que la grippe aviaire, effets toxiques de nouveaux médicaments tels que le Vioxx, canicule, infections nosocomiales telles que celles provoquées par la bactérie *Mycobacterium xenopi*, accidents thérapeutiques tels que les accidents de radiothérapie survenus au CHU de Toulouse, survenue du SIDA et affaire du sang contaminé, drame de l'amiante, contaminations par l'hormone de croissance, maladie dite de la « vache folle ».

Si Didier Tabuteau fait mention de la « société du risque », il n'explicité pas le lien entre cette théorie, les enjeux de la politique de santé et la réforme. Certes nous montrerons que le champ de la santé est emblématique de la thèse développée par Beck car de nombreux exemples tirés du champ de la santé participent de la démonstration de l'auteur de « la société du risque »⁹⁰⁸.

Disons ici que la théorie de Beck offre un cadre de lecture particulièrement pertinent, des enjeux de la sécurité sanitaire, des menaces et des accidents en santé, faits ayant marqué la deuxième période de l'histoire de la maladie que nous avons précédemment décrite. La plausibilité de celle-ci est aussi renforcée par la similitude entre ce qu'a été la lutte contre le droit des malades ayant marqué les années 1990 et l'explication de Beck à propos de la « dynamique politique des risques reconnus » lorsqu'il écrit : « subitement, les problèmes sont là, injustifiables, et ils se muent en pures invitations explosives à l'action (...). Les « effets induits » se manifestent, s'organisent, portent plainte, font valoir leurs droits, ne se laissent plus faire. »⁹⁰⁹

Les évènements aigus et non prévus sont habituellement classés sous la dénomination « crise sanitaire ». Sont classés dans cette nouvelle catégorie moderne, indistinctement, tant les effets indésirables du système moderne de soin lui-même, que des drames sanitaires extérieurs à celui-ci dont la causalité

⁹⁰⁸ Beck U., Latour B. *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*. (L. Bernardi, Trad.), Paris, Flammarion, 2004.

⁹⁰⁹ Ibid., p.141.

soit directe soit indirecte est à rechercher dans les effets produits par la société moderne à travers les nombreux risques qu'elle génère, industriels, environnementaux pour la santé de l'homme.

La théorie de Beck concilie ces deux versants des crises sanitaires dans la mesure où le système de soins est compris comme un producteur industriel parmi ceux qui caractérisent la société du risque conceptualisée par celui-ci.

Nous l'avons vu, l'offre de soins s'est développée sous l'effet des progrès scientifiques et technologiques dont il a largement profité tendant à devenir une industrie de la santé. L'approche du secteur de la santé comme un secteur économique prometteur pour la France est présente tant dans l'analyse du Cercle des économistes que dans le discours politique comme celui de Marisol Touraine. Ainsi pour exemple, le septième Conseil Stratégique des Industries de la Santé (CSIS) réuni autour du premier ministre le 11 avril 2016 en présence de quatre membres du gouvernement dont la ministre de la santé et de 45 représentants mondiaux, européens et français des industries de santé qui a été consacré aux mesures destinées à renforcer la compétitivité et l'attractivité de l'industrie française du médicament dans le cadre d'un dialogue renforcé entre l'État et ces industries. Le CSIS a été créé sur le modèle du *Pharmaceutical Industry Competitiveness Task Force* en 2005. La dénomination anglo-saxonne a le mérite de nommer l'industrie pharmaceutique tandis que la dénomination française amalgame dans le paradigme de la santé/non-maladie santé et soins en l'occurrence le médicament.

Le discours tant des acteurs économiques que des acteurs politiques sur la « compétitivité des entreprises françaises de santé » relayé par exemple, par un acteur comme Nile, société de consulting assurant une fonction d'information et de médiatisation des débats en santé. Il en était de même dans le moment des réformes adoptées en 2004. Cette lettre enthousiaste adressée le 4 juin 2013 présentant le débat que le consultant organisait avec David Sourdive pour invité vedette, l'illustre ainsi :

« Nicole Bricq, Ministre du Commerce extérieur, a mandaté David Sourdive, Vice-Président et co-fondateur de Collectis, afin d'améliorer les performances françaises à l'exportation dans le domaine de la santé. A la tête de la mission " Mieux soigner", il devient ainsi un " fédérateur" de la

France sur la scène internationale avec pour objectif de rassembler tous les acteurs économiques afin de capter de nouvelles opportunités de croissance dans le domaine de la santé. (...) Dans un contexte général de crise, la santé semble enfin trouver, par cette mission, le rôle de fleuron qui aurait dû lui être reconnu depuis fort longtemps. Les 1200 entreprises de santé ne manquent pas d'atouts. Fortes d'un chiffre d'affaires cumulé de 70 Millions d'euros, elles sont le secteur qui recrute le plus de jeunes très qualifiés. Avec un effet positif de 6 M d'euros sur la balance commerciale, elles apportent une véritable reconnaissance industrielle de la France à l'international, 200 000 emplois sont générés par ce secteur qui viennent épauler les deux millions de personnes travaillant dans le monde de la santé de notre pays (professionnels de santé libéraux hospitaliers, cadres et institutions...) »⁹¹⁰

La confusion est ici nette dans une acception de la « santé » qui participe du paradigme de la santé/non-maladie, substituant le mot « soin », systématiquement éludé au profit de celui de « santé » dans un discours qui valorise le potentiel lucratif de la maladie comme ressource d'un marché générateur de croissance économique tout en mobilisant la valeur « santé ».

L'État se trouve ainsi dans la situation décrite et analysée par Beck, celui d'être en situation de courroie de transmission apolitique dans son rapport à l'industrie tandis qu'il lui revient par ailleurs de trouver des réponses à apporter aux citoyens menacés par les risques induits par la dite industrie. Rappelons ici, que les économistes du Cercle économique, partant du constat du caractère inéluctable de l'augmentation des dépenses (du fait de l'évolution des besoins), critiquent le malthusianisme étatique comme frein à la croissance sans entrer dans la discussion qu'impose cette voie, celle des prix et de leur régulation. Nous n'approfondirons pas plus avant ce point car notre propos est autre.

Une autre voie, ne s'inscrivant pas dans une approche amalgamant soins et santé, peut être empruntée. Celui-ci met en jeu les rapports entre industrie, science et Etat dans le cadre d'un débat démocratique au sujet des choix industriels en termes de nature et de mode de production lesquels induisent les risques générés par cette dernière.

Le champ de la santé est ainsi au premier plan de la société du risque conceptualisée par Beck pour plusieurs raisons. La première et la plus évidente

⁹¹⁰ Nile, la lettre, 4 juin 2013.

réside dans les exemples de risques illustrant cette dernière, abondants en matière de santé. Plus fondamentalement, le deuxième aspect est que cette société est caractérisée par le fait qu'elle génère elle-même le risque auquel elle doit s'affronter, le risque ne vient plus de l'extérieur, il est fabriqué par la société elle-même :

« La société est aujourd'hui *confrontée à elle-même* (...) les sources des dangers ne sont plus dans l'ignorance, mais dans le savoir, plus une insuffisante maîtrise de la nature, mais une maîtrise *perfectionnée* de cette même nature, plus ce qui se soustrait à l'intervention humaine, mais le *système de décisions* et les contraintes objectives nées avec l'industrialisation. »⁹¹¹

Ainsi, le système de soins dont la vocation première est de faire face à la maladie, conçue comme un ennemi extérieur, participe aujourd'hui de la génération spontanée d'effets indésirables sur cette santé dont il porte la charge de la réparation. L'hôpital notamment, mais aussi et l'industrie du médicaments et des dispositifs médicaux, lieux de modernité et de développement scientifique porteur de progrès au service d'un besoin humain, restaurer la santé, se trouvent, dans un paradoxe, au cœur de la production même du risque produit par l'industrie de la modernité avancée, lequel menace *in fine* la santé humaine. Face aux risques sanitaires, le politique se trouve confronté à un enjeu double, celui que représente l'avènement de la société du risque d'un point de vue global, aggravé de celui que représente la santé en tant que secteur économique partie prenante de la génération de risques induits latents.

Cependant, la théorie de Beck donne lieu à deux types de malentendus auxquels nous devons prêter attention. Ceux-ci sont soulignés par Bruno Latour dans la préface de l'édition de 2008 de l'ouvrage de Beck: « on en a fait un spécialiste du « risque technologique majeur », alors qu'il prend le terme de manière beaucoup plus générale pour rendre compte du lien social lui-même ». ⁹¹² Le deuxième contre-sens tient, souligne l'auteur, à l'esprit rationaliste français qui garde toute sa confiance (sa croyance) dans le progrès scientifique et technique et sa capacité de maîtrise, et donc dans l'administration savante, « c'est même cette

⁹¹¹ Beck U., Latour B. *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*, op.cit., p.400.

⁹¹² Ibid., p.7.

confiance dans un État savant qui fonde à leurs yeux le pacte républicain. ». Bruno Latour résume ainsi cette lecture française : « les français se pensent toujours modernes sans voir la discontinuité béante entre société industrielle et postindustrielle ».

La référence de Didier Tabuteau à la « société du risque » participe finalement du biais d'interprétation français repéré par Bruno Latour, tant dans sa rationalité et sa foi scientifique, que dans la volonté de maîtrise de l'indésirable et ce dans un contre-sens avec la théorie de Beck. En effet, l'auteur de « crises et réformes » situe l'émergence de la société du risque au moment où « la survenue de drames de santé publique ont provoqué l'irruption de la causalité dans la politique de santé ». Ainsi, selon l'auteur, des services techniques sophistiqués, de multiples systèmes de vigilance des circuits d'échanges internationaux d'information et d'alerte se sont développés pour « détecter les risques et tenter de les endiguer », « avec une efficacité inconcevable il y a encore quelques années », en bref « confrontée à cette demande redoublée de sécurité sanitaire, notre société s'est organisée pour y répondre. »

Or, fondamentalement, la « société du risque » conçue par d'Ulrich Beck, à la lecture de son ouvrage, diverge du tableau brossé par l'auteur de référence de la réforme en santé. L'objectivation de la causalité en matière de risques présentée par Didier Tabuteau comme une avancée de la science, s'oppose à la vision de Beck pour qui, au contraire, les situations de risques, les « effets induits latents » produits par l'industrie sont invisibles, « quelque chose d'*irréel* ». Le sociologue allemand considère que : « la causalité supposée reste toujours plus ou moins incertaine et transitoire. A cet égard quand on prend conscience au quotidien de l'existence de risques, c'est d'une connaissance *théorique* et par la *scientifiquisée* qu'il s'agit ». L'impuissance de la science face à l'expansion des menaces qui pèsent sur la santé humaine comme sur la nature dans la période de seconde modernisation que nous vivons est un point central de l'analyse de Beck même si : « il ne s'agit pas non plus de l'impuissance de scientifiques ou de disciplines

isolées, mais bien d'une impuissance qui a son origine systématique dans le rapport institutionnalo-méthodique des sciences aux risques »⁹¹³.

Critique quant à la posture de la science dans le « processus de modernisation avancée », l'auteur de la « société du risque » montre comment la rationalité scientifique n'est pas crédible pour parler du risque :

« D'abord parce qu'elle repose sur un château de cartes d'hypothèses spéculatives et ne se meut que dans le cadre d'énoncés de probabilité dont les pronostics d'infailibilité ne peuvent pas même être réfutés par les accidents réels. »⁹¹⁴

La science ne peut prendre position sur les risques sans « transgresser systématiquement les frontières des sciences naturelles et des savoirs techniques », le risque relevant pour celle-ci du constat tandis que pour la population le risque relève de la prise de conscience. Finalement, l'antinomie peut ainsi se résumer :

« Il est constitutif de la rationalité des sciences naturelles qu'elle exige une justification causale stricte (...) En tout état de cause, il est *fondamentalement inadéquat* lorsqu'il s'agit de risques liés à la modernisation. »⁹¹⁵

Pour Beck, tandis que la science a permis à l'homme de s'affranchir des contraintes de la nature dans l'objectif de satisfaire ses besoins matériels naturels, le processus de modernisation est parvenu à un stade où « la rationalité scientifico-technique est économiquement borgne », l'amélioration de la productivité étant devenue sa nouvelle finalité.

Dès lors, dénonce Beck, se pose la question de réduire le risque ou au moins de le gérer de sorte qu'il n'entrave pas un processus de modernisation devenu déconnecté de toute finalité humaine, celle donc « du « maniement » politique et scientifique-gestion, détection, intégration, évitement, dissimulation des risques liés à des technologies qui existent actuellement ». La science pourrait cependant jouer un rôle favorable à la critique sociale si, s'affranchissant des pressions économiques et politiques, elle s'appliquait à lever les tabous créés par la politisation des risques au lieu de les intégrer dans son raisonnement comme

⁹¹³ Ibid., p. 107.

⁹¹⁴ Ibid., p.54.

⁹¹⁵ Ibid.

tend à le démontrer Beck. En effet, la politisation du risque selon ce dernier n'induit pas la clarté dépeinte par Tabuteau mais bien au contraire elle est source de tabous dont la science est empreinte, lesquels protègent les intérêts économiques et de fait politiques.

Finalement, ce que prône Didier Tabuteau dans la prise en compte des risques sanitaires par la réforme se révèle être le scénario du pire dans la théorie de Beck. Lorsque les « effets induits » générés par la société moderne avancée cessent d'être latents et s'expriment, ce qui compte alors, prévient Beck, ce n'est pas tant les conséquences des risques eux-mêmes sur la santé de l'homme et la nature que les effets sociaux, économiques et politiques qu'ils provoquent :

« On voit se développer une politique dirigiste de l'état d'exception qui tire de la situation menaçante des possibilités d'intervention et des compétences élargies (...) devant l'imminence de la menace, on finisse par redéfinir les responsabilités, par centraliser les compétences dans le domaine de l'action, et par doter le moindre aspect du processus de modernisation de contrôles et de planification bureaucratiques. »⁹¹⁶

Un tel scénario rappelle fortement l'abondante législation, de création de dispositifs et de structures, la pépinière de nouvelles agences, dédiés à la sécurité sanitaire dont Didier Tabuteau se fait le promoteur, semblables à « une révolution *silencieuse* » « sans substitution des élites, qui conserve l'ordre ancien ». La société du risque n'est donc pas une société révolutionnaire, affirme Beck, « l'état d'exception menace de devenir un *état normal* (...) en bref on jette les bases d'un *autoritarisme scientifico-bureaucratique* ». ⁹¹⁷

Nous venons d'insister sur la divergence entre le concept de société du risque tel que nous le comprenons de la lecture de son concepteur et une version « typiquement française » de la théorie de Beck telle que donne à la voir l'article de Didier Tabuteau « crises et réformes ». Cette divergence n'est pas anodine, la question des risques sanitaires a télescopé dans les années 1990 le train de réforme entamé dans les années 1970. La « crise financière » issue de la crise économique s'est ainsi doublée d'une deuxième crise, la « crise sanitaire ». Si l'on reprend le fil de la thèse de Beck, on peut défendre l'idée qu'il s'agit en réalité

⁹¹⁶ Ibid. p.142.

⁹¹⁷ Ibid. p.145.

d'une seule et unique crise, celle d'une modernité en crise ayant perdu toute finalité humaine et vivant la fin d'un double mythe celui de la croissance économique comme celui d'un progrès scientifique et technique prometteurs d'un avenir d'une richesse sociale partagée dans un univers de risques maîtrisés.

Le système de santé est au cœur des tensions et des conflits qui traversent cette crise de la modernité avancée. A contre sens de l'interprétation moderniste et rationaliste française, souligne Bruno Latour, pour Beck : « ce sont les notions même de maîtrise, de modernisation, de contrat social qu'il faut revoir de fond en comble à partir du moment où les effets secondaires font partie intégrante de nos actions ». Ainsi la prise en compte réflexive des risques sanitaires dans la refondation du système de santé devrait conduire logiquement « sur la voie d'une autre modernité » appelée des vœux du concepteur de la « société du risque », où « au lieu d'établir une continuité entre la société industrielle et la société postindustrielle, Beck voit la seconde comme une destruction systématique de la première ». L'enjeu dès lors pour refonder ce système devient celui d'un renversement total de perspective dans lequel l'État entre autres aurait à refonder son action dans une visée réflexive.

La mise en place des ARS par la loi HPST en 2009 et confirmées dans leur rôle par la loi santé de 2016 ainsi que la territorialisation de la politique de santé développée par cette dernière pourrait annoncer un État soucieux d'une démocratie pluraliste dans de nouveaux modes d'action publique faisant place à la société civile ainsi qu'aux parties prenantes. Nous avons montré que ce n'est pas le cas.

La question des inégalités de santé

Il reste une difficulté importante pour le réformateur qui se pose encore dans le moment 2014, celui des inégalités de santé, dont nous avons vu qu'il s'agit du troisième élément de la crise.

Tandis que les risques sanitaires font l'objet d'une intervention soutenue de la part des parties prenantes que Beck qualifieraient de « subpolitiques » que sont les médias et les citoyens, la question des inégalités sociales de santé (ISS) est un sujet qui ne mobilise pas ces derniers. Les ISS, lesquelles sont pourtant en France les plus importantes d'Europe⁹¹⁸, n'ont à aucun moment dans la fabrique de la réforme pris la forme d'un problème public.

Rappelons ici que la question des ISS fait partie de ce que les premiers rapports du HCSP ont mis en évidence et qualifié de « paradoxe français »⁹¹⁹. En effet, les indicateurs de santé de la population française ne sont pas globalement mauvais, ils sont même excellents dans certains domaines. La situation est cependant contrastée, certains indicateurs sont problématiques, il s'agit d'une part des ISS mais aussi d'une surmortalité masculine précoce, en comparaison des autres pays de niveau comparable de développement. Le problème des ISS a donc focalisé l'attention des spécialistes ainsi que des chercheurs⁹²⁰ plus que cela n'a été le cas pour les autres indicateurs défavorables.

Cette thématique a de ce fait été intégrée dans les dispositifs publics. Ainsi, les PRAPS (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins) ont été reconduits par toutes les réformes et la priorité faite à la réduction des ISS dans le cadre des PRSP (Programmes Régionaux de Santé Publique) prévus par la loi de santé publique de 2004 a été réaffirmée au sein des PRS (Plans Régionaux de Santé) prévus par la loi HPST.

⁹¹⁸ Dont le rapport du groupe de travail du HCSP dirigé par Thierry Lang avec la participation de Pierre Chauvin, « inégalités sociales de santé, sortir de la fatalité », la documentation française, 2009.

⁹¹⁹ Voir sur ce point notre première partie où nous avons présenté ce thème et ce rapport.

⁹²⁰ Ibid.

Dans notre première partie, nous avons déjà discuté cette évidence, celle du caractère insupportable et prioritaire que revêt le problème des ISS car elle fait écho à une autre évidence, celle de la finalité reconstruite et attribuée au système de santé, la santé dans l'égalité. A ce stade nous pouvons reformuler la question ainsi : en quoi l'égalité en santé semble-t-elle s'imposer sans discussion et avec une telle nécessité ?

La notion d'égalité a évolué depuis la Révolution française. Conflictuelle à l'origine entre défenseurs du principe d'égalité de fait et promoteurs de l'égalité de droit, elle est passée d'égalité devant la loi, par égalité de traitement puis égalité de chances. De ce dernier point de vue et dans le cadre d'un paradigme de la santé conçue comme absence de maladie, fléau qui peut frapper au hasard tout un chacun indistinctement, les inégalités de santé semblent injustes puisqu'elles sont subies. Cette assertion participe d'un paradigme de justice sociale, celui de l'égalité des chances qui relève aujourd'hui de l'évidence, comme le souligne Patrick Savidan, dans l'introduction de son ouvrage *Repenser l'égalité des chances* :

« Celle-ci est si profondément ancrée dans l'expérience moderne qu'il nous faudrait pour cela (en finir avec l'égalité des chances) que nous cessions d'être nous-même »⁹²¹.

Cette « invention » a permis de sortir de l'aporie en matière de justice sociale, dans le cadre républicain français, car elle « paraît nous donner l'égalité *dans* la liberté ». ⁹²² L'attrait de « l'égalité des chances », au plan normatif, réside dans la double possibilité qu'elle offre tant de « réinvestir fortement la critique des privilèges indus, des hiérarchies immuables » tout en ayant « un indéniable mérite ; celui de laisser aux individus le soin de conduire leur vie comme bon leur semble ». ⁹²³ Reposant donc sur les valeurs modernes d'autonomie et de responsabilité individuelle, cet idéal n'est cependant pas sans poser de problème. Patrick Savidan montre en effet dans cet ouvrage que les valeurs qui ont participé à la construction de cet « idéal » reposent sur une conception « capacitaire » de la justice sociale :

⁹²¹ Savidan, P. *Repenser l'égalité des chances*, op.cit. pp.19-32.

⁹²² Ibid., « *dans* » est mis en italique par l'auteur dans le texte.

⁹²³ Ibid., pp. 203-210.

« Une conception de la justice distributive qui juge au fond que le bien-être doit être, pour l'essentiel, réparti en fonction des capacités des individus et des usages productifs qu'ils en font. A cette optique, nous reprochons essentiellement de s'être constitué sur la base d'un individualisme radical, prompt, paradoxalement, à restaurer et consolider les hiérarchies sociales que ne disent plus leur nom. Par des voies détournées, cette justice sociale capacitaire cherche continûment, jusque dans ce qui peut s'apparenter à une forme de « renaturalisation » des critères de distinction, à réinventer des principes de hiérarchisation sociale ». ⁹²⁴

La question de la santé, comme nous allons le voir à travers la courte discussion qui suit, se trouve au cœur de ce débat. Notons et réaffirmons à cette occasion, l'option que nous avons déjà choisie, celle que prône Patrick Savidan :

« Parce que le combat sémantique est à la fois l'expression et l'instrument de luttes politiques et sociales, gardons à l'esprit que l'histoire des mots, des concepts, des représentations, des discours fait bien partie intégrante de l'histoire sociale »⁹²⁵.

Les ISS en tant que problème public de même que la formulation d'une santé égale en tant que finalité du système de santé comportent ainsi des implicites normatifs quant au modèle de justice sociale dans lesquels ils s'inscrivent, en l'occurrence celui de l'égalité des chances.

Or, si on en juge par le caractère incantatoire qu'elle revêt dans le cadre de politiques publiques incapables à la concrétiser, l'égalité des chances ne pourrait être « que le pire de tous les principes de justice sociale ». Pour Patrick Savidan, les facteurs par lesquels les répartitions inégalitaires adviennent ne sont pas assez pris au sérieux. De plus il montre aussi que la notion de « mérite » à laquelle fait appel « l'égalité des chances » pose elle-même un problème, « elle reste obstinément indéterminée ». Plus fondamentalement, au sujet de la promotion de la méritocratie, l'auteur met en exergue le fait que :

« Cette montée en puissance sociale du motif rétributif est l'une des lames de fond les plus fortes de la Modernité. Elle consiste non à rechercher l'éradication des inégalités mais à identifier le dernier foyer à partir duquel il est possible (...) de considérer celles-ci comme légitimes ».⁹²⁶

⁹²⁴ Ibid., pp 19-32.

⁹²⁵ Ibid., pp 19-32.

⁹²⁶ Ibid., pp.102-110.

La question centrale soulevée par l'auteur est celle de l'égalité des conditions initiales, la « mise de départ », en principal, la question de l'éducation, dont la collectivité publique s'acquitte si mal⁹²⁷, mais plus sûrement encore, celle de la famille et des conditions d'origine, sur lesquels la puissance publique n'a pas de prise. S'agissant « d'une fourniture publique, sur une base égalitaire, des moyens d'instruction pour les mineurs qui ne sont pas encore des citoyens responsables », et s'appuyant sur la réflexion de Hayek, Patrick Savidan souligne qu' :

« Il faudrait confier à l'État des missions si importantes qu'il ne pourrait les assumer sans que la situation ne tourne au « cauchemar » : « pour tendre à un tel résultat, il faudrait que le gouvernement ait entièrement le contrôle de tout ce qui constitue le milieu matériel et humain de tous et la mission de fournir au moins des possibilités équivalentes à chacun ». ⁹²⁸

Le même propos peut être tenu à l'identique s'agissant de la santé. La sortie de l'aporie fut permise grâce à l'invention du « solidarisme » au principe duquel, tout un chacun est redevable de ses mérites envers la collectivité à laquelle nous appartenons, laquelle nourrit et met en germe les talents dont nous sommes les propriétaires et sans lesquels nous ne pouvons pourvoir à notre existence. Le principe de solidarité est donc indispensable au principe de l'égalité des chances. Ce dernier justifie l'effort de la collectivité afin que nul ne subisse d'inégalité injuste, c'est-à-dire ni choisie ni méritée.

Transposons cette discussion au champ de la santé. Tandis que les conditions de départ en termes de santé sont inaccessibles à l'intervention publique, la « mise de départ » est donc de ce point de vue inégale. Chacun étant libre de conduire sa vie, il ne peut être opposé aucune mauvaise conduite à un quelconque état de santé. Etant entendu qu'un état de santé ne peut être considéré comme le fruit d'un travail, et donc jugé à l'aune d'un quelconque mérite, la bonne santé se trouve du côté de la part héritée des capacités. Ainsi, en cas de maladie, la fourniture de soins « à chacun selon ses besoins », est quant à elle accessible à une intervention publique égalitaire basée sur principe de solidarité. Nous venons ainsi d'énoncer les fondamentaux de l'assurance maladie, branche de la

⁹²⁷ En référence à de nombreux rapports et travaux dont notamment ceux de Pierre Bourdieu.

⁹²⁸ Ibid., p.168.

sécurité sociale et de montrer que le cadre conceptuel du paradigme de la santé/non-maladie est nécessaire à un tel schéma de justice sociale.

Une autre lecture s'appuyant sur la responsabilité et l'autonomie des personnes indépendamment de leurs conditions de départ tend à blâmer les comportements, les modes de vie et les choix de vie des personnes les rendant ainsi responsables de leur santé. La santé passe alors du côté des résultats individuels. Le principe « d'égalité des chances » permettrait alors paradoxalement le retrait de la solidarité du champ de la prise en charge des maladies.

Ces questions rouvrent une discussion sur les principes de justice sociale dans le champ de la santé mais celles-ci concernent tout autant le rôle de l'Etat dans une société libérale et post-moderne. Rappelons ici que le principe d'«équité» a largement influencé en France nos conceptions de la justice sociale.

Or, le père de l'ouvrage de référence que fut *Théorie de la justice*, John Rawls, a reformulé sa théorie dans le cadre d'un deuxième et dernier ouvrage, *La justice comme Équité - Une reformulation de Théorie de la Justice*⁹²⁹. Une particularité forte de la théorie de Rawls ainsi revue est que l'auteur situe son propos, non seulement dans le cadre d'une économie libérale, mais aussi et surtout de notre point de vue dans celui d'un système politique pluraliste américain. Or, précisément, dans la reformulation de *théorie de la Justice*, son auteur insiste sur le fait qu'une structure juste de la société, c'est-à-dire des institutions garantissant aux citoyens le plein exercice de leurs droits politiques, est la condition première de la justice sociale. L'auteur entend par « structure de base » :

« La structure de base de la société est la manière dont les principales institutions politiques et sociales de la société s'agencent en un système unique de coopération sociale, dont elles assignent les droits et devoirs fondamentaux et structurent la répartition des avantages qui résultent de la coopération sociale au cours du temps »⁹³⁰

⁹²⁹ Rawls J. *La justice comme équité. Une reformulation de Théorie de la justice*, op.cit.

⁹³⁰ Ibid , p. 28.

John Rawls reformule les principes de justice qu'il avait énoncés dans sa théorie initiale. Etant précisé que « les révisions du second principe sont seulement stylistiques », tandis que « les révisions du premier principe, (sont) significatives », le premier principe, « qui a priorité sur le second, est ainsi énoncé :

« Chaque personne a une même prétention indéfectible à un système pleinement adéquat de libertés de base égales, qui soit compatible avec le même système de liberté pour tous,... »⁹³¹

Ainsi, le point central de la *Justice comme équité*, formulée *in fine* par Rawls, est :

« Qu'elle tient la structure de base pour l'objet premier de la justice politique (...). Une raison à cela tient en partie à ce que les effets de la structure de base sur les visées, les aspirations, et le caractère des citoyens, de même que les possibilités qui s'offrent à eux et leur capacité d'en tirer profit, sont profonds et actifs dès le début de la vie. »⁹³²

Or, ce point précisément constitue la limite de la théorie de Rawls :

« Nous tenons la justice comme équité pour une conception politique qui s'applique à cette structure d'institutions politiques et sociales, et non pour doctrine morale englobante. »⁹³³

Inversant cette dernière proposition, disons que le principe de justice comme équité ne peut donc s'appliquer dans le cadre de la doctrine française républicaine, non pluraliste. Revenant donc dans le cadre français avec Patrick Savidan, ainsi que dans le cadre d'une justice distributive et du modèle d'Etat providence, lequel est en vigueur actuellement, on attend de l'État :

« Qu'il favorise en tant qu'acteur de la vie économique et sociale, les conditions qui permettront d'assurer le bien-être de la population qui est au principe de sa légitimité »⁹³⁴.

Les ISS sont donc un problème en tant qu'elles mettent en péril les principes qui fondent notre modernité républicaine ainsi que la légitimité de l'État. L'analyse des ISS devrait donc mener à une démarche réflexive sur ces deux fondamentaux de notre démocratie que sont les principes de justice sociale et de gouvernement.

⁹³¹ Ibid., pp.69 et 70.

⁹³² Ibid., p.28

⁹³³ Ibid., p31

⁹³⁴ Savidan P., *Repenser l'égalité des chances*, op.cit., pp. 126-130.

Un tel débat public n'a pas eu lieu, la question des ISS fait l'objet d'une prise en charge experte, à travers la mobilisation d'indicateurs, démarche rationalisante et économisante, caractéristique du paradigme de la santé/ non maladie. Ceci explique pourquoi les ISS se sont donc constituées comme problème public sans public au sens de Dewey. Finalement, ce qui a été qualifié de « mauvais résultats » de santé en France a été attribué en 2004 à la faible attention dédiée à la prévention dans le cadre d'une politique de santé française critiquée pour son accent mis sur le système de soin plutôt que sur la prévention. Il n'est donc pas à l'ordre du jour de discuter ce « modèle » de justice sociale auquel nous concitoyens « tiennent », le ministre l'a été affirmé clairement dans son discours de présentation de la loi.

Dans son ouvrage *Redistribution or Recognition* ⁹³⁵ Nancy Fraser défend l'idée et démontre que ces deux théories ne s'opposent ni ne s'excluent l'une l'autre dans la mesure où les injustices égalitaires participent des injustices liées aux identités sociales et *vice et versa*. Ainsi, il n'y a pas eu de débat public à l'occasion des réformes de la santé sur le modèle de justice social au principe de la politique de santé mais l'instauration à travers ces dernières de la dite démocratie sanitaire a, elle, pour origine un mouvement citoyen de reconnaissance du droit des malades.

Plusieurs arguments plaident en faveur de la théorie de la reconnaissance comme cadre d'interprétation pertinent des enjeux « des droits du malade ». Tout d'abord est cohérente avec ce cadre théorique, celle d'une histoire de vécu, d'expérience sociale, de représentation « subalterne » qu'est celle du « patient » dans le cadre sociétal d'une médecine savante et prescriptive, laquelle entre en tension avec l'exigence moderne de droits de l'homme dont la dignité, la liberté de conscience, comme attribut du citoyen.

Est cohérente aussi l'inscription dans le registre de la reconnaissance juridique, dimension fondamentale de la mobilisation des citoyens-malades en santé, dans des termes similaires à la deuxième forme de reconnaissance de la théorie fondée par Honneth.⁹³⁶ La maladie n'est-elle pas cependant un état transitoire

⁹³⁵ Fraser N., *Qu'est-ce que la justice sociale ? reconnaissance et redistribution*, op.cit. .

⁹³⁶ Honneth A., (trad. Rusch P.), *La lutte pour la reconnaissance*, Les Ed. du Cerf, 2000, « thèse selon laquelle l'attente normative que les sujets adressent à la société s'oriente en

qui peut « frapper tout humain », dont la valeur humaine serait négative ? Pour le commun des mortels, l'espèce humaine demeure mortelle et faillible et tout un chacun s'efforce d'éviter ou d'effacer au plus vite. Dit autrement, la lutte pour le droit des malades s'inscrit dans une forme de la reconnaissance juridique mais qui n'est pas « culturelle », la notion juridico-moral de « malades » comme « autrui » ne pouvant pas être mobilisée dans ce cadre théorique.

Les théories de la reconnaissance nous aident à décrypter la lutte pour la reconnaissance du droit des malades non pas en tant que théorie de la justice sociale, mais par la question ainsi posée. Cette lutte vient poser les jalons d'une humanité qui se veut encore faillible, n'est-ce pas la revendication du citoyen, que d'en n'être pas moins un citoyen avec des droits civiques égaux, notamment un droit à participation égale, face à l'injonction moderne d'humanité performante à en devenir non faillible.

Les ISS ne sont en effet pas le seul motif qui a concouru à un regain d'attention envers la prévention dans cette même période. L'apparition de nouveaux risques en santé à travers de nouvelles maladies infectieuses inconnues auparavant, dont le SIDA est emblématique, et pour lesquels la médecine curative s'est trouvée désarmée, a de fait rendu nécessaire un retour de la prévention. Cette impuissance soudaine de la science face à une menace importante aurait pu ébranler le paradigme de la santé/non-maladie. Des solutions thérapeutiques ont été trouvées par la suite améliorant le statut biomédical des personnes atteintes et la prise en compte de ce nouveau type de menace, inaugurée avec le SIDA a simplement été intégré dans le grand ensemble des risques sanitaires dont les différentes agences, créées ad hoc, ont la charge.

La carence de la politique de prévention de la France ainsi reconnue devait être corrigée grâce à une politique de santé publique réhabilitée, renouvelée et ambitieuse au moyen d'une loi et d'un nouveau système spécifiques, telle était la

fonction de la visée de voir reconnaître leurs capacités par l'autrui généralisé » (Dans le vocabulaire de G. H. Mead, l'« autrui généralisé » désigne l'image typique ou moyenne de l'*alter ego* qui, acquise sur la base de l'expérience sociale concrète, est intériorisée par le sujet en tant que pôle de référence constante de son action et de son rapport à soi (Mead, *L'esprit, le soi, la société*, Paris, PUF, 1969)

réponse en 2004. Or, ces dispositions n'ont pas été confirmées entre 2004 et 2014.

Pourtant, ainsi que le souligne Didier Tabuteau dans l'article qu'il a titré « Crises et réformes », les crises sanitaires ont été une opportunité en termes de politique européenne pour une santé publique qui n'avait pas véritablement trouvé sa place dans les textes antérieurs. Ainsi, outre une inscription forte dans le cadre du traité d'Amsterdam, la Commission s'est dotée d'une direction générale de la santé et de la protection des consommateurs ainsi que d'agences de sécurité sanitaire. Enfin, une programmation en santé a été mise en place, laquelle ne vise pas que la sécurité sanitaire, mais aussi : « la promotion de la santé, la réduction des inégalités et la promotion de modes de vie protecteurs de la santé ».

Ainsi, la prise en compte politique du problème des ISS dans le cadre de la politique européenne, converge avec les questions de sécurité sanitaire dans un tout ayant pour dénomination la « santé publique ». La réponse non seulement à la crise sanitaire mais aussi à une situation de santé jugée inacceptable en termes d'état de santé de la population, de « résultat », serait donc la réhabilitation d'une politique de santé globale. Deux lectures d'une telle ambition sont possibles, l'une est conforme à la voie engagée par la Touraine en 2014 intégrant la prévention dans le tout englobant de la politique de santé, c'est-à-dire du système de santé, malgré les contradictions et tensions économiques qui lui sont inhérentes. L'autre consisterait à prendre au mot la théorie de Beck instituant un débat public sur les choix industriels et de société aujourd'hui opérés par les acteurs économiques à l'insu du politique.

En France, si le retour de la santé publique fut en effet consacré par la loi votée l'été 2004, cette dernière ne fut pas considérée comme une réponse à la « crise sanitaire » entendue comme émergence de nouveaux risques sanitaires. Les termes du discours de présentation de la loi par Philippe Douste-Blazy, nous l'avons vu, sont explicites : il s'agit de mettre en place les moyens au service d'une finalité, la bonne santé de la population, dont le maître mot est la prévention. Le traitement des crises sanitaires, nous l'avons vu a relevé d'une gestion au coup par coup principalement centrée sur l'instauration du système des agences. De ce point de vue, le retour de la santé publique en France à

travers la loi de santé publique votée en 2004, s'inscrit davantage dans la recherche de solutions pour pallier aux insuffisances du système de santé dans la logique qui prévaut dans le discours institutionnels concernant l'objectif de santé de tous d'une réponse aux crises sanitaires.

La politique de santé se veut en 2014 comme un tout unifié et intégrateur. Ceci vaudrait pour les deux versants de la santé publique, la veille, l'alerte et la sécurité sanitaire, d'une part, la prévention d'autre part, comme en témoigne, la fusion de l'INPES et de l'INVS prévue par la loi Touraine. Cependant, la fusion des agences nationales obéit vraisemblablement par ailleurs à un autre motif, peut-être le seul d'ailleurs, rationaliser un système d'agence devenu pléthorique au risque de devenir ingouvernable pour sa tutelle.

Cependant, comment concilier la logique de l'égalité et la logique du risque dans une seule et même politique dans un objectif de refondation dans le cadre de l'avènement d'une autre modernité ?

Revenons à présent au cadre d'analyse qu'apporte la thèse de la « société du risque », il s'agit d'opter pour un changement radical de paradigme. Bruno Latour, souligne que l'indéfectible positivisme du lecteur français ne lui permet pas d'appréhender des concepts qui renversent l'univers de référence admis de leur compréhension du monde. Concilier logique d'égalité et logique du risque équivaut finalement à faire coexister deux paradigmes. Pour Beck, la société du risque ne se superpose pas à la société industrielle de la première modernisation, elle lui succède, même si ceci advient après une phase de transition que l'auteur situe dans les années 1970, (années d'entrée en crise du système de santé français) où les conflits générés par une « société distributrice de richesse » commencent à croiser ceux d'une « société distributrice de risques ». Il en est de même des valeurs fortes qui les animent, dont notamment celle qui fut centrale, l'égalité :

« Les sociétés de classe restent attachées, dans la dynamique de leur évolution, à l'idéal de *l'égalité* (...) La situation est différente dans le cas de la société du risque. Son contre-projet normatif, qui est le fondement et le moteur, est la notion de *sécurité*. Le système de valeur de la société « sans

sécurité » vient se substituer au système de valeur de la société « inégale » ». ⁹³⁷

Patrick Savidan ne dit pas tout à fait la même chose lorsqu'il constate que :

« La relative bonne santé de l'économie dans la période d'après guerre nous permis, tant bien que mal de *tenir jusqu'ici* (...) tout cela nous permettait de rester imprécis dans notre conception de la justice sociale.»⁹³⁸

A travers la discussion que nous avons menée sur la question de « l'égalité des chances », grâce l'éclairage apporté par cet ouvrage, nous avons pu mesurer les limites de ce modèle de justice sociale tant au plan théorique qu'au plan historique puisqu'il semble dépassé aujourd'hui. En particulier, Patrick Savidan dénonce une stratification sociale qui ne dit pas son nom mais qui est bien réelle, la société de classe à laquelle fait référence Beck ne serait pas révolue. Tout se passe comme si les deux sociétés se recouvraient aujourd'hui, celle de la « sans sécurité » et l'« inégale », sans que l'on ne puisse affirmer qu'il s'agisse d'une « transition », comme l'entend Beck.

La théorie de Beck fait aussi l'objet d'une vive critique outre-Atlantique émanant des auteurs d'une autre théorie, celle du care. Dans l'essai publié par Joan Tronto, *Le risque ou le care ?*⁹³⁹ L'auteur dénonce tout d'abord le point de vue particulièrement « situé » biaisant, selon elle, l'argumentation des théoriciens et penseurs de la société du risque. Certes, en effet, il est manifeste que, non seulement Beck parle de l'Allemagne, du système politique allemand de la société allemande et du mouvement politique écologique et pacifique particulièrement fort dans ce pays, mais il ne s'en cache pas et en soi cela n'invalide pas sa théorie. Celle-ci est d'ailleurs partagée de penseurs anglais et français tels que Giddens et Ewald. La même remarque peut être faite aux théoriciennes féministes américaines dont le point de vue est lui aussi situé dans un contexte politique américain où les mouvements sociaux et politiques en faveur des minorités sont particulièrement présents. Joan Tronto souligne de fait

⁹³⁷ Beck U., Latour B. *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*, op.cit., p.90.

⁹³⁸ Savidan P., *Repenser l'égalité des chances*, op.cit., p.19

⁹³⁹ Tronto J. C. *Le risque ou le care ?*, op.cit. .

que depuis Weber il est admis que toute théorie sociologique est nécessairement située.

Pour Joan Tronto, Beck réfléchit en tant, non seulement qu'occidental, mais surtout en tant qu'homme, animé donc par essence d'une volonté de maîtrise « genrée ». Mais aussi et surtout, du point de vue de l'auteure américaine, il écrit : « pour et sur des gens qui détiennent déjà un certain contrôle de leur condition matérielle », ⁹⁴⁰ pour une portion congrue d'individus donc, puisqu'une part importante de la population n'a pas cet avantage. Il oublie que les risques ne sont pas nouveaux, en particulier pour la classe ouvrière qui y est particulièrement exposée et dont les luttes ont permis l'avènement des États sociaux, or : « maintenant que l'économie politique s'est modifiée et que les travailleurs ne sont plus si forts, ces protections ont été rognées. » ⁹⁴¹ Beck, dit-elle, ne comprend pas que : « la création de l'État-providence a créé de la sécurité, l'histoire réelle ne s'en trouve pas pour autant effacée : les citoyens ont agi politiquement pour pousser l'État à pourvoir à leur sécurité. » ⁹⁴²

Beck ne fait pas véritablement l'impasse sur ce point, en réalité, il en a surtout une vision différente, ainsi écrit-il : « parallèlement, de plus en plus de gens savent que les sources de la richesse sont « souillées » par le nombre croissant des « menaces dues aux effets induits ». Ce n'est en aucun cas une réalité nouvelle, mais pendant longtemps elle a été méconnue tant on était occupé à surmonter la pénurie ». ⁹⁴³

Ce point précisément est important pour le sujet qui nous occupe, la protection sociale a en effet été créée et cela même avant l'avènement de la « sécu », en substitution des anciennes protections, solidarités familiales et territoriales, patrimoine et épargne, contre les « coups du sort ». La mutualisation du risque grâce aux assurances sociales a permis de garantir aux salariés la sécurité matérielle dans les cas où leur force de travail se trouve menacée, dégradée, ou temporairement inutilisable.

⁹⁴⁰ Ibid., p.19.

⁹⁴¹ Ibid., p.21.

⁹⁴² Ibid., p.23.

⁹⁴³ Beck U., Latour B. *La société du risque: sur la voie d'une autre modernité*, op.cit., p.38.

Mais de quels risques s'agit-il ? Il est coutume de classer dans cette catégorie la liste des situations auxquelles tout un chacun peut être confronté du fait de l'irréductible vulnérabilité humaine : maladie, accident, vieillesse, maternité. Or, pourtant nous disons que cette vulnérabilité de nature essentialiste a pris une autre dimension avec l'industrialisation. Cette première phase de la modernité a en effet ouvert une série de risques inédits jusqu'alors, en lien direct avec la condition sociale notamment ouvrière, le risque de dégradation de la santé au travail ainsi que le risque de chômage, lesquels ne sont pas de nature essentialiste.

Ainsi la protection sociale ne protège pas tant véritablement contre les risques de la vie, qu'elle n'instaure surtout une sécurité devenue indispensable face au risque de « vulnérabilisation »⁹⁴⁴ engendrée par l'industrialisation et l'économie capitaliste envers les risques inhérents à la vie humaine.

Finalement la politique de santé doit concilier ces deux faces de la société industrielle, d'une part des risques collectifs invisibles et imprévisibles (la société du risque) partagés par tous, correspondant au concept de sécurité sanitaire, pour le dire autrement, aux scandales sanitaires passés mais surtout à venir, et d'autre part, des risques individuels de « vulnérabilisation » inégalement répartis, de même que la richesse l'est aussi, la réalité des inégalités sociales de santé en témoigne. La société industrielle moderne avancée fait cohabiter, dans cette phase transitionnelle, les deux dimensions constitutives de celles-ci.

Ceci éclaire la place importante des valeurs de qualité et de sécurité (ainsi que du care) que nous avons identifiée dans notre étude des réformes des moments 2004 et 2014. Une refondation du système de santé dans la perspective développée par Beck, celle de la « société du risque », suppose un glissement de la valeur « égalité » vers celle de la « sécurité ».

⁹⁴⁴ Nous forgeons ici ce terme que nous aurons l'occasion de réemployer afin de pouvoir désigner ce que nous pensons être un processus non essentialiste d'aggravation de la vulnérabilité de nature essentielle de l'existence humaine, c'est-à-dire celle qui correspond au fait que les humains sont mortels, potentiellement fragiles ainsi que faillibles.

Ce que les épidémiologistes nomment la transition épidémiologique, ainsi que l'irruption sur l'agenda politique des crises sanitaires, entendues comme nouveaux risques liés à la « société du risque », ont profondément modifié l'image de la maladie. Celle-ci était considérée auparavant comme un fléau frappant chacun au hasard, croyance constitutive de ce que nous avons nommé le paradigme de la santé/non-maladie. Or aujourd'hui, celle-ci est tout autant dépendante de risques induits, lesquels menacent en théorie tout un chacun, que de conditions de vie héritées et sociales réparties inégalement. Ce que l'on nomme le système de santé repose historiquement sur une protection sociale basée sur un principe de justice distributive égalitaire qui ne prend en compte ni l'une ni l'autre de ces deux dimensions actuelles de la santé. Alors que l'on avait organisé solidairement la prise en charge des soins nécessaires à tout un chacun du fait de risques inhérents à la vulnérabilité essentielle humaine, il faudrait aujourd'hui pouvoir organiser solidairement la prise en charge des risques qu'ils soient en rapport avec la société du risque au sens de Beck, tout autant que du point de vue des inégalités de conditions de vie. Au fond, les termes d'« égalité » et de « sécurité » sont donc des indicateurs de la refondation.

La ténacité du paradigme de la santé non maladie est liée à la permanence du registre de l'« égalité », (ce dont atteste la lutte contre les ISS), tandis que l'évolution, tant vers un paradigme holiste de la santé prenant en compte les déterminants sociaux de la santé, que vers celui de la société du risque supposent sa substitution par la notion de « sécurité ». La refondation du système de santé suppose un renversement de paradigme adéquat à cette réalité.

Enfin, replaçons la notion de « care » dans le cadre de la politique de santé en France. Jacques Orvain et Nathalie Angelé-Halgand ont mené une étude originale publiée en 2011 visant les Agences Régionales de Santé (ARS) et considérant ces dernières comme une opportunité de réconciliation entre des différentes rationalités traversant les réformes du système de santé⁹⁴⁵. Nous n'entrerons pas ici dans la discussion de leurs résultats sur lesquels nous aurons l'occasion

⁹⁴⁵ Orvain, J., Angelé-Halgand, N. Les manufactures de santé: l'art du compromis entre domesticité et industrie, *Sciences Sociales et Santé*, 29(1), 2011, pp 5–27.

de revenir. Ces auteurs ont mené une étude qualitative de contenu des textes de discours concernant la réforme de 2004 (loi de santé publique) ainsi que celle de 2009 (loi HPST) grâce à l'outil NVIVO en structurant le codage de ces textes au moyen d'une grille construite sur la base des six mondes communs identifiés par Boltanski et Thévenot. Or, notons ici que parmi ces six cités, celles de « l'opinion », de « l'inspiration », du « civique », du « marchand », de la « domesticité », et de « l'industrie »⁹⁴⁶, leurs résultats montrent que les trois premiers de cette liste sont absents tandis que les trois derniers constituent « les arc boutants de l'édifice » ARS. La coexistence dans une sorte de compromis nécessairement précaire de la « cité », de la « domesticité » et de celle « l'industrie », comme constitutives de la grammaire de l'action des ARS nous semble, en la transposant dans notre registre d'analyse, illustrer la coexistence entre les deux mondes du « care » et du « risque ».

Nous ne pourrions conclure sans lever une ambiguïté concernant le mot soin que nous avons indifféremment employé au pluriel comme au singulier. Le terme de « soins », semble univoque, recouvrant les actes et techniques médicaux et paramédicaux dans le cadre du traitement des maladies. Le terme de « soin » est quant à lui plus ambigu, même si il est habituellement employé pour désigner le domaine de connaissance, de règles régissant les activités de soins. Cependant, et dans cette option la notion de « care » semble utile du seul point de vue sémantique, le mot « soin » pris au singulier peut correspondre à l'acte de « prendre soin ». Dans ce deuxième cas de figure, la finalité poursuivie n'est plus le traitement d'une maladie mais l'attention portée à l'autre en tant que personne humaine au sein d'une société humaine. Le soin ainsi pensé s'inscrit dans la filiation de la philosophie de Canguilhem concevant la médecine non pas comme une science surplombante armée de vérités prétendant à la connaissance d'un phénomène, la santé, lequel ne peut s'appréhender que du point de vue de la subjectivité de celui qui la vit, s'y adapte et la ressent. Ce deuxième sens du

⁹⁴⁶ Ces auteurs se basent sur un ouvrage de synthèse (Amblard et al., 2005) concevant ces mondes tels que : civique = principe supérieur commun, prééminence des collectifs, domestique = relations personnelles, industriel = science, efficacité, performance.

mot « soin » n'est pas le sens commun, aussi avons-nous eu plutôt recours à la terminologie du « care ».

En synthèse

La crise financière, véritable ou fabriquée pourrait s'analyser comme une anomalie, signe de la faille structurelle d'un système paradoxal sous tension, appelant à la formulation d'un autre type de solution passant par un changement de paradigme. Le changement de paradigme constituant alors à la fois la solution pour sortir de la crise et la clef de la refondation du système.

Dans cette interprétation, la crise serait le signal de la mise en tension économique du paradoxe structurel, celui d'une offre médicale libérale socialisée par un financement solidaire universel, paramètres constitutifs du système français en apparence l'un comme l'autre irréductibles mais non soutenables. La transaction formée en 1945, à l'origine d'un système aujourd'hui en tension, devrait être, dans un nouveau cadre de rapport de force, reformulée.

Ce n'est pas, nous l'avons vu, cette voie qu'a emprunté la réforme, la refondation comme solution à la crise vise à corriger les défauts du système de santé tout en maintenant la structure et finalité assignées.

Or, nous venons de montrer que les crises sanitaires peuvent se lire comme l'expression d'une entrée dans la « société du risque », dépeinte par Beck. L'hôpital, missionné par l'État comme lieu de réparation biomédicale ayant perdu de sa fonction « sociale », la médecine de proximité a vocation à assurer désormais la fonction du « care » c'est à dire du « prendre soin ». L'importance relative de l'indissociable couple « sécurité et qualité » mise en évidence dans les discours de la réforme, exprime cette ambiguïté, l'exigence de qualité des soins se manifestant tant du point de vue du registre de l'accréditation donc de l'industrie que de l'éthique liée aux droits de la personne humaine. Totalement inséparable du « risque », le thème de la qualité recèle les ambiguïtés agissant au cœur du système. Elle peut s'analyser tant du point de vue du registre industriel que du registre du « care ».

Conclusion

Le cas de la santé est typique de la société du risque telle que théorisée par Beck. L'Etat se trouve à garantir la protection contre des risques générés par la société elle-même alors même qu'il se trouve lié à la production de ces risques dans une sphère confuse de technicisation de la science et de technicisation de la politique⁹⁴⁷.

Le lieu du politique se déplace ainsi vers le subpolitique, média, judiciaire et société civile, comme en témoigne la politisation de l'action des usager/malade/citoyens.

Dès lors, ce que nous avons mis en évidence à travers notre enquête est une crise démocratique de la santé qui est consécutive de la crise du rôle de l'Etat dans le cadre de la société du risque et de la post-modernité.

Finalement, on peut résumer toutes les crises en santé (sanitaire, sociale, politique) en une seule crise celle de la modernité en transition. Dans ce cadre, la place de l'Etat républicain ainsi que du welfare deviennent problématiques.

Ceci est le problème comme la solution aux multiples crises du système de santé. Il s'agit de la capacité de l'Etat à contracter une nouvelle transaction sociale pour la santé adaptée à la société du risque dans le cadre d'un républicanisme refondé où la décentralisation en santé ne serait plus impensable et le rôle de l'Etat pourrait être repensé.

Il s'agirait cependant alors d'un véritable renversement de paradigme non pas en santé, mais politique.

⁹⁴⁷ Habermas, J., Ladmiral, J.-R. T. *La technique et la science comme "idéologie."* Paris, Gallimard, impr. 1973.

CONCLUSION GENERALE

Notre recherche, pragmatiste (au sens de Dewey) et transdisciplinaire, concerne un objet type de la science politique, la politique de santé et plus précisément les réformes des moments 2004 et 2014. Cependant, partant d'un changement d'angle de vue nous avons conduit une enquête spécifique explorant les paradoxes de cette dernière ainsi que des phénomènes et questions peu étudiées jusqu'ici. Nous avons en effet souligné l'importance des éléments cognitifs et normatifs dans la construction des problèmes et solutions à l'œuvre dans le cadre de la fabrique de la réforme ainsi que le statut problématique de la santé comme objet de politique publique.

Ce travail s'inscrit ainsi dans la ligne de l'école grenobloise du courant cognitif de l'analyse des politiques publiques (Muller, Jober) ainsi que de l'étude de la territorialisation de l'action publique (Muller, Faure) et plus particulièrement des développements les plus récents avec le modèle forgé par P. Zittoun concernant la fabrique discursive des politiques publique.

Partant d'une épistémologie critique de l'objet de cette politique publique à la fois commune et singulière, la santé, nous avons centré notre travail sur la déconstruction des catégories sociales d'action publique et l'analyse des concepts en jeu, démarches habituellement caractéristiques respectivement de la sociologie et de la philosophie dont nous avons emprunté les cadres théoriques.

Nous avons montré que l'espace santé (espace politique pour D. Fassin), ne peut être considéré ni comme secteur de politique publique, ni comme secteur économique ; la notion la plus pertinente étant celle de champ développée par P. Bourdieu. Ainsi conçu, le champ est un cadre au sein duquel se déploie un jeu d'acteurs en lutte pour un objet, ici incertain, la santé.

L'analogie que l'on peut établir entre champ scientifique et champ de la santé nous a permis de transposer la théorie des révolutions scientifiques pensée par

Kuhn en important la notion de paradigme dans le cadre d'une analyse de politique publique de la politique de santé.

Concernant le dit « système de santé », nous avons ainsi mis en évidence la contradiction qui consiste dans la rhétorique de la réforme à dénommer « système » un objet dont on convient qu'il n'en a pas les caractéristiques. Ceci nous autorise à douter de l'existence réelle même de ce système de santé, si ce n'est que celui-ci ne soit une pure construction mentale. Ainsi nous avons considéré la posture des acteurs étatiques centraux comme faussement extérieure en tant que partie prenante de ce « champ ».

Cette analyse participe ainsi de l'idée développée par Jobert, celle d'un État ni surplombant ni dissous, acteur dans un système d'interrelation avec ceux qui sont concernés par sa politique ainsi que le rôle d'une certaine élite technocratique dans la formation des politiques publiques.

Centralité et force du paradigme de la santé/non maladie

La généalogie des réformes du dit « système de santé français », montre la colonisation originelle de la politique de santé ainsi que des motifs de la réforme, par une rationalité économiste constitutive de ce que nous avons dénommé le paradigme de la santé/non-maladie. La logique classique du raisonnement coût/efficacité ainsi que son corollaire, implique une épistémologie de la santé confondant celle-ci avec l'absence de maladie ainsi que l'assignation d'une finalité au dit « système de santé », en réalité de soins, la bonne santé de tout un chacun.

La montée en puissance d'une intervention étatique rationalisante, d'abord centrée sur l'hôpital puis touchant progressivement plus largement le contenu des soins, trouve sa justification à l'aune de cette finalité construite, l'égalité bonne santé de tous, dont l'État républicain se doit d'être garant. La légitimité de l'État, en tant qu'État social, repose sur les syllogismes fondés sur cet amalgame santé et non-maladie. Dans ce cadre : l'égalité santé dépend de l'accès égal aux

soins, dont la solvabilisation solidaire est garantie par l'État providence. Cette construction est dépendante du paradigme de la santé/non-maladie.

Le motif cognitif économique, embarqué aux origines de l'ère de la réforme dans les années 1970, ne doit cependant pas sa pérennité à la fiabilité ni à la pertinence du raisonnement économique. Le paradigme de la santé/non-maladie assure à la politique de santé un ancrage dans un imaginaire positif puissant en phase avec le paradigme dominant positiviste : la croyance dans l'absolue suprématie technologique du soin sur la santé. La modernité cultive ainsi l'illusion d'un universalisme issue d'un passé pré-industriel où la maladie, quelles que soient les conditions sociales et de vie, est un risque existentiel inhérent à la vie humaine, ensuite maîtrisé grâce à l'essor du progrès scientifique et technique⁹⁴⁸.

La construction de cet objet, dit « système de santé », qui repose sur une définition nominale, permet l'existence factice d'un secteur de politique publique. Celle-ci permet aussi une fabrique de la réforme à travers la description de problèmes et solutions reposant sur les dysfonctionnements et défauts de ce « système », promues par des acteurs institutionnels étatiques centraux postés à l'extérieur du dit « système ». Une lecture critique de cette fabrique discursive étayée par les théories sur les organisations ainsi que sur la complexité au sens de Friedberg, mais aussi de Papadopoulos ainsi que de Morin, met en évidence l'engagement de ces acteurs dans un système réel de lutte de pouvoir visant la santé, formant ainsi un système relationnel au sens d'espace politique et social, que nous avons qualifié de champ au sens de Bourdieu.

Si, le modèle paradoxal français de système de santé, ainsi que son train de réforme, procèdent de l'historicité du système de santé, il est aussi soutenu par un jeu d'acteurs, dont l'Etat est partie prenante. Et, ce que désigne Pierre Bourdieu par « la cogénèse du monde économique et du discours économique »

⁹⁴⁸ Rappelons à ce sujet que les inégalités sociales de santé apparues avec l'industrialisation ont été gommées grâce à la mise en place de politiques de protection sociale au début du 20^{ème} siècle ainsi que l'élévation du niveau de vie.

dans le titre d'un des paragraphe de son cours du 6 Mai 1993⁹⁴⁹ décrit un phénomène similaire à celui que nous avons mis en évidence à travers la généalogie des réformes de la santé et le discours sur le dit « système de santé ».

L'objectif de refondation du système de santé

La « crise » financière puis sociale et sanitaire, est une opportunité pour la réforme. Cependant, avec la réapparition d'anomalies tenaces que sont les inégalités de santé objectivées dans les années 1990, le train de la réforme devient contradictoire et se dédouble. D'un côté, les dispositions visant le système de soin ont obéi à une logique perse qui ne dévie pas, tandis que les ruptures successives caractérisent les réformes visant la politique de santé publique et la décentralisation en santé.

Ceci justifie l'intérêt des deux moments de la réforme choisis pour notre étude et recueillir nos matériaux, les moments 2004 (loi de santé publique) et 2014 (loi de modernisation de notre système de santé), lesquels ont fait l'objet d'une moindre attention de la part des analystes que la réforme Hôpital Patients Santé et Territoires adoptée en 2009, prolongement de la réforme « Juppé ».

Mais surtout, alors que les réformes précédentes étaient limitées (et semblaient ne pouvoir être que limitées si on valide la théorie de la dépendance au sentier) à des changement de premier et de second ordre, ces deux moments annoncent des changements de troisième ordre, ce qui en soit mérite une attention particulière.

En 2004, une refondation de la politique de santé est tentée, la loi instaure un véritable secteur de politique publique d'État, à travers la réhabilitation d'une politique de santé publique et la création d'un deuxième système de santé parallèle au système de soins comme solution à la « crise ».

Au moment 2014, l'intention annoncée par le politique est de refonder le système de santé « historique », la santé publique étant *a contrario* réintégrée dans le grand ensemble unique du dit « système de santé », objet principal des

⁹⁴⁹ Bourdieu P., *Anthropologie économique*, op.cit., p.90

réformes. La régionalisation déjà engagée en 2004 se consolide et s'accompagne d'une montée en charge importante de la « territorialisation » de la politique de santé en 2014.

Santé publique et territorialisation seraient donc les deux clefs de la refondation de la politique de santé et du système de santé. Cependant, les deux termes constituant le paradoxe structurel du modèle à la française, socialisation grâce à un financement national solidaire et libéralisation du fait de ses prestations, semblent impossibles à révoquer. La combinaison de ces deux propositions reste indépassable : la solidarité nationale assurant le financement « équitable », le libéralisme médical caractérisant l'indépendance et la disponibilité de l'offre de soin.

L'étude que nous avons conduite au moyen du logiciel NVIVO, confirme la force du paradigme de la santé /non-maladie mais aussi l'existence d'une transition souterraine. La prévention est traversée par la « révolution » de la promotion de la santé. Malgré l'accumulation des anomalies, ce paradigme persiste, ainsi que son corolaire, la réaffirmation du rôle de l'Etat.

La santé publique apparaît comme auxiliaire normatif de l'État, ancrée dans le paradigme de la santé/non-maladie, au service de l'objectif normatif de bonne santé. L'État étaye ainsi sa légitimité au motif d'un combat contre le fléau extérieur de maladie.

Il aurait ainsi recouru à un moyen de légitimation décrit par Pierre Clastres⁹⁵⁰ dans son étude sur les sociétés primitives. L'auteur souligne dans son ouvrage « la société contre l'Etat » le fait que le chef n'ayant aucune autorité sur la société ne peut se risquer à donner des ordres sans être remis en cause et remplacé, hormis lorsqu'il conduit la guerre contre un ennemi extérieur. Dans ce cas seulement, il est investi d'une légitimité incontestable autoritaire.

Nous avons montré que santé publique et territorialisation ne participent pas d'une refondation du système, mais que ce sont les outils étatiques refondés à

⁹⁵⁰ Clastres, P. *La société contre l'État: recherches d'anthropologie politique*, Paris, Éd. de Minuit, 1974.

travers lesquels l'État renforce son centralisme. L'objectif de modernisation figure dans la lettre du titre de la loi, la refondation des outils de l'État se substituant à la refondation de la politique de santé elle-même, alimente la construction d'une politique publique en apparence semblable à toute politique publique.

Or, sont ainsi éludés dans la réforme, les éléments constitutifs de la spécificité de la santé, les enjeux cognitifs, normatifs et donc politiques qui lui sont inhérents.

Enfin, l'analyse des réformes des moments 2004 et 2014 révèle deux paradoxes. Démocratie sanitaire et gouvernance sont les deux problématiques émergentes de ce dernier moment de réforme, en contradiction avec l'étatisation et la centralité de la politique de santé.

En fait, la gouvernance en santé, dans une adaptation conforme au référentiel de la « *public administration* » correspondant à une administration classique rationnelle descendante, se présente comme un habillage discursif à conjugaisons multiples pérennisant un modèle centralisé, étatique. Elle n'équivaut donc pas à l'avènement d'un Etat réflexif dans une société devenue complexe et plurielle.

Ainsi l'analyse de cette politique publique singulière, la santé, rend compte de ce qu'Yves Mény et Jean-Claude Thoenig montrent des politiques publiques comme « analogues des institutions », dans leur ouvrage, *Les politiques publiques*, ainsi :

« (Celles-ci) nous informent non seulement sur l'environnement socio-économique, mais aussi sur l'État. Plus que des recettes de gouvernement (...), elles sont des indicateurs de la nature et du fonctionnement de la machine gouvernementale (Rose, 1984). »⁹⁵¹

Enfin, le trio formé par les valeurs de qualité, sécurité et droits, dominant dans les discours à propos des réformes de 2004 et 2014 témoigne tant de la transition vers la société du risque que de la force des valeurs au cœur du « pacte social en santé », humanité et dignité. Le thème de la crise disparaît tandis que les anomalies persistent et que la refondation du système n'a pas eu lieu.

⁹⁵¹ Mény Y., Thoenig J.-C. *Politiques publiques*, op.cit., p.22.

L'État face à la société du risque

Une autre interprétation des crises du système de santé ayant motivé l'important train de réforme continu depuis les années 1970 est celle d'une crise du paradigme dans lequel est ancré la politique de santé faite d'« anomalies » posées par le réel que le paradigme de la santé/ non maladie s'épuise à résoudre.

La « crise financière » issue de la crise économique s'est doublée d'une deuxième crise, la « crise sanitaire ». La technique assurantielle avait permis à la République de traiter la question jusqu'alors insoluble d'une assistance juste et solidaire aux malheureux. Or, le solidarisme semble aujourd'hui trouver ses limites, Henri Bergeron souligne que :

« Au paradigme de la responsabilité, qui relève d'une philosophie libérale qui fait « moins appel à la contrainte qu'à la liberté et la volonté individuelles » succède la solidarité (avant celui de la sécurité) soutenue par une « utopie scientifique et technique », celle que la société aurait la possibilité d'une maîtrise d'elle-même ».⁹⁵²

Si l'on reprend le fil de la thèse de Beck, on peut défendre l'idée qu'il s'agit en réalité d'une seule et unique crise, celle d'une modernité ayant perdu toute finalité humaine et vivant la fin d'un double mythe, celui de la croissance économique comme celui d'un progrès scientifique et technique prometteurs d'un avenir d'une richesse sociale partagée dans un univers de risques maîtrisés.

Le système de santé est au cœur des tensions et des conflits qui traversent cette crise de la modernité avancée. L'Etat soutient l'industrie de la santé d'une main tandis qu'il est convoqué de l'autre par le citoyen à se porter garant d'une santé menacée par des risques qui lui échappent.

Etat providence garant d'un modèle distributif dont le caractère paradoxal n'est plus soutenable, État social protecteur face à un fléau extérieur, l'Etat est dépassé par une réalité nouvelle, celle d'une société qui génère elle-même les risques auxquelles elle s'affronte.

⁹⁵² Bergeron, *Sociologie politique de la santé*, op.cit. p. 13.

Cependant, à travers la fabrique de la réforme celle-ci est interprétée en termes de problème et de solutions que sont les dispositifs de correction et de régulation du système de santé. Bouc émissaire et pseudo-solutions, sont les réponses aux problèmes décrits selon la logique économiste et d'après une rationalité administrative apolitique ancrés dans le paradigme de la santé/ non maladie.

L'étatisation s'accompagne d'une délégitimation des deux contractants principaux originaux du pacte social après-guerre de création de la « sécu », lequel est ainsi éludé. Ceux-ci, le citoyen-malade-salarié et le médecin sont en effet disqualifiés conformément aux représentations calquées sur le modèle classique d'opportunisme rationnel des individus.

Cette exclusion opérée par la réforme, laquelle a pour logique la pérennité même de l'Etat central, ferme toute possibilité à de nouvelles transactions en santé. Ceci est une explication plausible à la persistance des anomalies et des réformes, alors même que ces acteurs ne sont pas pris dans le carcan institutionnel supposé d'un sentier de dépendance.

Or, si l'on considère avec Beck, que la société n'a plus à s'affronter à des dangers extérieurs, au moyen du progrès scientifique et technique dans le cadre d'un État garant, mais qu'elle doit désormais s'affronter à elle-même. Le lieu du politique se déplace alors des acteurs institutionnels, personnels politiques et élus, aux acteurs « subpolitiques » : collectifs de citoyen, médias, système judiciaire. L'État devient comptable non pas d'une improbable égalité républicaine devant la santé, mais d'une égale protection face aux risques menaçant la santé de chacun et de tous.

La place et le rôle de l'État deviennent dès lors problématiques et la crise, à l'appui de la théorie de Parrochia, en tant que crise, signe un conflit qui appelle de nouvelles transactions.

La crise de la démocratie en santé

Le champ de la santé est le lieu d'un jeu d'acteurs à pluralités d'intérêts plus ou moins convergents. Cette réalité est peu compatible avec un modèle républicain axé sur l'intérêt général et qui n'a pas vocation à concilier des intérêts particuliers. Ceci pose la question du bien commun qui justifierait et fonderait une politique publique légitimant l'État en tant qu'ordonnateur. Cependant, la notion même d'intérêt général n'est pas si évidente⁹⁵³.

L'institution des droits des malades assure la réaffirmation des droits constitutionnels de l'homme et du citoyen et donc de reconnaissance du malade en tant que citoyen, ce qui diffère de la simple réduction à la seule figure de l'utilisateur. A travers ce phénomène se joue l'émergence « d'un public » en démocratie, en référence à Dewey, et l'existence d'une réalité, brisure de l'image produite par la réforme, le retour d'une scène publique en santé. Un problème public inédit émerge, la question des principes et de la finalité de la politique de santé.

Tandis que le réformateur juge le dit « système de santé » selon le niveau d'état de santé de tous, pris comme indicateur d'un objectif attribué à celui-ci *a posteriori* à l'aune d'une finalité construite. Cet indicateur peut aussi s'interpréter, dans le cadre d'un changement de paradigme, comme témoin, non pas de l'efficacité du dit système de santé, mais de l'inefficacité de la politique de protection de l'État face aux risques que génère la société moderne tant économiques et sociaux que technologiques et environnementaux. Ainsi cet indicateur utilisé pour justifier la réforme du dit « système de santé » dans un registre de finalité reconstruite, révélerait alors la défaillance de l'État à protéger la santé de tous et de chacun.

⁹⁵³ Voir sur ce point le titre évocateur du paragraphe 3 du chapitre IV de l'ouvrage de Cohen-Tanugi : « avez-vous rencontré l'intérêt général ? », in Cohen-Tanugi, L., Hoffmann, S., Cohen-Tanugi, L., *Le droit sans l'État : Sur la démocratie en France et en Amérique*, op.cit..

Finalement, l'examen de la dite « démocratie sanitaire », montre qu'elle réalise en fait une institutionnalisation/dépolitisation d'un mouvement d'essence citoyenne. Celle-ci est l'opportunité pour l'Etat et son administration, de capter un allier précieux, le malade, jusqu'alors considéré comme « prisonnier » d'une élite dominante, les médecins, au sein du colloque singulier.

Le cas singulier de la santé illustre la théorie développée par Habermas comme théorie contribuant à l'analyse de la crise de l'État. La critique « technico-scientifique » du capitalisme, « orienté vers la poursuite des buts fixés par le système économique ». Habermas développe l'idée que cette évolution présente « de graves conséquences pour la démocratie » :

« Dès lors que les problèmes se réduisent à des questions de rationalité technique, (...) Il en résulte un rétrécissement de « l'espace public », c'est-à-dire une stérilisation du débat et de la communication. (...) Du fait de l'écart croissant entre le système politique et les citoyens, s'instaure une crise de légitimation. ».⁹⁵⁴

Ainsi la santé serait le symptôme d'un « mal démocratique », contemporain posant ainsi la question de la démocratie elle-même. Il n'y aurait pas de question démocratique spécifique à la santé, mais une question que pose aujourd'hui cette dernière en soi à la démocratie. Aussi, à l'issue de cette étude de la démocratie sanitaire, pourrions-nous formuler notre question, comme celle de la forme de démocratie la plus favorable à une démocratie en santé.

Postulant que la santé n'est pas un bien marchand, qu'elle n'est pas non plus l'absence de maladie, mais qu'elle incarne le potentiel d'agir de chacun ; postulant que la démocratie est affaire de liberté de penser et d'agir en conscience, considérant le socle des droits de l'homme et du citoyen comme à son fondement, comment l'État français serait-il garant de la bonne santé de chacun dans une économie libérale et mondialisée étant dans l'impossibilité de prévenir des risques qu'il ne peut maîtriser ?

⁹⁵⁴ Habermas, J., Ladmiral, J.-R. T. *La technique et la science comme "idéologie."* Paris, Gallimard, impr. 1973, p.90.

La refondation du système de santé, une question de justice sociale théorique ?

La notion de justice n'est pas présente dans les discours des réformes en santé des moments 2004 et 2014, pourtant le thème de la « sécu » est un élément important de la rhétorique de légitimation de l'étatisation.

Nous pouvons qualifier de mythe ce récit d'une histoire commune, celle de la naissance de la « sécu ». La légitimité de l'État à gouverner la santé, fragilisée par la crise de l'État providence et les limites de l'État social, s'appuie sur ce mythe ainsi que sur celui d'un État républicain garant de l'égalité. Or, ni l'histoire de ce que l'on nomme la « sécu », ni l'histoire républicaine ne créditent cette vision idéale.

La « sécu » est une idée généreuse de l'après-guerre dans le cadre d'une protection sociale déjà existante et organisée grâce à l'avènement de la technique assurantielle, là où les républicains n'avaient pu sortir de l'aporie face à la question sociale. Dans la réalité, le principe d'universalité de la « sécu » n'a jamais pu être mis en œuvre et ses principes fondamentaux d'unicité et d'autogestion ont été supprimés définitivement par la réforme Juppé.

L'idée d'un État républicain garant de l'égalité en santé et de l'avènement de « notre sécu » grâce aux héros de la résistance est une histoire qui participe de l'identité nationale que l'on raconte et dans laquelle tous se reconnaissent à la satisfaction de tous, un mythe donc.

Les protagonistes de 1945 étaient animés de motifs qui ont été réinterprétés dans le cadre de ce mythe. Dans le récit de l'avènement en 1945 de notre bien commun, la « sécu », le souvenir de l'idéal de démarchandisation au principe de cette création a disparu. L'État providence est une mauvaise traduction du *Welfare State* car ce qui fonde la protection sociale n'est pas la providence, mais

un compromis politique entre les multiples acteurs sociaux que nous avons dénommé, en santé, le pacte social en santé.

Celui-ci a pour principe, l'impératif kantien de respect de la personne et de la dignité humaine et comme but l'émancipation des salariés, comprise comme « la possible libération du marché du travail et du marché des capitaux qu'ouvre le statut de salarié » :

« Le *salarié* n'est pas défini ici par un contrat de travail (...) mais par un salaire, celui-ci incluant, comme « salaire total », le salaire direct et le salaire indirect des prestations sociales. (...) la portée du salaire tel qu'il s'est effectivement construit, dans le conflit salarial, autour de deux institutions subversives du marché du travail et de la propriété lucrative : le salaire à la qualification et la cotisation sociale... »⁹⁵⁵

Cependant, le pacte social en santé contracté en 1945 repose sur l'institution d'une protection sociale universelle fondée sur une idée de justice sociale en tant que principe axé sur les questions de domination et les enjeux d'émancipation. Celle-ci a précédé les grandes théories de la justice sociale que nous connaissons aujourd'hui, ainsi que le souligne Alain Euzéby :

« Même si le terme de *Justice sociale* n'est guère utilisé au 19^{ème} siècle, l'idée de cette justice a été à la base des assurances sociales allemandes () dont on sait qu'elles sont à l'origine de la naissance et du développement des systèmes de protection sociale. Le souci de justice sociale a également animé W. Beveridge en 1942 (...). Aujourd'hui, l'expression justice sociale est très souvent invoquée, mais elle demeure assez vague et sujette à des interprétations très diverses. Les théories de la justice sociale sont en effet très nombreuses ». ⁹⁵⁶

Ces théories offrent-elles aujourd'hui un cadre permettant de refonder la politique de santé et le système de santé ?

Parmi ces théories, la théorie de la reconnaissance semble un cadre d'interprétation pertinent des enjeux de la lutte pour les « droits du malade ». Cependant, ce n'est pas cette théorie en tant que théorie de la justice sociale qui s'avère pertinente en l'occurrence, mais plutôt la théorie critique développée par

⁹⁵⁵ Friot B., « La sécurité sociale et l'émancipation des salariés : affirmation et réforme de la cotisation sociale », in Domin, J.-P., Buttard, A., Batifoulier, P. (Eds.) *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice : autour des travaux de Maryse Gadreau*, op.cit., p.43.

⁹⁵⁶ Euzéby A., « Protection sociale et justice sociale : quelques points de repères », *Droit social*, 2002, n° 9-10, p.282.

Honneth dans sa discussion sur la réification concluant à la valeur protectrice du droit.

Par ailleurs, la santé est une condition de la validité du modèle de justice que Savidan dénomme capacitaire, celui de l'égalité des chances, au même titre que l'éducation, sans que l'Etat n'ait de leviers sur celles-ci, ce qui invalide la pertinence de ce modèle adopté tacitement par la république en France.

Caroline Guibet-Lafaye souligne, quant à elle, la forte convergence entre la conception de la justice entendue dans le cadre OMS, avec les principes de la justice sociale sur un autre type de modèle capacitaire, ceux énoncés par Sen avec la notion de « *capabilites* » ou « opportunité de réalisation. »⁹⁵⁷

Enfin, dans son dernier ouvrage, *Scales of justice*, Nancy Fraser⁹⁵⁸, pose la nécessité de concevoir aujourd'hui une nouvelle échelle de jugement que celle de la distribution équitable de biens monétisables. Celle-ci permettrait de juger des demandes de justice sociale malgré leur hétérogénéité actuelle (distributive, reconnaissance, représentation). Le deuxième type d'échelle sur laquelle Nancy Fraser base sa nouvelle théorie de la justice est spatial, intégrant, dans le cadre de la globalisation, les demandes de justice sociale, aujourd'hui transnationales (économiques et environnementales). Celles-ci dépassent le cadre des Etats nations qui bornaient les théories de la justice antérieures, notamment distributives.

Deux points de cet essai de théorisation nouvelle de la justice concernent les résultats de notre enquête sur la politique de santé. D'une part le caractère hétérogène des demandes de santé, non réductibles à la fourniture de biens et services de soin, mais relevant, aussi de la reconnaissance comme de la représentation.

⁹⁵⁷ Fleurbaey M., *Théories de la justice*, op.cit.

⁹⁵⁸ Fraser N., *Scales of justice: Reimagining political space in a globalizing world*. Columbia University Press, 2009

D'autre part la critique de la centralité et du « modèle français de politique publique » décrit et analysé par Pierre Muller⁹⁵⁹, caractérisé par la primauté de l'élite administrative et sa technocratisation, la sectorisation des intérêts professionnels et la dévalorisation de la représentation politique locale. Or, la crise de ce modèle, paradoxalement réaffirmé dans le cadre des dernières les réformes en santé, est due principalement, souligne l'auteur, à l'avènement d'un nouveau référentiel global de politique publique ainsi que de nouveaux modes opératoires centrés sur le marché et l'Europe, ainsi que la décentralisation instituée dans les années 1980 : « passage d'un système d'administration locale à un système de gouvernement local », absente des réformes en santé.

Un nouveau pacte social en santé pour refonder la politique de santé

Premier point pour une réelle refondation du système de santé, il ne s'agirait donc plus de poursuivre une égalité en santé ou un état de santé étalon d'une politique de soin parfaitement efficace et efficiente. Il s'agirait de garantir un droit, non plus donc à une santé égale, mais à une protection égale de la santé.

Ceci s'inscrirait donc dans le cadre d'une finalité reformulée basée sur un nouveau paradigme qui n'est plus celui de la santé/non-maladie mais celui de la santé globale.

Celle-ci serait aussi fondée sur le principe de justice et les valeurs de la protection sociale, en principal la dignité humaine. Exigence éthique de reconnaissance du droit à la dignité, ainsi que du « care » sont comprises dans la prééminence donnée aux soins de santé primaires dans le cadre de la promotion de la santé fondée par l'OMS.

Des évolutions en phase avec le développement des soins de santé primaire touchent aujourd'hui les modes d'exercice de la médecine, en France.

Or, on constate l'implication croissante des collectivités locales dans la création et le soutien à ces nouvelles formes d'exercice, maisons pluridisciplinaires de

⁹⁵⁹ Muller P., « Entre le local et l'Europe la crise du modèle français de politiques publiques », *Revue française de science politique*, vol.42, n°2, « Politiques publiques en France : L'Europe, le marché, l'état », Avril 1992, pp.275-297.

santé et centres de santé. Cette refondation fonctionnelle « du système » à l'insu du réformateur en santé limité par les « tabous de la décentralisation ».

Ces évolutions ont pour avantage de concilier les deux termes indépassables du modèle français : une médecine indépendante puisque libérale et une solvabilisation de l'offre par la propriété sociale, seule garante de la protection de chacun face à une vulnérabilisation accrue.

Deuxième point, pour Beck, une des voies permettant d'affronter les enjeux de la société du risque réside dans la capacité de la science à évoluer vers une posture réflexive dans laquelle elle aurait à faire le lien entre ses découvertes, leur application pratique et leurs conséquences sur l'environnement, la santé de l'homme et la société. Ainsi les effets latents induits qui nous menacent pourraient être appréhendés comme des risques qui doivent être anticipés et ne doivent pas se transformer en menaces.

Dans une telle posture la science réflexive devrait conjuguer pratique et science. C'est donc un enjeu fondamental pour la médecine, considérée autrefois comme un art (celui du praticien) et comme une science, notamment la médecine clinique ambulatoire, que d'être aujourd'hui encore inscrite dans ce double registre.

Les médecins généralistes participent aux réseaux sentinelle pour la surveillance de la grippe et ce système semi-empirique fonctionne de façon satisfaisante. Aussi serait-il envisageable d'investir d'une mission d'alerte et de surveillance le médecin de premier recours participant ainsi de la solution énoncée par Beck. Ce modèle peut aussi être élargi à d'autres risques et déterminants en santé identifiables par les citoyens/patients en s'appuyant sur des conseils locaux de santé et commission d'usager des structures de soin locales.

Le mandat qui pourrait être ainsi confié au médecin dans le cadre d'une nouvelle alliance avec la puissance publique n'est plus cette fonction « magique » liée au progrès scientifique et technique mais celle de « sentinelle » d'une société moderne réflexive consciente des dangers qu'elle encoure pour elle-même et protectrice de son capital humain tant que naturel.

Dans cette nouvelle configuration, la santé publique ne serait pas l'auxiliaire normatif de l'État républicain, ni un outil de défense contre les nouveaux fléaux frappant la modernité nommés risques sanitaires, mais une santé publique pragmatique, alliant pratique et connaissance scientifique, attentive aux conséquences mêmes produites par la société du risque. Une telle conception intégrerait les différentes approches médicales de la santé, curative, préventive et «réflexive».

Cependant, si le diagnostic que pose Beck sur la société moderne en transition apportant une clef de lecture pertinente dans notre étude de la réforme perpétuelle de la santé, il ne propose pas véritablement de solution au problème de la science. Or le problème sur lequel il bute est une question centrale ouverte dans son «plaidoyer pour une théorie de l'apprentissage de la rationalité scientifique» et devant laquelle il se trouve sans réponse :

« Une autre science est toujours possible. (...) Une autre théorie de la connaissance, un autre rapport entre théorie et pratique, et une autre pratique de ce rapport (...) le projet de la modernité a besoin des premiers secours. Il menace de mourir étouffé par ses propres anomalies. La science sous sa forme actuelle en est une (...). L'hypothèse est la suivante, seule une théorie de l'empirie permettra de reconnecter la puissance de la pensée à la « réalité ».⁹⁶⁰

La théorie de la connaissance proposée par Dewey apporte une réponse à Beck. L'idée d'une nouvelle conception du rôle de la médecine en tant que sentinelle du risque correspond bien à cette conception pragmatique et intégrée :

« Du point de vue du savoir expérimental, toutes les rivalités et tous les problèmes qui s'y rattachent ont une même racine. Ils procèdent de la présupposition que l'être de l'objet véritable et valide de la connaissance est antérieur aux opérations du connaître et qu'il en est indépendant. (...) Si nous voyons que le connaître n'est pas l'acte d'un spectateur se tenant en dehors de la scène naturelle et sociale, mais l'acte d'un participant, alors le véritable objet de la connaissance se situe au niveau des conséquences de l'action dirigée. (...) Sur cette base, nous aurons, (...) autant de genres d'objets connus qu'il y a de genres d'opérations d'enquête efficacement menées débouchant sur les conséquences visées. »⁹⁶¹

⁹⁶⁰ Beck U. *La société du risque*, op.cit., pp.395-397.

⁹⁶¹ Dewey J. *La quête de certitude*, op.cit., pp. 212-213.

Troisième point, la crise de l'État républicain français est donc la crise et la seule crise qui touche la politique de santé. Le renversement du paradigme nécessaire pour refonder la politique de santé, réinterroge le modèle d'État français républicain.

Thierry Ménissier dans son ouvrage, *La liberté des contemporains Pourquoi il faut rénover la république ?*⁹⁶², pose la question de savoir si l'idée de république est encore d'actualité aujourd'hui où si l'utilisation folklorique qui est faite de ce vocabulaire par les hommes politiques dans le discours signe la fin de l'idée. L'enquête menée l'amène à conclure que l'idée conserve tout son intérêt, « si « république » signifie bien « expérience de la communauté politique », mais elle demande à être rénovée, « « réinventée » grâce à la promotion et à la mise en forme des forces susceptibles de « régénérer la communauté civique ». Avant même d'envisager les conditions de l'approfondissement nécessaire pour y parvenir, l'auteur souligne la nécessité de contrer :

« Les effets du monisme politique et culturel hérité de la tradition française républicaine, au profit d'une culture de la participation et de la délibération qui, toutes deux, demeurent en souffrance dans notre pays. Attitude qui revient à assumer les conséquences théoriques de l'anthropologie « humaniste civique » (selon laquelle l'homme ne devient lui-même que lorsqu'il œuvre à son émancipation par le biais de la participation civique) (...). Les valeurs de la République, cette dernière doit les établir dans le mouvement même du débat qui constitue le sujet collectif. »⁹⁶³

Or, le républicanisme français standard mixte idéologie morale et technique gouvernementale. De ce point de vue, le républicanisme comme idée ou comme état d'esprit s'efface derrière une conception institutionnelle dont la forme est indissociable d'un État garant de l'intérêt public et de l'égalité incarnant la volonté générale. Sous cette forme, s'affirme le rôle de l'État dans le processus d'étatisation du système de santé que nous avons décrit et analysé tout au long de notre travail.

⁹⁶² Ménissier, T. *La liberté des contemporains: pourquoi il faut rénover la république*, op.cit.

⁹⁶³ Ibid. p. 254.

La piste suggérée par Thierry Ménissier, s'intéresser à l'idée républicaine en tant que telle, semble prometteuse. L'idée elle-même s'exprime fondamentalement à travers les principes d'un État de droit basé sur les droits de l'homme et du citoyen dont nous avons montré qu'ils constituent les fondements d'un nouveau pacte pour la santé.

Le républicanisme « amoindri par la remise en question du niveau étatique et national dans le mouvement de la globalisation » trouverait l'objet commun au principe de la communauté civique.

Reste à résoudre le problème de savoir quelle sorte de communauté. Afin de sortir du dilemme entre communauté « patriotique » et communauté « universelle » l'auteur s'appuie sur la théorie d'Hannah Arendt⁹⁶⁴ qui apporte une réponse, puisque d'après l'auteure de *The human condition* :

« Les hommes agissent politiquement à partir du moment où- et dans ce moment se joue leur dignité, c'est-à-dire rien moins que la consistance de leur existence- ils prennent conscience de leur fragilité commune et en dépit de leurs différences il se rassemblent pour agir collectivement ». ⁹⁶⁵

Dès lors, deux points importants pour la refondation du système de santé apparaissent. La santé est potentiellement, en tant qu'expression de la vulnérabilité humaine mettant en jeu la dignité de l'homme, un bien commun fondateur pour une telle communauté civique qui n'est plus nécessairement, dans un monde globalisé, le cadre de l'Etat-nation. Considérant avec Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne*, que la politique est le moyen de conjurer collectivement la « fragilité des affaires humaines ».

D'autre part, la société française apparaît divisée sur nombre de sujets et ces désaccords constitueraient une sérieuse limite à l'adoption d'un modèle pluraliste démocratique, lequel dépend d'une base solide de principes

⁹⁶⁴ Arendt, H., Ricœur, P. *Condition de l'homme moderne*. (G. Fradier, Trad.). Paris, Pocket, 1988.

⁹⁶⁵ Ménissier T. *La liberté des contemporains: pourquoi il faut rénover la république*, op.cit., p.261.

fondamentaux partagés⁹⁶⁶. Or, la santé en France, qui fait l'objet d'un consensus, non plus de l'égalité en santé mais une « écologie » de la santé humaine, est une base solide en tant que valeur et bien supérieur.

La décentralisation en santé, porteuse d'un potentiel de re-politisation et de renouveau républicain par les territoires, en cohérence avec le renversement de paradigme permettant de refonder la politique de santé tel qu'il résulte de l'apport de l'OMS, apporterait une solution démocratique en santé pour une nouvelle transaction.

Ainsi, lever le tabou de la décentralisation et penser le rôle de l'Etat dans le cadre d'un nouveau paradigme de la santé, visant une nouvelle finalité, garantir la protection de la santé individuelle face aux menaces caractérisant la société du risque ainsi que face à la vulnérabilisation humaine permettrait de refonder la politique de santé en contractant une nouvelle transaction avec les citoyens et de nouvelles alliances avec les médecins.

Apports, limites et perspectives de notre recherche

L'apport de notre recherche est de montrer l'intérêt d'une approche discursive étudiant la fabrique de la réforme en santé et d'une analyse de la trame cognitive et normative soutenant la réforme et sa rhétorique. Nous avons ainsi mis en évidence dans les discours de la santé l'importance des représentations et de l'institution de l'imaginaire.⁹⁶⁷

⁹⁶⁶ Voir sur ce point, Cohen-Tanugi, L., Hoffmann, S., *Le droit sans l'État: Sur la démocratie en France et en Amérique*, op. cit. .

⁹⁶⁷ Castoriadis C., *L'institution imaginaire de la société*, ed. Seuil, 1975 : « Le monde moderne se présente, superficiellement, comme celui qui a poussé, qui tend à pousser la rationalisation à sa limite et qui, de ce fait, se permet de mépriser – (...) - les bizarres coutumes, inventions et représentations imaginaires des sociétés précédentes. Mais paradoxalement, en dépit ou plutôt en raison de cette « rationalisation » extrême, la vie du monde moderne relève autant de l'imaginaire que n'importe quelle culture archaïque ou historique » (p.235) « cette esquisse (le caractère fétiche de la marchandise (Marx)) devrait être prolongée par une analyse de l'imaginaire dans la structure institutionnelle qui prend de plus en plus, à côté et au-delà du « marché », le rôle central dans la société moderne : l'organisation bureaucratique. L'univers bureaucratique est peuplé d'imaginaire d'un bout à l'autre. On n'y prête d'ordinaire pas d'attention. » (p.239), « univers de symboles qui, la plupart du temps ni ne représentent le réel, ni ne sont nécessaires pour le penser ou le manipuler » (p.240).

La limite est celle de la constitution d'un paradigme de recherche qui reste encore à perfectionner. Nous pouvons cependant raisonnablement conclure que système de santé et territoires en santé sont des images conçues pour et par la réforme à travers la fabrique discursive des problèmes et solutions en santé. Cette fabrique, ancrée dans un paradigme de la santé/non maladie dépassé, ainsi que le recours au mythe comme légitimation, assurent la permanence du modèle français d'Etat républicain/providence, bien que ce dernier soit en crise dans la société moderne « du risque ». Ceci est une explication plausible de la sempiternelle réforme de la santé.

A contrario, la panne de modèle théorique n'est pas une explication de l'impossible refondation du système de santé. La fondation du système de santé français repose sur une transaction historique et sa refondation suppose donc une nouvelle transaction. Cependant, en santé, le tabou de la décentralisation occulte la possibilité d'une territorialisation comme passage d'une « administration locale » à « un gouvernement local » en santé, lequel pourrait être porteur d'une nouvelle transaction.

Finalement, une question normative demeure cependant, celle d'un nouveau modèle de système de santé, le meilleur modèle, qui ne reposerait pas sur une justice distributive. La question est dès lors posée, une des théories actuelles de la justice sociale et laquelle permettrait-elle de fonder celui-ci et comment?

BIBLIOGRAPHIE

Abord de Chatillon E., Desmarais C. « Le nouveau management public est-il pathogène? », *Management international*, 16(3), 2012, pp.10-24.

Adorno F. P., *Le désir d'une vie illimitée: anthropologie et biopolitique*. Paris, Kimé, 2011.

Alam T., « Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique : la sécurité sanitaire », *Genèses*, 2010, n° 1, pp. 48 à 66.

Alam, T., Gurruchaga, M. *Collectivités, territoires et santé : Regards croisés sur les frontières de la santé*, Editions L'Harmattan, 2015.

Alla F., Cambon L., Simonet M., « Structuration et gouvernance de la politique de santé » in *Contribution de la SFSP à la stratégie nationale de santé*, document de travail, SFSP, mai 2013.

Arendt H., Ricœur P. *Condition de l'homme moderne*. (G. Fradier, Trad.). Paris, Pocket, 1988.

Assemblée nationale, Bapt G., rapporteur, *Rapport d'information parlementaire sur la pertinence du modèle de santé nordique : la Danemark et la suède*, 20 mars 2007, n°3784.

Assemblée Nationale, Gest A., rapporteur, *Rapport d'information parlementaire sur la mise en application de la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales*, n°3199, 28 juin 2006.

Aubelle V., Briant V. de, Caillosse J. *Les tabous de la décentralisation* (N. Kada, Ed.), Paris, Berger-Levrault, 2015.

Ayrault J-M., 8 fev. 2013, *Discours du premier ministre sur la stratégie nationale de santé lors de son déplacement à Grenoble*, Servie presse Premier ministre.

Barbier Jean-claude, Théret Bernard, *Le nouveau système français de protection sociale*, Paris, la découverte, repères n°382, 2004.

Barzach M., Evin C. : « Quelle politique de santé ? » in : Bertrand D., *Santé valeur en hausse*, revue Projet, 1992, n° 230.

Batifoulier P., Domin J. P., Gadreau M. « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. », *Revue française de socio-économie*, 2008, n°1, p. 27 à 46.

Baudier F. : « Editorial : une invitation à réfléchir », in : *Les dossiers de la santé de l'homme*, CFES, 1996, n° 25, p. II. et « contre les discours simplistes et les

raccourcis d'analyse » in : *Les réformes des systèmes de santé spécificités et convergences*, ADSP, 18 mars 1997.

Beck U., Latour B. *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*. (L. Bernardi, Trad.), Paris, Flammarion, 2004.

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

Bercelli Paolo, Lamour, Patrick, Ricot, Jaques et Schweyer François-, *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale*, F. Tuffreau, Ed., Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2013.

Bergeron, H., Nathanson, C., « Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004 », *Sciences Sociales et Santé*, 32(4), pp.5-32, 2014.

Bergeron H., Castel P. *Sociologie politique de la santé*, Paris, Presses universitaires de France, 2014.

Berthod-Wurmsler M., Beaubeau D. « Plans et planification Définition et histoire », *actualité et dossier en santé publique*, Juin 1995, n° 11, p. II à XXXIII.

Bertrand D. « Santé, valeur en hausse », *Projet (Vanves)*, n°230, 1992.

Bevir M. « Une approche interprétative de la gouvernance », *Revue Française de Science Politique*, 63(3), 2013, 603-623.

Binst, M., Schweyer, F.-X., Crozier, M. *La santé otage de son système: sept études de cas*, Paris, InterEditions, 1995.

Blanchard S., « Le CISS, voix des usagers », 6 décembre 2005, *Le monde*.

Bloch L., « Le renforcement des droits du patient amène immédiatement deux questions : de quels patients parlons-nous et de quels droits s'agit-il ? » in Castaing, C. (dir.) *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité ?*, p.29-30.

Bogalska-Martin E. « La rhétorique de la crise et le grand dévoilement. Quelques remarques sociologiques ». *Economic Review, Ekonomické Rozhl'ady*, 39(3), 2010, pp.352-361.

Boltanski L., Fraser N., *Domination et émancipation pour un renouveau de la critique sociale*, débat présenté par Corcuff P., 2014, PUL.

Bonjour P. « La dignité humaine, philosophie, droit, politique, économie, médecine. », *Reliance*, no 20(2), 2006, pp.85-92.

Boni, T. « La dignité de la personne humaine, de l'intégrité du corps et de la lutte pour la reconnaissance », *Diogène*, (215), 2007, pp.65-76.

- Bourdieu P., *Questions de sociologie*, les éditions de minuit, 1984/2002.
- Bourdieu P. *Anthropologie économique cours au collège de France 1992-1993*, coll. Raisons d'agir cours et travaux, éditions du Seuil, nov.2017.
- Bourgueil Y., « Soins primaires : une voie d'avenir pour le système de santé français ? D'une approche globale centrée sur les besoins de base à une approche centrée sur l'organisation des soins », *Revue hospitalière de France*, n°538, pp. 12-16.
- Brisson J-F., « Démocratie sanitaire, mythe ou réalité », in Castaing, C. (dir.), *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité ?* Bordeaux, Les études Hospitalières, 2014, pp. 7-16.
- Brucker G., éditorial, *BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire)*, 28 Juin 2005.
- Bur Y., *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé*, Paris, Assemblée nationale, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, 2006.
- Burstin A., Lalande F., Merlhe G. (Eds.). *Rapport sur les centres de santé, rapport n°1998.153*. Paris, IGAS, 1998.
- Bury, Jaques A., *Education pour la santé: concepts, enjeux, planifications*, Bruxelles, De Boeck-Université, 1997.
- Caillol M. Le Coz P., Aubry R., Bréchat P-H, « Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques », *Santé publique* 6/2010 (Vol.22), pp. 625-636.
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, *Concours de praticien conseil*, Documentation Administrative, éd. 1988.
- Cambon L., Alla F., Lombrail P. « Propositions pour une nouvelle loi de santé publique plus égalitaire et efficace », *Santé publique*, n° 3, mai-juin 2012.
- Canguilhem G. *La santé, concept vulgaire et question philosophique*, in *Ecrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002.
- Castaing C., dir, *La territorialisation des politiques de santé, actes de la journée d'étude organisée le 22 novembre 2011 par le centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'État de l'université Montesquieu-Bordeaux IV*, les Etudes Hospitalières, 2014.
- Castaing C. (dir.) *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité ?* Les Etudes hospitalières, 2014.

Castaing C., « la lisibilité de la loi en droit de la santé », in Castaing, C. (dir.) *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité ?*, op.cit., pp.66-67

Castel R. *L'insécurité sociale: qu'est-ce qu'être protégé ?* Paris, Seuil, DL 2003.

Castel R., Haroche C. *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi: entretiens sur la construction de l'individu moderne*, Paris, Fayard, 2001.

Castoriadis C., *L'institution imaginaire de la société*, ed. Seuil, 1975.

Catellin S. « L'abduction: une pratique de la découverte scientifique et littéraire » *Hermès, La Revue*, (2), 2004, pp.179-185.

Cedelle J.: *Introduction à l'histoire de la pensée économique*, Ministère de l'économie et des finances, Paris, CFPP, DPA, 1983.

Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale, *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*, Paris, la Documentation française, 2000.

Cercle des économistes. *Économie de la santé: une réforme ? non, une révolution !*. (M. Guillaume, Ed.), Paris, Descartes et Cie, 2007.

Chambaretaud, S., Lequet-Slama, D. « Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne. Suède, un système géré librement par les comtés », *adsp* n°46, mars 2004, pp 9-12.

Chapoulie J-M., Reviewed Work(s) : « La profession médicale by Eliot Freidson », *Revue française de sociologie*, Vol.26, n°4 (oct.-Déc.1985), pp. 720-722

Cicolella, A. *Toxique planète : le scandale invisible des maladies chroniques*, Paris, Éditions du Seuil, 2013.

Cicolella, A. *Le défi des épidémies modernes: comment sauver la Sécu en changeant le système de santé*, La découverte, 2007.

Clastres, P., *La société contre l'État: recherches d'anthropologie politique*, Paris, Éd. de Minuit, 1974/2011.

Clavier C., *Le politique et la santé publique. Une comparaison transnationale de la territorialisation des politiques de santé publique (France, Danemark)*, Thèse de doctorat en Science Politique, Université de Rennes I, CRAPE , 6 juillet 2007.

Clément, J.-M., *La santé étatisée: triomphe ou échec ?* Bordeaux, LEH éd., 2012.

Cohen-Tanugi L., *Le droit sans l'État: Sur la démocratie en France et en Amérique*, Paris, Presses universitaires de France, 2007.

Coldefy M., Lucas-Gabrielli V., *Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification*, Document de travail, Irdes n° 10, mai 2008.

Combeau P., « Droit souple et démocratie sanitaire », in Castaing, C. (dir.) *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité?*, op.cit., pp.81-94.

Commissariat général du plan, « Système de santé ; la réforme et ses valeurs », in : Commissariat général du plan. *Regards prospectifs sur l'État stratège*, Paris, CGP, 2004.

Commissariat général du plan. *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie: rapport au Premier ministre*. (R. Soubie, J.-L. Portos, C. Prieur, Eds.), Paris, la Documentation française, 1994.

Commissariat général du plan, *Pour une régionalisation du système de santé en 2025 Offre, régulation et acteurs : essai de prospective*, Rapport du groupe Poles, novembre 2005.

Conférence Nationale de Santé, Avis du 22 mars 2007, « Les voies d'amélioration du système français ».

Contandriopoulos A.-P., « La gouvernance dans le domaine de la santé: une régulation orientée par la performance », *Santé Publique, Vol. 20(2)*, 2008, pp 191–199.

Davies AR and all. « Mass Unemployment Events – Prevention et response for un public health perspective », *Public Health Wales*, 2017.

De Kervasdoué J., *Santé pour une révolution sans réforme*, Paris, Gallimard, le débat, 1999.

Desage F., Godard J. « Désenchantement idéologique et réenchantement mythique des politiques locales », *Revue française de science politique*, 55(4), 2005, pp. 633–661.

Deschamps J.-P., *De Paris (1946) à OTAWA (1986)*, « 40 ans de promotion de la santé », in les dossiers de la santé de l'homme, CFES, n° 25,1996, p. VI à X.

Deschamps, J.-P., « Quelle est la place de la promotion de la santé aujourd'hui ? », *Interactions santé* n°7, IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, Janvier 2017.

Destais Nathalie, *Le système de santé : organisation et régulation*, Paris, LGDJ, 2003.

Deveaud, B., Lemennicier-Bucquet, B. *L'OMS : bateau ivre de la santé publique*, Paris, ISBN 2-7384-5703-7, 1997.

Devictor, B. *Le service public territorial de santé-le service public hospitalier: développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé. Rapport de mars*, République française, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014.

Dewey J. *La quête de certitude: une étude de la relation entre connaissance et action*. (P. Savidan, Trad.), Paris, Gallimard, 2014.

Dewey J., Zask J., et co « Le public et ses problèmes », *Hermès, La Revue*, 2001, n°3, p.77 à 91.

D'houtaud A., *Sociologie de la santé, langage et savoirs environnement et éthique*, Paris, L'Harmattan santé, sociétés et cultures, 1998.

Domin, J.-P., Buttard, A., Batifoulier, P. (Eds.) *Santé et politiques sociales: entre efficacité et justice : autour des travaux de Maryse Gadreau*, Paris, Eska, 2010.

Douillet A-C., Faure A., Halpern C., Leresche J-P. (Eds.), *L'action publique locale dans tous ses états : différenciation et standardisation*. Paris, l'Harmattan, 2012.

Douste-Blazy P., *Discours d'audition de la mission parlementaire d'information sur l'assurance maladie*, Cabinet du Ministre de la santé et de la protection sociale, le 4/05/2004.

Durnova Anna et Zittoun Philippe, « Les approches discursives des politiques publiques », *Revue Française de Science Politique*, 63(3), 2013, pp 569–577.

École nationale d'administration (Ed.). Promotion Michel Montaigne : *Séminaires II: « Le système de santé en France »*, Paris, Berger Levrault, 1988.

École nationale de la santé publique, Centre national de la fonction publique territoriale, Programme interdisciplinaire de recherche sur la ville, Société française de santé publique, Eds., *Actes du colloque Santé publique et territoires: 10 ans de décentralisation*, Rennes, Ecole nationale de la santé publique 25-26 janvier 1995, Paris, CNFPT.

Escudié J-N., « Les sénateurs perplexes devant la gouvernance des ARS », *Localtis.info*, publié le 26 mars 2013.

Esping-Andersen Gosta, (F.-X. P. Merrien, Trad.), *Les trois mondes de l'État-providence: essai sur le capitalisme moderne*, Paris, Presses universitaires de France, 1999.

Etievent M., « Ambroise Croizat, ministre des travailleurs », document diffusé par le Parti communiste français à l'occasion du 110^{ème} anniversaire de la naissance de « celui qui bâtit la Sécurité Sociale ».

Euzéby A. « Financement de la protection sociale, efficacité économique et justice sociale-Des interrogations communes aux États membres de l'Union européenne », *revue marché commun et de l'union européenne*, 1997, pp.253-260.

Euzéby A., « Protection sociale et justice sociale : quelques points de repères », *Droit social*, 2002, n° 9-10, p.282.

Evans Robert G. Barer Morris L. Marmor Théodor R., *Etre ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la santé*, Paris, les presses de l'université de Montréal, 1996.

Fantino, B., Ropert, G., Coulomb, A., Evin, C., Pujol, H. *Guérir le système de santé de ses maux: avec 40 propositions pour une réforme*, Lyon, Aléas, 2004.

Fassin D., *Faire de la santé publique*, Rennes, Éditions de l'École des hautes études en santé publique, 2008.

Fassin D. *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*, Paris, Presses universitaires de France, 1996.

Faure A., Négrier E. (Eds), *Les politiques publiques à l'épreuve de l'action locale: critiques de la territorialisation*, Association française de science politique, Groupe Local et politique, Association française de science politique, Politiques publiques, Paris, L'Harmattan, 2007.

Faure A., Pollet G., Warin, P. (Eds.) *La construction du sens dans les politiques publiques: débats autour de la notion de référentiel*, Paris, Éd. l'Harmattan, 1995.

Fillaut T., *Le système de santé français 1880-1995 [Aide mémoire]*, éditions ENSP, 1997.

Fischer F. « L'expertise politique et le tournant argumentatif », *Revue Française de Science Politique*, 63(3), 2013, pp.579-601.

Flajolet A. « Disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », Mission au profit du gouvernement, *La Gazette des communes, des départements et des régions*, coll. documents, cahier détaché n° 2, 20/1934, 19 Mai 2008.

Fleurbaey M., *Théories économiques de la justice*, Paris, Économica, 1996.

Fleuret, S. "Les associations dans le système sanitaire et social en France: les territoires de l'invisible." *économie et solidarités* 36, 2006, pp. 107-128.

Forsé M., Galland O., Guibet-Lafaye C., Parodi M. *L'égalité, une passion française?*, Armand Colin, 2013.

Foucault Michel, 1999, *L'Ordre du discours : leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*, Paris, Gallimard.

Foucault M., Lagrange J. *Dits et écrits, 1954-1988* (D. Defert, F. Ewald, Eds.), Paris, Gallimard, 1994.

Fraser N., *Scales of justice: Reimagining political space in a globalizing world*. Columbia University Press, 2009.

Fraser N., *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, Editions la Découverte, Paris, 2011.

Friedberg E. *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*, Paris, Éd. du Seuil, DL 1997.

Geertz C., *The interpretation of Cultures. Selected Essays*, New York, Basic Books, 1973, p.5, in : « Une approche interprétative de la gouvernance », New York, Basic Books, 1973.

Genieys W., Hassenteufel P. « Entre les politiques publiques et la politique: l'émergence d'une « élite du Welfare »? », *Revue Française Des Affaires Sociales*, (4), 2001, pp. 41-50.

Gibout C., Blanc M., Foucart J., « Transactions sociales et sciences de l'homme et de la société », *Pensée plurielle* 2009/1 (n°20), p.7-11.

Girard J.F. : *Quand la santé devient publique*, Paris, Hachette littératures, 1998.

Giroud E., *Après Canguilhem définir la santé et la maladie*, PUF, 2010.

Goldberg Marcel, Melchior Maria, Leclerc Annette, Lert France. "Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé." In: *Sciences sociales et santé*. Volume 20, n°4, 2002. Vingt ans. Numéro anniversaire. pp. 75-128.

Grawitz M. *Méthodes des sciences sociales*. Paris, Dalloz, 2000.

Grémy F. « Histoire et avenir de la santé publique », *Actualité et dossiers en santé publique*, 2005, n° 50.

Grimaldi A. *L'hôpital, malade de la rentabilité*, Fayard, 2009.

Grimaldi A., Tabuteau, D., Bourdillon, F. *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, Paris, O. Jacob, 2011.

Grimaldi, A. « Les hôpitaux en quête de rentabilité: à quel prix? » *Revue Du MAUSS*, (1), 25-33, 2013.

Gros F. et al. « Introduction », *Raisons politiques*, 2013/4 (n°52), pp.5-11.

Guibet Lafaye C., « Penser le droit à la santé », in *Penser la santé*, PUF, nov. 2009, pp 55-99.

Habermas, J., Ladmiral, J.-R. T. *La technique et la science comme "idéologie."* Paris, Gallimard, impr. 1973.

Hassenteufel Patrick, *Les médecins face à l'État, une comparaison européenne*, Presses de science po, 1997, 367p.

Hassenteufel P., « introduction au numéro spécial : Think Social, Act Local-La territorialisation comme réponse à la « crise de l'État-Providence » », in *Politiques et management public*, vol.16 n°3, 1998, Numéro spécial « Politiques sociales et territoires » sous la responsabilité de Patrick Hassenteufel, 1-11.

Hassenteufel P., Palier B., « Les trompe-l'œil de la « gouvernance » de l'assurance maladie », *Revue française d'administration publique*, n°113(1), 2005, pp 13-27.

HCSP, « Avis sur les orientations stratégiques du rapport sur la santé des Français, le paradoxe français », in *la santé en France en 2002*, Paris, La Documentation française, 2002.

HCSP, *Les politiques régionales de santé publique, Eléments de constat et préconisations dans le contexte de la loi hôpital-patients-santé-territoires*, oct. 2008.

HCSP (Thierry Lang, dir., Pierre Chauvin), « Inégalités sociales de santé, sortir de la fatalité », la documentation française, 2009.

HCSP *Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique*, Rapport, France, décembre 2009.

Honneth A. (Haber S., Trad.), *La réification: petit traité de théorie critique*. Paris, Gallimard, impr. 2007.

Honneth A., (Rusch P., Trad.), *La lutte pour la reconnaissance*, Les Ed. du Cerf, 2000.

IGAS, *Rapport annuel 2003 Pour une prévention durable*, Paris, Inspection générale des affaires sociales Bercelli, P., Lamour, P., Ricot, J., Schweyer, F.-X., 2003.

Inspection Générale des Finances du Ministère du Budget : *L'État et ses agences*, rapport n° 2011-M-044-01, mars 2012.

Jaume L., *Les déclarations des droits de l'homme: du débat 1789-1793 au préambule de 1946*, Paris, Flammarion, 1989.

Jobert B., « Une approche dialectique des politiques publiques », *Pôle Sud*, 21(2), 2004, pp 43-54.

Jorland G., *Une société à soigner: hygiène et salubrité publiques en France au XIXe siècle*, Paris, Gallimard, 2010.

Kuhn, T. S., *La structure des révolutions scientifiques*. (L. Meyer, Trad.), Paris, Flammarion, 1983.

Lajarge R. : « Pas de territorialisation sans action (et *vice versa* ?) », in Vanier M. dir., *Territoires, territorialité, territorialisation Controverses et perspectives*, op.cit.

Langlois, L. « Impératif catégorique, principe de généralisation et situation d'action », *Cités*, (19), 2007, pp.153–171.

Lascoumes Pierre, Le Galès Patrick, *Sociologie de l'action publique*, F. de Singly, Ed., Paris, Armand Colin, 2010.

Lascoumes P., « L'usager dans le système de santé : Réformateur social ou fiction utile », *Politiques et Management Public*, 2007, n°25(2), p.129 à 144.

Lefort C., *Essais sur le politique XIXe-XXe siècles*, Editions du Seuil, 1986.

Le Moigne J.-L. « Pourquoi je suis un constructiviste non repentant », *Revue Du MAUSS*, (1), 2001, pp.197–223.

Lequesne C., Bruno Jobert (dir.), « Le tournant néolibéral en Europe ». *Revue française de science politique*, 45(5), 1995, pp 879–881.

Lerique F., “Les contrats locaux de santé et la démocratie sanitaire”, in Castaing, C. (dir.) *La démocratie sanitaire: mythe ou réalité?*, op.cit., pp.95-104

Lévy E., Bungener M. : « Economie de la santé ou économie du système de santé ? », in, Lévy E. et al., *Economie du système de santé*, ed Dunod, 1975.

Lothon-demerliac C., Pommier J., Rey B., Schwaller F., Genovese I., Fontaine A., *Un guide pour les représentants des usagers du système de santé*, 2004, Paris, Ministère de la santé et de la protection sociale.

Mann J., Gruskin S., et Bertrand D. *Santé publique et droits de l'homme*. Espace éthique, 1997.

Martin J., « Le médecin et le politique Vie et Société vues sous des angles différents », *Revue médicale de l'assurance maladie*, 2002, n°33(2), p145 à 151.

Massardier G. *Expertise et aménagement du territoire : l'État savant*. Editions L'Harmattan, 1996.

Maudet G., « La « démocratie sanitaire»: penser et construire l'usager », *Lien Social et Politiques*, 2002, n° 48, pp. 95 à102.

Mauss H., *Evaluation du pilotage de la démocratie sanitaire au sein des ministères sociaux*, 2016, n°2015-179R, IGAS.

Ménissier T., *La liberté des contemporains Pourquoi il faut rénover la république*, Grenoble, PUG, 2011.

Mény Y., Thoënic J.-C. *Politiques publiques*, Paris, Presses universitaires de France, 1989.

Morin E., *Introduction à la pensée complexe*. Paris, Éd. du Seuil, 2005.

Morin R. « Agir sur les environnements ou sur les individus: comparaisons France-Québec en promotion de la santé. », *Santé publique*, 2007, vol. 19, no 5, p. 439-448.

Muller P., *Les politiques publiques*, Paris, 1990, « Que sais-je ? » n° 2534.

Muller P. : « La synthèse d'un politiste, six questions en suspens » in Faure A., Négrier E., dir. *Les politiques publiques à l'épreuve de l'action locale Critiques de la territorialisation*, L'harmattan, 2007.

Muller P., « Entre le local et l'Europe la crise du modèle français de politiques publiques », *Revue française de science politique*, vol.42, n°2, « Politiques publiques en France : L'Europe, le marché, l'Etat », Avril 1992, pp.275-297.

Muller P., Surel Y., *L'analyse des politiques publiques*, Clefs/Politique, Ed. Montchrestien, Paris, 1998.

Murard L., Zylberman P. « Mi-ignoré, mi-méprisé: le ministère de la santé publique, 1920-1945. » *Les Tribunes de La Santé*, 2003, (1), pp.19-33.

Offredi C. et Ravoux F. (ed.) : *La notion d'utilité sociale au défi de son identité dans l'évaluation des politiques publiques*, mai 2010, L'Harmattan.

OMS Europe, « Déterminants sociaux de la santé: les faits. », 2004.

Organisation Mondiale de la Santé, "Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé." *Première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa (Ontario)*. Vol. 21. 1986.

Organisation Mondiale de la Santé, "Rapport sur la santé dans le monde, 2000.", 2000

Orvain J., Angelé-Halgand N. Les manufactures de santé: l'art du compromis entre domesticité et industrie. *Sciences Sociales et Santé*, 29(1), 2011, pp 5-27.

Ozouf-Marignier M-V.: « Le territoire, la géographie et les sciences sociales : aperçus historiques et épistémologiques » in Vanier M. dir., *Territoires, territorialité, territorialisation Controverses et perspectives*, Presses universitaires de Rennes, 2009.

Palier B., *La réforme des systèmes de santé*, Paris, collection Que sais-je ? PUF, 2004.

Palier B., « La référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales », in *Politiques et management public*, vol.16, n°3, Numéro spécial « Politiques sociales et territoires » sous la responsabilité de Patrick Hassenteufel, 1998, pp 13-41.

Palier B., Bonoli G., « phénomènes de « path dependence » et réformes des systèmes de protection sociale », *Revue Française de Science Politique*, 1999, pp 399-420.

Papadopoulos Y. *Complexité sociale et politiques publiques*, Paris, Montchrestien, 1995.

Parrochia D. *La forme des crises : logique et épistémologie*. Seyssel, Champ Vallon, impr. 2008.

Périno L., *La Sagesse du Médecin*, Editions Jean-Claude Béhar, 2006.

Perret B. *l'évaluation des politiques publiques*, La découverte, Paris, 2001.

Perrin F. « la dimension citoyenne dans l'approche de l'utilité sociale d'une politique de santé », In : Offredi C. et Ravoux F. (ed.) : *La notion d'utilité sociale au défi de son identité dans l'évaluation des politiques publiques*, mai 2010, L'Harmattan.

Piaget, J. *Le structuralisme*, Paris, Presses universitaires de France, impr. 2007, cop.1968.

Picavet E., « Faut-il lutter contre l'économisme ? », *Cités* 2001/2 (n°6), p. 159-171.

Pierru F., *Hippocrate malade de ses réformes*, éditions du croquant, 2007, 319 p.

Point S., Voynnet Fourboul C., « Le codage à visée théorique », *Recherche et Applications en Marketing*, vol. 21, n°4/2006.

Pommier J. « Les évolutions de la promotion de la santé et de la prévention », 2^{ème} rencontre régionale des acteurs en éducation pour la santé Alsaces, 12 décembre 2006.

Pommier J., Ferron C., « la promotion de la santé, enfin ? L'évolution du champ de l'éducaiton pour la santé au cours des dix dernières années, *Santé publique*, 2013/ HS2 S2, pp111-118.

Rafenberg C., « Estimation des coûts pour le système de soin français de cinq maladies et. le système de soins français de cinq maladies respiratoires et des hospitalisations attribuables à la pollution de l'air », Eudes et document, 2015.

Rancière J., *La haine de la démocratie*, La fabrique éditions, 2005.

Rawls J. *La justice comme équité. Une reformulation de Théorie de la justice*, Ed. La découverte, Paris, 2008.

Renault M., « Dire ce à quoi nous tenons et en prendre soin. John Dewey, *La formation des valeurs*, Paris, La Découverte, coll. « Les empêcheurs de penser en rond », 2011, 238p. », *Revue Française de Socio-Economie*, 2012/1 (n°9), pp.247-253.

République française, « Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher », 17 avril 2008.

République française, Comité des « sages » (Cordier A., Chêne G., Duhamel G., de Haas P., Hirsch E., Parisot-Lavillonnière F., Perrotin D.), *Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 Recommandations du comité des « sages*, 21 juin 2013.

Ricard M-A., « Le défi du politique » in : Langlois, L. « Impératif catégorique, principe de généralisation et situation d'action », *Cités*, (19), 2007, pp.153-171.

Rojtman B. « Paul Ricœur et les signes », *Cités*, (1), 2008, pp.63-82.

Romeyer H., *La santé dans l'espace public*, Presses de l'EHESP, 2010.

Rosanvallon P., *L'État en France de 1789 à nos jours*, éditions du Seuil, 1990.

Sandier, S., Paris, V., Polton, D., Thomson, S., Mossialos, E., *Systèmes de santé en transition*, Bureau régional de l'Europe (Eds.), Copenhague, Observatoire européen des systèmes de soins de santé, Organisation mondiale de la santé, 2005.

Sandrin-Berthon, B. "Promotion de la santé: de la théorie à la pratique... ou à quoi servent les déclarations solennelles de l'OMS.", Université d'été francophone de santé publique, Besançon, 2016.

Saout C. « Santé, changer de logiciel, pour une refondation de notre pacte social de santé », in : Collectif Interassociatif Sur la Santé, *Livre blanc du CISS*, 2008.

Saout C., « La crise de confiance dans le système de santé », *Les Tribunes de La Santé*, 2009, n°1, p.119 à 132.

Savidan P., *Repenser l'égalité des chances*, Paris, Hachette littératures, 2010.

Schweyer F. X. « La régulation régionale du système hospitalier: pilotage par l'état ou territorialisation? ». *Politiques et management public*, 1998, 16(3), pp 43-68

S2D Centre collaborateur de l'OMS, *Santé et développement durable des plans d'action pour les villes santé de l'OMS*, <http://www.s2d>.

Sénat, Huriet C. Descours C. et autres, *Proposition de loi relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme*, séance ordinaire n°329, avril 1997.

Serre, M. et Pierru, F. « Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection Maladie », *Lien social et Politiques*, 2001, n° 45, pp. 105-128.

Simon H. A. *Les sciences de l'artificiel*. (J.-L. Le Moigne, Trad.), Paris, Gallimard, 2004.

Siwek, P., *Gouvernance de la santé, les acteurs institutionnels*, Brignais (Rhône), Le Coudrier, 2011.

SFSP, *La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, Santé publique, n°4 spécial loi de santé publique, déc. 2004, pp 581- 725.

SFSP, *Questionnement et propositions sur la politique de santé en France*, sous la direction du Professeur Grémy François, Vandoeuvre lès Nancy, SFSP, 2002.

Steffen M. « Les médecins et l'État en France », *Politiques et management public*, vol.5, n°3, 1987, pp19-39.

Surel Y, « Les politiques publiques comme paradigme », in: Faure, A., Pollet, G., Warin, P. (Eds.) *La construction du sens dans les politiques publiques: débats autour de la notion de référentiel*, op.cit.

Tabuteau Didier, *Dis, c'était quoi la sécu? lettre à la génération 2025*, l'aube, 2009.

Tabuteau D. « Crises et réformes » *Les Tribunes de la santé*, 22,(1), 2009, pp.19-40 .

Tabuteau D. « La santé en quête de politique », *Les Tribunes de La Santé*, (1), 2007, pp. 29-44.

Tabuteau D., *Démocratie sanitaire les nouveaux défis de la politique de santé*, 2013, Paris, Odile Jacob.

Thévenet A., *Les institutions sanitaires et sociales de la France* (Vol. 2319), Que-sais-je, cinquième édition, Presses Universitaires de France-PUF, 2002.

Timmermans S., Tavory I. « Theory construction in qualitative research: From grounded theory to abductive analysis » *Sociological Theory*, 30(3), 2012, pp.167-186.

Touraine M., « Présentation des orientations du projet de loi santé », Discours du jeudi 19 juin 2014, Ministère des Affaires sociales et de la santé.

Tronto J. C. *Le risque ou le care ?* (F. Brugère, Trad.), Paris, Presses Universitaires de France, impr. 2012.

Tronquoy P. (Ed.). *Les Cahiers français. La santé*, Paris, la Documentation française, 2005.

Vanier M. dir., *Territoires, territorialité, territorialisation Controverses et perspectives*, Rennes, PUR, coll. «Espace et territoires», 2009, 228 p.

Veyne P., *Les Grecs ont-ils cru à leurs mythes? Essai sur l'imagination constituante*, Le Seuil, 2013.

Weinstock D., « La santé en philosophie politique : de quel type de bien s'agit-il? », Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Québec, Janvier 2010.

Wilkinson, R. G., Grimaldi, A., *L'égalité c'est la santé*. (C. Hewlett, Trad.). Paris, Demopolis, 2010.

Wilkinson, R. G., Marmot, M. G., Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe (Eds.). *Les déterminants sociaux de la santé: les faits*. Copenhague, Danemark: Organisation mondiale de la santé, 2004.

Wilkinson, R., Pickett, K. *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, Petits matins, 2014.

World Health Organization. "La Déclaration d'Alma-Ata." *La Déclaration d'Alma-Ata*. 1978. 2-2.

Zittoun P., *La fabrique politique des politiques publiques: une approche pragmatique de l'action publique*. Paris, Sciences Po, Les Presses, 2013.

ANNEXES

Bibliographie des sources

CORPUS 2004

Source 2 : AFP, "La fragilisation financière des hôpitaux alarme les milieux professionnels", Le Monde.fr, 22.10.2004.

Source 3 : Assemblée nationale, « examen du projet de loi relatif à l'assurance maladie » - n° 1675 (Jean-michel Dubernard, rapporteur), commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie, compte rendu n° 3, 22 juin 2004.

Source 4 : Barroux R., « Le Conseil constitutionnel émet deux réserves sur la loi relative à l'assurance-maladie », Le monde, 13.08.2004

Source 5 : Guélaud C., « Les syndicats médicaux négocient leur convention », Le monde, 25.11.2004.

Source 6 : AFP, « La Cour des comptes critique la gestion des caisses de Sécurité sociale et leur productivité insuffisante », Le monde 15.09.2004.

Source 7 : Mattei M., « PLFSS 2004 : discours de ministre de la Santé » 23 septembre 2003.

Source 8 : Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Réforme de l'assurance maladie : l'Ordre des médecins plus que jamais garant de la déontologie et de l'indépendance professionnelle des médecins », communiqué de presse, 17/08/2004.

Source 9 : Douste Blazy P., « Le ministre de la santé et de la protection sociale a présenté un projet de loi relatif à l'assurance maladie », communiqué de presse, Conseil des ministres du 16 juin 2004.

Source 10 : Assemblée Nationale, « audition, ouverte à la presse, de M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, et de M. Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance maladie », commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie, compte rendu n° 2, 17 juin 2004.

Source 11 : Assemblée Nationale, « Audition de M. Dominique Bussereau, secrétaire d'État au budget et à la réforme budgétaire, sur la note de la direction du budget et de la direction de la prévision et de l'analyse économique du ministère de l'économie et des finances concernant l'impact financier du projet de loi relatif à l'assurance maladie », commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie, compte rendu n° 8, 29 juin 2004.

Source 12 : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*, 23 Janvier 2004.

Source 13 : ESPT, « Premières rencontres des villes pour la santé publique », Paris, le 23 novembre 2005.

Source 14 : Cour des Comptes, Chapitre 2 « La politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme », *ibid*, pp415-452.

Source 15 : Cour des Comptes, Chapitre 3 « La prise en charge du cancer : suivi des recommandations de la Cour », *ibid*, pp453-473.

Source 16 : IGAS, « Mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003 », septembre 2003.

Source 17 : Cour des Comptes, « La sécurité sociale Synthèse », 7^{ème} rapport, comptes 2003.

Source 18 : Assemblée nationale, « Audition, ouverte à la presse, de M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, sur le projet de loi relatif à la politique de santé publique - n° 877 », Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, compte rendu n° 55, 10 septembre 2003

Source 19 : Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Le CNOM réclame la suppression de l'amendement de modification de la Loi Evin sur la publicité pour le vin », communiqué de presse, 21/10/2004.

Source 20 : Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Réforme de la médecine du travail : critiques de l'Ordre », communiqué de presse, 23/08/2004.

Source 21 : Assemblée Nationale, « projet de loi relatif à la politique de santé publique, présenté, au nom de M. Jean-Pierre Raffarin, premier ministre, par M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées », enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 mai 2003.

Source 22 : CISS, « Les usagers, finalement ? », communiqué de presse, 10 Juin 2004

Source 22 bis : CISS, « Une réforme de l'assurance maladie sans les usagers ! », communiqué de presse, 19 Mai 2004.

Source 22 ter : CISS, « Assurance maladie : Les usagers de la santé ... enfin reçus par le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale. », communiqué de presse, 21 avril 2004

Source 22 quat : CISS, « Loi de Santé Publique : les associations dénoncent l'absence de démocratie », communiqué de presse, 16 mai 2003

Source 23 : Cour des Comptes, « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie », Rapport public annuel 2013 – février 2013.

Source 24 : Haut Comité de la santé publique, « Avis du Haut Comité de la santé publique sur le rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs de santé publique », 10 mars 2003.

Source 25 : Couanau, R., « rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur l'organisation interne de l'hôpital », Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 mars 2003.

Source 26 : Chambaud L., « Les propositions de la SFSP : la santé publique en France », Santé Publique 2004/4 (Vol. 16), p. 617-630.

Source 27 : IGAS, *Rapport annuel 2003 Santé, pour une politique de prévention durable*, Paris, 2003.

CORPUS 2014

Source 2 : Ministère des affaires sociales, de la santé, des droits des femmes, « Intervention de Marisol Touraine Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Conférence de presse de lancement des 70 ans de la sécurité sociale », 5 mai 2015.

Source 3 : ESPT, « Quelle place pour les collectivités territoriales dans la Loi de Communiqué de presse Nancy, le 24 juin 2014 modernisation de notre système de Santé ? », Note sur la version du 14 avril 2015.

Source 4 : Escudié J-N, « Conseils territoriaux de santé : les petites villes s'inquiètent de la sous-représentation des collectivités », Localtis.info Santé / Social, 12 septembre 2016.

Source 5 : Fédération hospitalière de France (FHF), Association des généralistes intervenant en hôpital local (AGHL), l'Association Nationale des Centres Hospitaliers Locaux (ANCHL), « Centres hospitaliers locaux : une chance pour la Stratégie nationale de Santé' », Communiqués de presse, 2014.

Source 6 : Fédération Addiction, « Addictions et loi de santé 2004 : inscription de la réduction des risques, 2014 : inscription de la prévention ? », Communiqué de Presse, Paris, le 1er juillet 2014.

Source 7 : MG France, « Politique de santé D'une loi à l'autre ou comment s'obstiner dans l'erreur », communiqué de presse, mardi 9 février 2016.

Source 8 : SFSP, « Orientations de la loi de santé : Aller plus loin pour « répondre aux défis structurels du système de santé » Communiqué de presse Nancy, le 24 juin 2014.

Source 9 : AIDES, Plateforme nationale de ressources des Ateliers Santé Ville, ESPT, Union Internationale de Promotion et d'Education pour la Santé, SFSP, Réseau des universités pour l'éducation à la santé, RFSVSOMS, Institut Renaudot, FNES, « Sept mesures pour favoriser le développement de la promotion de la santé dans les milieux de vie », lettre à Madame Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, Paris, le 24 janvier 2014.

Source 10 : La Rédaction, « Loi de santé : une version intermédiaire passée au crible », Le Quotidien du médecin, 25/07/2014.

Source 11 : AMF, « Les élus locaux demandent à être associés à la mise en place des groupements hospitaliers de territoire », 2016.

Source 12 : Escudié J-N, « Projet de loi relatif à la santé : quel impact pour les collectivités ? », Localtis.info Santé, Publié le mercredi 15 octobre 2014.

Source 13 : Fédération Nationale d'Education et de Promotion de la Santé, AIDES, Elus Santé Publique et Territoires, Plateforme Nationale de ressources des ateliers

santé ville, Société Française de Santé Publique, Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS, Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé, Institut Renaudot « 2015 La sante au-delà des soins : encore un effort ! », 24 Novembre 2015.

Source 14 : Conférence Nationale de la Santé, « La Conférence nationale de santé s'inquiète du report à une date ultérieure de l'examen du projet de loi de santé à l'assemblée nationale », communiqué de presse, Paris, le 15 décembre 2014

Source 15 : Conseil des ministres, « communication - la stratégie nationale de santé », Compte-rendu du mercredi 16 janvier 2013, Publié le 16 Janvier 2013.

Source 16 : Premier ministre service de presse, « Discours du Premier ministre Jean-Marc Ayraut sur la stratégie nationale de santé à l'occasion de son déplacement à Grenoble », Vendredi 8 février 2013.

Source 17 : IGAS, « Évaluation de la coordination d'appui aux soins », rapport, Décembre 2014.

Source 18 : Cour des comptes, « Allocution de Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes Présentation à la presse du rapport sur la sécurité sociale pour 2014 », 17 septembre 2014.

Source 19 : SFSP, « Lettre ouverte à Monsieur le Premier Ministre et à Madame la Ministre des affaires sociales et de la santé relative à la Stratégie nationale de santé et à l'actualisation de la Loi de santé publique », Laxou, le 25 février 2013.

Source 20 : Comité des « sages » (Cordier A. pdt), « Un projet global pour la stratégie nationale de santé 19 Recommandations du comité des « sages » », Juin 2013.

Source 21 : IGAS, « Stratégie nationale de Santé synthèse des débats régionaux », Ministère de la santé, Mai 2014.

Source 22 : SFSP, « Orientations de la loi de santé : Aller plus loin pour « répondre aux défis structurels du système de santé » », communiqué de presse, Nancy, le 24 juin 2014.

Source 23 : CISS, « 70 ans de la Sécurité sociale L'Assurance maladie n'est pas une vieille branche ... Parlons de son avenir ! », note de position commune, octobre 2015.

Source 24 : CISS, « Loi de santé : le CISS formule 31 propositions d'amendement », communiqué de presse, Paris, le 10 février 2015.

Source 25 : CISS, « De grève en grève... », communiqué de presse, Paris, le 12 novembre 2015.

Source 26 : CISS, « Loi Touraine : un juste renforcement de la démocratie en santé ! », communiqué de presse, Paris, le 21 décembre 2015.

Source 27 : Assemblée Nationale, « rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les arrêts de travail et les indemnités journalières, », enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 24 avril 2013.

Source 28 : Assemblée Nationale, « rapport d'information déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information (n° 764) du 28 février 2013 sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme », enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 4 juillet 2014.

Source 29 : Assemblée Nationale, « rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la gestion du régime de l'assurance maladie obligatoire par certaines mutuelles », enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 décembre 2015.

Source 30 : Assemblée Nationale, « rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins », enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 juin 2015.

Source 31 : Assemblée Nationale « Exposé des motifs LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé », 2016.

Source 32 : AMF, lettre du Président au 1er Ministre : « A l'heure où un nombre grandissant de territoires connaissent, ou connaîtront, un déficit en offre de soins.... », 9 mars 2016.

Source 33 : Devictor B., *Service Public Territorial de Santé – Service Public Hospitalier Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, Rapport à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, mars 2014.

Source 34 : Compagnon C., *Pour l'An II de la Démocratie sanitaire*, Rapport à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, 14 fév. 2014.

Source 35 : Couty E., Scotton C., *le pacte de confiance pour l'hôpital synthèse des travaux*, Ministère des affaires sociales, Mars 2013.

Source 36 : RFVSOMS, lettre de la présidente aux députés membres de la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale chargées du rapport sur le projet de loi de santé publique, Rennes, le 4 février 2015.

Figures Graphiques et Tableaux

Sommaire des Figures Graphiques et Tableaux figurant dans le texte

Tableau 1= liste des catégories d'auteurs (cas) des textes-sources indiquant le nombre de sources correspondant à chacun.....p.223

Graphique 1 = matrice cas-années : nombre de références encodées fonction des cas pour chaque année.....p.226

Figure 1-1 et suites = nuages de FM dans les nœuds.....pp.229-239

Graphique 2 = matrice nœuds- années : nombre de références encodées fonction des nœuds pour chaque année.....p.241

Tableau 2 = liste des nœuds indiquant le nombre de sources et de références correspondant pour chacun.....p.295

Tableau 2a Listes des textes du corpus 2004 indiquant le nombre de nœuds et de références pour chacun.....p.246

Tableau 2b Listes des textes du corpus 2014 indiquant le nombre de nœuds et de références pour chacun.....p.247

Figure 2a Nuage de fréquence de mots dans le corpus 2004.....p.249

Figure 2b Nuage de fréquence de mots dans le corpus 2014.....p.249

Figures 3-1 et suites = nuages de fréquence de mots pour chaque cas.....pp.250-252

Tableau M3 Matrice Nœuds-Cas.....pp.257-259

Figures Graphiques et Tableaux en annexe

Tableau M1 =matrice cas-années

	A : corpus 2004	B : corpus 2014
1 : acteurs de SP	2	6
2 : acteurs médicaux	4	2
3 : admist sanitaire centrale	2	6
4 : citoyens	1	5
5 : cour des comptes	7	1
6 : élus locaux et RFVSOMS	11	6
7 : hôpital	1	1
8 : ministreS	5	4
9 : parlementaires et CC	3	4

Tableaux N 1-1 et suite = nuages de FM dans les nœuds

Mot-Déficit de l'AM	Longueur	Nombre
santé	5	16
dans	4	14
pour	4	12
maladie	7	10
prévention	10	10
d'euros	7	7
notre	5	7
plus	4	7
sociale	7	7
dépenses	8	6
financement	11	6
moyens	6	6
sécurité	8	6
avec	4	5
l'assurance	11	5
part	4	5
système	7	5
très	4	5
cette	5	4
comme	5	4

Mot-dépenses	Longueur	Nombre
dépenses	8	49
plus	4	29
maladie	7	17
cette	5	15
santé	5	13
soins	5	13
dans	4	12
pour	4	12
sont	4	12
dépense	7	10
maîtrise	8	10
croissance	10	9
très	4	9
part	4	8
d'assurance	11	7
d'une	5	7
gestion	7	7
l'assurance	11	7
population	10	7
progression	11	7

Mot-inégalités	Longueur	Nombre
santé	5	80
inégalités	10	52
dans	4	46
pour	4	34
soins	5	26
sociales	8	25
plus	4	20
entre	5	18
sont	4	13
territoriales	13	11
tous	4	11
mais	4	10
matière	7	10
réduction	9	10
travail	7	10
accès	5	9
avec	4	9
cette	5	9
maladie	7	9
prévention	10	9

Mot-problème d'accès	Longueur	Nombre
soins	5	73
pour	4	31
santé	5	22
l'accès	7	21
sont	4	18
dans	4	17
l'accès	7	14
plus	4	12
d'accès	7	11
notamment	9	11
accès	5	10
d'une	5	8
droits	6	7
personnes	9	7
professionnels	14	7
territoires	11	7
tous	4	7
cette	5	6
c'est	5	6
difficultés	11	6

Mot-proximité	Longueur	Nombre
proximité	9	84
santé	5	42
dans	4	37
soins	5	35
pour	4	29
plus	4	18
avec	4	15
prévention	10	15
acteurs	7	13
être	4	13
niveau	6	12
territoires	11	12
services	8	11
territoire	10	11
d'une	5	10
équipes	7	10
charge	6	9
professionnels	14	9
publique	8	9
c'est	5	8

Mot-sécurité	Longueur	Nombre
risques	7	89
santé	5	85
pour	4	80
dans	4	72
risque	6	66
sécurité	8	52
travail	7	43
soins	5	30
cette	5	29
prévention	10	29
sanitaire	9	29
professionnels	14	27
plus	4	25
sont	4	23
leur	4	21
qualité	7	20
conditions	10	18
maladie	7	18
notamment	9	18
publique	8	18

Mot-territorialiser	Longueur	Nombre
santé	5	46
dans	4	20
niveau	6	13
territoire	10	13
pour	4	12
régional	8	11
soins	5	11
plus	4	10
région	6	10
régionales	10	10
être	4	10
doit	4	9
maladie	7	9
entre	5	8
l'ars	5	8
publique	8	8
œuvre	5	8
comme	5	7
gestion	7	7
leur	4	7

Mot-crise	Longueur	Nombre
crise	5	17
l'hôpital	9	8
plus	4	8
cette	5	6
crises	6	5
dans	4	5
pour	4	5
elle	4	4
public	6	4
comme	5	3
difficultés	11	3
dont	4	3
fait	4	3
hospitaliers	12	3
moins	5	3
récentes	8	3
santé	5	3
temps	5	3
être	4	3
accrue	6	2

Mot-décentralisation	Longueur	Nombre
santé	5	44
dans	4	20
collectivités	13	14
pour	4	14
sont	4	14
décentralisation	16	10
leur	4	10
compétences	11	9
territoriales	13	9
entre	5	8
notamment	9	8
publique	8	8
services	8	8
locaux	6	7
élus	4	7
être	4	7
communes	8	6
départements	12	6
locales	7	6
prévention	10	6

Mot-modèle	Longueur	Nombre
système	7	24
santé	5	15
notre	5	13
soins	5	11
français	8	8
maladie	7	6
c'est	5	5
dans	4	5
française	9	5
modèle	6	5
plus	4	4
qualité	7	4
soit	4	4
tous	4	4
bien	4	3
cette	5	3
charge	6	3
fonction	8	3
nous	4	3
pour	4	3

Mot-performance	Longueur	Nombre
santé	5	75
plus	4	71
pour	4	66
dans	4	59
soins	5	37
système	7	30
efficace	8	23
sont	4	23
l'efficacité	12	21
leur	4	19
maladie	7	19
qualité	7	19
être	4	19
aussi	5	18
performance	11	18
d'une	5	17
mais	4	17
prévention	10	17
publique	8	17
cette	5	16

Mot-politiques locales	Longueur	Nombre
santé	5	17
dans	4	13
local	5	13
locaux	6	11
locales	7	10
plus	4	9
collectivités	13	7
pour	4	7
avec	4	6
entre	5	5
niveau	6	5
politique	9	5
d'une	5	4
façon	5	4
hospitaliers	12	4
l'assurance	11	4
maladie	7	4
soins	5	4
sont	4	4
élus	4	4

Mot-prévention	Longueur	Nombre
prévention	10	219
santé	5	163
dans	4	67
pour	4	60
soins	5	40
plus	4	36
politique	9	30
travail	7	28
acteurs	7	25
promotion	9	23
maladie	7	22
comme	5	21
publique	8	21
médecine	8	20
actions	7	19
même	4	19
professionnels	14	19
sont	4	19
entre	5	18
matière	7	17

Mot-coordination	Longueur	Nombre
coordination	12	139
santé	5	112
soins	5	89
pour	4	81
entre	5	60
dans	4	53
professionnels	14	35
parcours	8	34
acteurs	7	30
avec	4	30
charge	6	28
plus	4	27
sont	4	25
cette	5	24
prévention	10	24
médecin	7	23
être	4	22
prise	5	21
services	8	21
système	7	21

Mot-démocratie sanitaire	Longueur	Nombre
démocratie	10	47
santé	5	41
sanitaire	9	31
dans	4	27
pour	4	22
usagers	7	18
associations	12	11
représentation	14	11
droits	6	10
d'une	5	10
plus	4	9
cette	5	8
leur	4	8
nationale	9	8
représentants	13	8
débat	5	7
d'un	4	7
instances	9	7
maladie	7	7
politique	9	7

Mot-droits	Longueur	Nombre
droits	6	83
droit	5	49
santé	5	44
dans	4	32
pour	4	26
usagers	7	25
plus	4	18
sociale	7	15
sont	4	15
sécurité	8	15
travail	7	15
être	4	14
personnes	9	13
d'un	4	12
d'une	5	12
soins	5	12
cette	5	11
leur	4	11
malades	7	11
système	7	11

Mot-État compétence	Longueur	Nombre
santé	5	48
l'état	6	21
dans	4	19
maladie	7	19
l'etat	6	17
publique	8	17
politique	9	16
pour	4	16
soins	5	16
l'etat	6	15
entre	5	13
doit	4	12
rôle	4	12
prévention	10	11
mais	4	10
responsabilité	14	10
sont	4	10
acteurs	7	8
pilotage	8	8
plus	4	8

Mot-gouvernance	Longueur	Nombre
gouvernance	11	61
santé	5	44
dans	4	37
pour	4	23
maladie	7	11
plus	4	11
sont	4	11
usagers	7	11
doit	4	9
entre	5	9
soins	5	9
élus	4	9
coordination	12	8
d'une	5	8
instances	9	8
leur	4	8
leurs	5	8
l'hôpital	9	8
public	6	8
service	7	8

Mot-qualité	Longueur	Nombre
qualité	7	139
soins	5	65
santé	5	50
pour	4	43
dans	4	39
plus	4	22
système	7	22
sécurité	8	19
charge	6	17
usagers	7	17
doit	4	16
d'une	5	16
être	4	16
établissements	14	15
service	7	14
gestion	7	13
leur	4	13
pratiques	9	13
sont	4	13
prise	5	12

Mot-santé globale	Longueur	Nombre
santé	5	61
dans	4	15
prévention	10	14
pour	4	13
déterminants	12	11
promotion	9	9
conditions	10	8
sanitaire	9	8
approche	8	7
globale	7	7
politique	9	7
soins	5	7
compte	6	6
prise	5	6
sociales	8	6
travail	7	6
bien	4	5
cadre	5	5
doit	4	5
l'ensemble	10	5

Mot-santé maladie	Longueur	Nombre
santé	5	15
soins	5	6
dans	4	5
maladies	8	4
sanitaire	9	4
avec	4	3
comme	5	3
entre	5	3
fois	4	3
maladie	7	3
missions	8	3
plus	4	3
public	6	3
publique	8	3
rien	4	3
service	7	3
système	7	3
activités	9	2
alors	5	2
aujourd'hui	11	2

Mot-santé publique	Longueur	Nombre
santé	5	219
publique	8	136
dans	4	45
pour	4	42
politique	9	23
système	7	22
plus	4	20
soins	5	18
leur	4	17
prévention	10	17
recherche	9	16
être	4	14
objectifs	9	12
politiques	10	12
faire	5	11
mais	4	10
maladie	7	10
médecins	8	10
sanitaire	9	10
ainsi	5	9

Mot-solidarité	Longueur	Nombre
solidarité	10	24
pour	4	11
maladie	7	10
notre	5	9
système	7	9
dans	4	8
plus	4	8
sont	4	8
bien	4	7
charge	6	7
santé	5	7
solidaire	9	7
sociale	7	6
être	4	6
entre	5	5
nationale	9	5
qualité	7	5
soins	5	5
choix	5	4
faire	5	4

Mot-Territoires	Longueur	Nombre
santé	5	86
territoire	10	73
dans	4	56
pour	4	47
territoires	11	38
soins	5	37
acteurs	7	31
professionnels	14	24
service	7	22
territorial	11	19
proximité	9	18
territoriale	12	18
parcours	8	17
entre	5	16
public	6	16
mise	4	15
chaque	6	14
place	5	14
d'un	4	13
niveau	6	13

Mot-juste	Longueur	Nombre
dans	4	11
juste	5	11
pour	4	10
justice	7	9
santé	5	9
sociale	7	8
sans	4	6
faire	5	5
notre	5	5
c'est	5	4
maladie	7	4
mesure	6	4
nous	4	4
plus	4	4
tous	4	4
chacun	6	3
d'un	4	3
efficace	8	3
injuste	7	3
soins	5	3

Tableau M2= matrice noeuds-années

nœud	corpus 2004	corpus 2014
absents des listes d'acteurs politique national	9	15
carence ou pb de droit commun	2	7
coordination des acteurs ET	42	144
crise	14	6
décentralisation et compétences des CT	14	23
déficit SS et mq der financement national	31	15
démocratie sanitaire	4	53
dépenses et déficit de l'AM	36	23
déserts médicaux	7	8
droitS et utilisation du droit	6	89
empowerment	1	6
équitable	9	16
État compétence	48	18
gouvernance	5	54
inégalités et égalités en santé	20	77
justice	12	12
mobilisation	8	12
modèle de système de santé	12	9
pb d'accès aux soins	5	52
pb de sécurité sanitaire et autres	48	137
performance	64	102
politique local	14	12
prévention	73	111
proximité	19	68
qualité des soins et en santé	41	93
santé globale	12	27
santé maladie	4	7
santé publique	66	56
solidarité	15	16
territoire et approches territoriales	6	113
territorialiser = déconcentration	22	22

tableau N2a Nuage de fréquence de mots dans le corpus 2004

Mot	Longueur	Nombre
santé	5	4863
pour	4	4365
dans	4	4357
plus	4	2387
sont	4	2112
soins	5	1932
prévention	10	1751
maladie	7	1406
publique	8	1313
cette	5	1276
avec	4	1198
entre	5	1139
d'une	5	1135
être	4	1084
médecins	8	1012
d'un	4	983
mais	4	973
système	7	968
leur	4	964
charge	6	912

tableau N2b Nuage de fréquence de mots dans le corpus 2014

Mot-corpus 2014	Longueur	Nombre
santé	5	5665
pour	4	5590
dans	4	5521
sont	4	2341
soins	5	2302
plus	4	2205
nous	4	2046
avec	4	1952
cette	5	1618
travail	7	1587
être	4	1479
leur	4	1466
entre	5	1422
d'un	4	1390
maladie	7	1373
professionnels	14	1369
usagers	7	1324
service	7	1246
mais	4	1245
d'une	5	1233

tableaux N3 -1 et suites = fréquence de mots pour chaque cas

Mot-acteurs de SP	Longueur	Nombre
santé	5	465
dans	4	193
pour	4	150
publique	8	106
prévention	10	85
plus	4	81
promotion	9	61
être	4	57
soins	5	49
nous	4	47
sont	4	47
politique	9	44
système	7	44
d'une	5	43
avec	4	41
sfsp	4	39
cette	5	37
leur	4	34
place	5	34
professionnels	14	33

Mot-acteurs médicaux	Longueur	Nombre
santé	5	4523
dans	4	3601
pour	4	3146
plus	4	1425
prévention	10	1403
sont	4	1338
soins	5	1083
usagers	7	1072
avec	4	1063
professionnels	14	1035
leur	4	926
être	4	926
d'une	5	875
entre	5	861
publique	8	858
d'un	4	856
cette	5	828
travail	7	763
personnes	9	701
mais	4	650

Mot-administration sanitaire	Longueur	Nombre
santé	5	4523
dans	4	3601
pour	4	3146
plus	4	1425
prévention	10	1403
sont	4	1338
soins	5	1083
usagers	7	1072
avec	4	1063
professionnels	14	1035
leur	4	926
être	4	926
d'une	5	875
entre	5	861
publique	8	858
d'un	4	856
cette	5	828
travail	7	763
personnes	9	701
mais	4	650

Mot-Cour des comptes	Longueur	Nombre
pour	4	1008
dans	4	927
soins	5	714
plus	4	580
santé	5	526
maladie	7	505
sont	4	470
cette	5	378
système	7	337
entre	5	332
charge	6	329
d'une	5	283
dépenses	8	282
l'assurance	11	282
avec	4	268
d'un	4	267
sécurité	8	250
mais	4	247
sociale	7	247
leur	4	244

Mot-citoyen	Longueur	Nombre
pour	4	133
santé	5	123
dans	4	73
maladie	7	71
plus	4	53
sociale	7	53
soins	5	42
2015	4	41
charge	6	39
sécurité	8	39
travail	7	39
l'article	9	38
sont	4	38
usagers	7	37
dispositif	10	36
pension	7	35
octobre	7	34
code	4	33
journalières	12	33
indemnités	10	31

Mot-élus locaux	Longueur	Nombre
santé	5	431
dans	4	177
pour	4	147
nous	4	138
ville	5	110
villes	6	85
sont	4	84
élus	4	84
publique	8	83
avec	4	80
plus	4	75
soins	5	51
locaux	6	50
mais	4	49
collectivités	13	48
également	9	45
place	5	41
politique	9	41
leur	4	39
très	4	39

Mot-hôpital	Longueur	Nombre
centres	7	12
hospitaliers	12	12
dans	4	10
locaux	6	10
pour	4	10
santé	5	9
année	5	5
cette	5	5
hôpitaux	8	5
leur	4	5
2004	4	4
avec	4	4
millions	8	4
place	5	4
professionnels	14	4
public	6	4
reports	7	4
selon	5	4
soit	4	4
établissements	14	4

Mot-ministres	Longueur	Nombre
santé	5	930
pour	4	538
dans	4	477
publique	8	264
maladie	7	214
soins	5	208
plus	4	187
cette	5	181
article	7	172
projet	6	167
sont	4	162
d'une	5	151
système	7	143
politique	9	139
d'un	4	135
avec	4	133
mais	4	128
professionnels	14	126
être	4	126
l'assurance	11	117

Mot-parlementaires	Longueur	Nombre
pour	4	1176
dans	4	1144
soins	5	632
santé	5	606
plus	4	569
sont	4	494
médecins	8	448
maladie	7	426
cette	5	388
travail	7	371
être	4	320
d'un	4	314
entre	5	292
permanence	10	287
d'une	5	284
avec	4	276
médecin	7	267
sociale	7	266
leur	4	260
pdsa	4	257

tableau 4-a **fréquence de mots clefs (droit, gouvernance, territoires) dans le corpus 2004**

	Nom-FM mots clefs-corpus 2004	FM Droits	FM territoires	FM gouvernance
2	ESPT, « Premières rencontres des villes pour la santé publique	21	55	2
3	Cour des Comptes, « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie »,	3	4	
4	AFP, "La fragilisation financière des hôpitaux alarme les milieux professionnels",			
5	Assemblée Nationale, « Audition de M. D. Bussereau, secrétaire d'Etat au budget et à la réforme budgétaire, sur la note de la direction du budget loi SS 2004			
6	Assemblée Nationale, « audition, ouverte à la presse, de M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale loi SS2004	13	6	10
7	Assemblée nationale, « Audition, de M. J-F. Mattei, ministre de la santé, de la famille et des PH, sur le projet de loi relatif à la politique de santé publiq	3	1	
8	Avis du Haut Comité de la santé publique sur le rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs de santé publique			
9	CISS 2004 communiqués mai 2003-avril2004-mai 2004-Juin 2004			4
10	Le CNOM réclame la suppression de l'amendement de modification de la Loi Evin sur la publicité pour le vin », CP			
11	Réforme de la médecine du travail : critiques de l'Ordre »,CP			
12	« Le ministre de la santé et de la protection sociale a présenté un projet de loi relatif à l'assurance maladie », CP, Conseil des ministres du 16 juin 2004.			
13	Réforme de l'assurance maladie : l'Ordre des médecins plus que jamais garant de la déontologie et de l'indépendance professionnelle des médecins », CP			
14	Mattei M., « PLFSS 2004 : discours de ministre de la Santé » 23 septembre 2003	1		1
15	Assemblée nationale, « Audition, ouverte à la presse, de M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des PH, sur le projet de loi relati	6		
16	AFP, « La Cour des comptes critique la gestion des caisses de Sécurité sociale et leur productivité insuffisante »,			1
17	« Les syndicats médicaux négocient leur convention », Le monde			
18	« Le Conseil constitutionnel émet deux réserves sur la loi relative à l'assurance-maladie », Le monde			
19	Cour des Comptes, Chapitre 2 « La politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme »,	5	2	
20	Cour des Comptes, Chapitre 3 « La prise en charge du cancer : suivi des recommandations de la Cour	1	1	
21	rap IGAS 2003 pour une prévention durable	61	34	
22	IGAS, « Mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003 »,		7	
23	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie,	134	63	19
24	Assemblée nationale, « examen du projet de loi relatif à l'assurance maladie » - (Jean-michel Dubernard, rapporteur),	8	2	6
25	rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur l'organisation interne de l'hôpital »,	13	10	2
26	Chambaud L., « Les propositions de la SFSP : la santé publique en France »,	8	4	
27	Cour des Comptes, « La sécurité sociale Synthèse », 7ème rapport, 2004	20	2	

Tableau 4 b= fréquence de mots clefs (droit, gouvernance, territoires) dans le corpus 2014

Nom-FM mots clefs corpus 2014	droits	gouvernanc	territoires
PDI Discours du Premier ministre Jean-Marc Ayrault sur la stratégie nationale de santé, Grenoble, 8 février 2013	1		1
PDI Marisol Touraine Ministre des affaires sociales, de la santé,	2		
PDI Loi de santé : le CISS formule 31 propositions d'amendement », CP, 10 février 2015			
PDI ESPT, « Quelle place pour les collectivités territoriales dans la Loi de modernisation de		3	26
PDI IGAS, « Évaluation de la coordination d'appui aux soins », rapport, Décembre 2014	1	6	133
PDI Cour des comptes, « Allocution de Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes Présentation à la presse du rapport sur la sécurité sociale pour 2014		1	
PDI CISS, « 70 ans de la Sécurité sociale L'Assurance maladie n'est pas une vieille branche ... Parlons de son avenir ! »,	12		
AMF, lettre du Président au 1er Ministre : « A l'heure où un nombre grandissant de		1	7
PDI La Conférence nationale de santé s'inquiète du report à une date ultérieure de l'examen du projet de loi de santé à l'assemblée nationale », CP, 15 décembre 2014		2	
PDI CISS, « De grève en grève... », CP, le 12 novembre 2015			
Conseil des ministres, « communication - la stratégie nationale de santé », Compte-rendu du mercredi 16 janvier 2013			1
PDI Conseils territoriaux de santé : les petites villes s'inquiètent de la sous-représentation des collectivités », Localtis.info Santé / Social, 12 septembre 2016		2	4
Fédération hospitalière de France (FHF), AGHL, ANCHL, « Centres hospitaliers locaux : une chance pour la Stratégie nationale de Santé' », CP, 2014			4
PDI Fédération Addiction, « Addictions et loi de santé 2004 : inscription de la réduction des risques, 2014 : inscription de la prévention ? », CP 1er juillet 2014		1	2
MG France, « Politique de santé D'une loi à l'autre ou comment s'obstiner dans l'erreur », CP,9 février 2016			
PDI CISS, « Loi Touraine : un juste renforcement de la démocratie en santé ! », CP, 21 décembre 2015	2	1	1
PDI SFSP, « Orientations de la loi de santé : Aller plus loin pour « répondre aux défis		1	
AN « Exposé des motifs LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé »,	34	11	35
PDI AIDES, Plateforme des Ateliers Santé Ville, ESPT, « Sept mesures pour favoriser le développement de la promotion de la santé », lettre à Marisol Touraine,24 janvier 2014		1	2
PDI SFSP, « Lettre ouverte à Monsieur le Premier Ministre et à Madame la Ministre de la santé relative à la SNS et à l'actualisation de la Loi SP », 25 février 2013			
PDI « Loi de santé : une version intermédiaire passée au crible », Le Quotidien du médecin, 25/07/2014	1		
AMF, « Les élus locaux demandent à être associés à la mise en place des groupements		1	5
PDI Couty E., Scotton C. , le pacte de confiance pour l'hôpital synthèse des travaux, Ministère des affaires sociales, Mars 2013	13	23	115
« Projet de loi relatif à la santé : quel impact pour les collectivités ? », Localtis.info Santé,15 octobre 2014			3
PDI Compagnon C., Pour l'An II de la Démocratie sanitaire, Rapport à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, 14 fév. 2014	50	32	59
Devictor B., Service Public Territorial de Santé - Service Public Hospitalier Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé ,	42	105	421
PDI Comité des « sages » (Cordier A. pdt), « Un projet global pour la stratégie nationale de santé 19 Recommandations du comité des « sages » », Juin 2013	10	13	101
RFVSOMS, lettre de la présidente aux députés- Commission des Affaires Sociales de l'AN chargées du rapport sur le projet de loi de SP, Rennes, le 4 février 2015			1
PDI rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales - mission d'évaluation - financement de la SS sur les arrêts de travail et les indemnités journal	57	2	24
PDI rapport d'information - comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques - 28 février 2013 - politiques publiques de lutte contre le tabagisme	3	4	1
PDI rapport d'information -mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la SS - gestion du régime de l'AM obligatoire - mutuelles	44	3	5
PDI rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins	10	11	94
PDI SFSP, « Orientations de la loi de santé : Aller plus loin pour « répondre aux défis structurels du système de santé », CP,24 juin 2014		1	
PDI IGAS, « Stratégie nationale de Santé synthèse des débats régionaux », Ministère de la santé, Mai 2014	1	7	90
PDI FNES, AIDS, ESPT and all « 2015 La sante au-delà des soins : encore un effort ! », 24 Novembre 2015.		1	1

Les réformes en santé en France en 2004 et 2014 : nouvelle grammaire du discours ou refondation de la politique de santé?

Faouzia Perrin, Thèse de science politique, Laboratoire PACTE

Directeur de thèse, Thierry Ménissier

Ewa Bogalska-Martin, Co-directeure

L'inscription perpétuelle sur l'agenda politique des problèmes récurrents liés à la « crise du système de santé » français depuis les années 1970-1990 justifie l'intérêt de la science politique.

Tandis que l'affirmation forte d'un État, seul responsable légitime de la politique de santé, était la marque de la réforme en 2004, les discours de la réforme de 2014-2016 sont emprunts d'une nouvelle grammaire conjuguant territorialisation et gouvernance.

La territorialisation comme réponse à la crise de l'État providence et la nouvelle gouvernance comme réponse à la crise de la gouverne de l'État sont des phénomènes décrits par les analystes des politiques publiques dans d'autres secteurs.

Cependant, la « crise du système de santé » se présente comme étant de nature économique, fonctionnelle et organisationnelle et non pas politique. La rhétorique de la réforme promeut des solutions en tant que réponses à des problèmes décrits à l'aune de ces motifs.

Nous nous proposons d'étudier non pas les problèmes justifiant la mise sur l'agenda, mais la fabrique de la réforme, l'étiquetage des problèmes, les solutions mises en mots dans les discours, les éléments de légitimation des solutions, la trame cognitive et les éléments normatifs constitutifs du discours de la réforme.

Nous montrerons qu'une approche pluridisciplinaire associant courant cognitif de l'analyse des politiques publiques empruntant à la théorie de Kuhn, démarche pragmatique en référence à John Dewey, et théorie politique, ainsi qu'épistémologie de la santé croisée avec la connaissance en santé publique, permet de renouveler l'analyse de cette politique publique finalement singulière.

La première étape de notre travail sera de procéder à une généalogie de l'ère de la réforme ayant débuté dans les années 1970, en intégrant deux oubliés, politique de santé publique et décentralisation en santé.

Puis, nous nous attacherons à une déconstruction des deux notions communes de la rhétorique de la réforme : « santé » et « système de santé ». Enfin, nous analyserons cette dernière à l'aide des outils théoriques empruntés à la sociologie.

Ayant ainsi repéré le cadre cognitif et normatif de la politique de santé en France et défini les thèmes-clefs qui la constituent, nous aborderons par une étude de contenu les discours des moments 2004 et 2014.

À l'issue de cette étude, nous approfondirons notre étude par l'analyse du fondements de la crise et des éléments les plus signifiants constitutifs des derniers discours étudiés : gouvernance et démocratie en santé.

Notre enquête met en évidence le motif central de la réforme : la fabrique d'une réforme perpétuelle comme processus de légitimation de l'État républicain. Au-delà de la réforme, se manifestent, un public en démocratie ainsi qu'un problème public, la question des principes de la politique de santé ainsi que de sa finalité.