UNIVERSITE PARIS XIII – SORBONNE PARIS NORD

École doctorale ERASME

L'organisation de la santé en France depuis 1967. Vers un gouvernement marchand ?

THÈSE DE DOCTORAT
présentée par

Victor DUCHESNE

Centre de recherche en Economie et en gestion de Paris Nord (CEPN - UMR 7234 CNRS)

pour l'obtention du grade de
DOCTEUR EN SCIENCES ECONOMIQUES

soutenue le **9 décembre 2021** devant le jury d'examen constitué de :

Directeur de Thèse

Philippe BATIFOULIER, Professeur des universités, Université Sorbonne Paris Nord, CEPN

Membres du Jury

Jean-Paul DOMIN, Professeur des universités, Université de Reims Champagne-Ardenne, REGARDS
Olivier FAVEREAU, Professeur émérite des universités, Université Paris Nanterre, Economix
Sophie HARNAY, Professeure des universités, Université Paris Nanterre, Economix (Rapportrice)
Florence JANY-CATRICE, Professeure des universités, Université de Lille, Clersé (Rapportrice)
Mehrdad VAHABI, Professeur des universités, Université Sorbonne Paris Nord, CEPN

UNIVERSITE PARIS XIII – SORBONNE PARIS NORD

École doctorale ERASME

L'organisation de la santé en France depuis 1967. Vers un gouvernement marchand ?

THÈSE DE DOCTORAT
présentée par

Victor DUCHESNE

Centre de recherche en Economie et en gestion de Paris Nord (CEPN - UMR 7234 CNRS)

pour l'obtention du grade de
DOCTEUR EN SCIENCES ECONOMIQUES

soutenue le **9 décembre 2021** devant le jury d'examen constitué de :

Directeur de Thèse

Philippe BATIFOULIER, Professeur des universités, Université Sorbonne Paris Nord, CEPN

Membres du Jury

Jean-Paul DOMIN, Professeur des universités, Université de Reims Champagne-Ardenne, REGARDS
Olivier FAVEREAU, Professeur émérite des universités, Université Paris Nanterre, Economix
Sophie HARNAY, Professeure des universités, Université Paris Nanterre, Economix (Rapportrice)
Florence JANY-CATRICE, Professeure des universités, Université de Lille, Clersé (Rapportrice)
Mehrdad VAHABI, Professeur des universités, Université Sorbonne Paris Nord, CEPN

L’Université Sorbonne Paris Nord n’entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions devront être considérées comme propres à leurs auteurs

Cette thèse a été préparée au :

Centre de recherche en Economie et gestion de Paris Nord

(CEPN – UMR 7234 CNRS)

Université Sorbonne Paris Nord – Campus de Villetaneuse

99, avenue Jean-Baptiste Clément

93430 Villetaneuse

France

Téléphone : 33 (0)1 49 40 32 55 / 33 (0)1 49 40 35 27

Mail : cepn-secretariat[at]univ-paris13.fr

Site : https://cepn.univ-paris13.fr/



« Ne parlez pas d'acquis sociaux, mais de conquis sociaux, parce que le patronat ne désarme jamais. »

Propos prêtés à Ambroise Croizat (1945-1947) Ministre communiste du Travail et « bâtisseur » de la Sécurité Sociale

« Qu'est-ce donc que la sécurité sociale ? Je crois qu'on peut la définir ainsi : la garantie donnée à chacun qu'il disposera en toutes circonstances d'un revenu suffisant pour assurer à lui-même et à sa famille une existence décente, ou à tout le moins un minimum vital.

La sécurité sociale répond ainsi à la préoccupation fondamentale de débarrasser les travailleurs de la hantise du lendemain, de cette hantise du lendemain qui crée chez eux un constant complexe d'infériorité, qui arrête leurs possibilités d'expansion et qui crée la distinction injustifiable des classes entre les possédants, qui sont sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir, et les non possédants, constamment sous la menace de la misère.

Si donc cette garantie, pour être vraiment complète, doit viser toutes les familles, il n'en est pas moins vrai que la sécurité sociale est avant tout la sécurité des travailleurs, la sécurité des familles qui tirent leurs revenus du travail d'un ou de plusieurs de leurs membres ».

Extrait du discours prononcé par Pierre Laroque le 23 mars 1945 à l'École nationale d'organisation économique et sociale à l'occasion de l'inauguration de la section assurances sociales

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier mon directeur de thèse Philippe Batifoulier qui m'accompagne depuis maintenant six ans en thèse et même neuf ans avec la Licence et le Master Institution Economie et Société à Nanterre. Cette thèse n'a été possible que grâce à son engagement sans failles à mes côtés. Malgré mes états d'âme, mes difficultés d'écriture, ma capacité à faire autre chose que ma thèse et une différence de style indéniable entre nous, Philippe Batifoulier a toujours répondu présent et a réussi à me faire progresser. Derrière un sens de la formule bien à lui, aussi bien en recherche que sur le plan humain, Philippe Batifoulier fait preuve d'une exigence et d'une sagacité intellectuelles rares qui ont inspiré et guidé tout mon travail de recherche. Sa modestie et son sens du collectif, contre vents et marées, en font un collègue précieux notamment pour nous doctorants. Pour reprendre une de ses formules, Philippe Batifoulier est indéniablement un « exemple exemplaire » de ce que je pense être un bon enseignant-chercheur. Merci beaucoup, Philippe, pour toutes ces années et pour tout ce que tu m'as apporté intellectuellement et humainement.

Je tiens également à remercier les membres de mon jury d'avoir accepté d'évaluer cette thèse. C'est pour moi un grand plaisir et honneur de les compter parmi ce jury et de soumettre mon travail à leur expertise. Jean-Paul Domin que j'ai eu comme enseignant et que j'ai eu l'occasion de côtoyer à de nombreuses reprises au cours de cette thèse a été par sa présence une personne importante dans la réalisation de cette thèse. Je remercie Olivier Favereau et Sophie Harnay d'avoir accepté d'être membres de ce jury. Leurs travaux en Economie des conventions et Economie des institutions et leur qualité en tant qu'enseignants au sein du Master IES m'ont beaucoup apporté. Je remercie particulièrement Sophie Harnay d'avoir accepté la lourde tâche de rapporter cette thèse. Je remercie également Florence Jany-Catrice qui par ses travaux ou par son engagement pour l'économie politique en France constitue une source d'inspiration indéniable pour beaucoup d'entre nous. Je la remercie également d'avoir accepté la lourde tâche de rapporter cette thèse. Enfin, je remercie Mehrdad Vahabi d'avoir accepté de participer à ce Jury. Ses réflexions, notamment dans le cadre du Séminaire "Etat prédateur Conflits et Résistance" que j'ai eu le plaisir de co-organiser avec lui, ont indéniablement contribuées à faire évoluer ma conception de l'Etat trop « Troisième République » pour reprendre ses mots.

Si la thèse est un exercice personnel, elle ne peut aboutir sans un collectif de travail fort. J'ai eu la chance au cours de ces six dernières années d'en avoir un au CEPN et à l'Université Paris 13.

Lorsque je suis arrivé au CEPN en novembre 2015, j'ai été accueilli par Pierre Depardieu, Luc Marco et Joel Oudinet. Nos nombreuses discussions m'ont beaucoup apporté et ont été déterminantes pour mon intégration au sein du laboratoire. J'en ai sûrement gardé quelques bons travers. Si Luc et Pierre sont partis vers d'autres horizons, je leur témoigne toute mon affection, à Joel également, mais toi tu n'es pas parti. J'en profite pour remercier également Samah Sioud et Mino Ramarokoto qui ont beaucoup compté pour le CEPN.

Le CEPN a été un lieu de nombreuses discussions. Je remercie donc l'ensemble des collègues qui ont donné vie à ces couloirs austères du CEPN : Joel, Isabelle, Philippe B., Francisco, Philippe A., Samira, Fabien, Ariane, Nicolas, Mehrdad, Pascal, Nathalie R., Tristan, Liliana, Mamadou,

Cédric, Jean-Michel, Oleg, Jonathan, Julien, Angel, Samuel. J'ai pris beaucoup de plaisir à travers nos discussions aussi bien sur l'Université, la vie ou la recherche.

Je dois remercier aussi l'ensemble de mes collègues doctorants, docteurs : Antoine, Alexandre, Alexis, Ana Sofia, Benjamin, Cristiano, Emma, Evan, Hamed, Hector, Jaafar, Laura Al., Laura Au., Léo, Louison, Ludwig, Manuela, Maria, Matthieu, Nutsa, Nader, Nicolas H, Nicolas P., Paul, Rudy, Serge, Salam, Simona, Sterenn, Yasemin, Yahya. J'en oublie sûrement. Vous avoir comme collègues au cours de ces six années a été très important personnellement ; pour certains et certaines plus que vous ne le pensez et plus que je n'ai pu vous le dire. Soyez assuré de mon amitié.

Je remercie l'ensemble des collègues enseignants-chercheurs et administratifs qui dans les différentes instances de la démocratie universitaire m'ont accueilli avec bienveillance. Je pense notamment à Philippe A., Azzedine, Juliette, Haïfa, Yann-Arzel. Je remercie également mes différents camarades élus : Victor A. pour m'avoir embarqué là-dedans, Leonor, Edern, Manel, Sihem, Nader, Séverinne, Manon, Manuella, Maimouna, Emma. Toutes nos conversations m'ont beaucoup apporté professionnellement et humainement.

Prendre des décisions ne se fait pas sans ceux qui les mettent en œuvre. Je dois donc remercier très sincèrement l'ensemble des collègues administratifs de l'Université qui ont soit permis de faire cette thèse dans de bonnes conditions soit m'ont beaucoup appris sur le fonctionnement de l'Université. Je remercie particulièrement ceux avec qui j'ai eu le plaisir de travailler à ma modeste échelle : Lobna, Viviane, Alexandra, Adjhia, Cyril.

La thèse, si on a tendance à l'oublier avec un laboratoire aussi actif que le CEPN, se réalise dans le cadre d'une Ecole Doctorale. Je tiens donc à remercier chaleureusement Vivianne Birard, gestionnaire de l'ED Erasme, dont le dévouement à l'égard des doctorants et la gentillesse sont sans pareil. En tant qu'élu avoir travaillé avec vous a été un plaisir et très enrichissant professionnellement.

Je remercie les différents collègues enseignants et administratifs des composantes d'enseignement dans lesquelles j'ai exercé, notamment : Marc, Philippe, Françoise et Davina au département Carrières sociales à l'IUT de Bobigny, Nader, Paul, Léo, Jonathan, Liliana, Inès et Sofiane à l'UFR SEG.

Dans un contexte où l'Université est mise à mal par de nombreuses réformes et les dérives de la démocratie universitaire ou scientifique, je dois beaucoup au collectif de mobilisations au sein de l'Université et en dehors. Je remercie donc notamment Ariane, Nadège, Noel, Stéphane, Victor L. Béranger et Thierry pour le partage de ces luttes à P13. Je remercie les copains de Peps-économie pour leur amitié et les multiples réflexions autour du pluralisme : Louison, Maxime, Serge, Laurenne, Pierre-Antoine, Anne-Laure, Erwan, Evan, Matthieu, Nicolas, Maria, Julien H. Je tiens aussi à remercier la Coordination nationale des comités de défenses des hôpitaux et maternités et les militants des comités locaux de m'avoir permis de confronter mes travaux à la « vraie vie » et convaincu de l'utilité sociale de l'économie politique de la santé.

Cette thèse a été l'occasion de participer à différents collectifs de recherche. Je remercie donc l'ensemble des collègues qui m'ont accompagné d'une manière ou d'une autre aux journées de l'AES. Je tiens notamment à remercier Maryse Gadreau pour sa gentillesse et son soutien. Je remercie également les collègues de l'ANR Marisa pour m'avoir initié au thème des complémentaires santé. J'adresse une mention spéciale et amicale au « Professeur » Anne Sophie Ginon. Les travaux et les réflexions esquissées ou en cours avec mon co-auteur et ami Maxime

Thorigny m'ont beaucoup apporté. Alors que ce n'était pas bien parti entre nous, nous sommes devenus ami et j'en suis très heureux. J'en profite pour saluer chaleureusement les collègues rémois et rémoises, notamment un, désormais voisin lozérien, dont je n'oublie pas l'accompagnement dès le début de cette thèse.

Je me dois de remercier plus particulièrement Ariane Bluteau, Corinne Gauthier et Jean Pierre Kokossou pour leur soutien et leur engagement pour le laboratoire, mais surtout de m'avoir considéré comme un collègue certes doctorant, mais à bien des égards comme un collègue administratif. Leur collaboration, leur confiance en moi et leur présence ont été des éléments importants pour tenir au cours de ces six années de la thèse. J'ai eu beaucoup de plaisir à travailler avec vous et cela a été particulièrement enrichissant. Votre amitié me touche beaucoup.

Je remercie ceux qui ont relu en urgence cette thèse : Laura Alles, Léa Duchesne, Nicolas Pinsard, Sterenn Lebayle, Alexis Jeamet, Ariane Ghirardello, Nicolas Da Silva et Philippe Batifoulier. Je reste bien évidemment responsable des trop nombreuses coquilles qui restent à coup sûr dans la thèse.

Je tiens à remercier également deux personnes compte tenu du rôle primordial qu'ils ont joué dans la réalisation même de cette thèse, surtout son aboutissement. Je remercie donc très chaleureusement Nicolas Da Silva pour son indéfectible soutien pour mon travail de recherche. Son exigence intellectuelle et son intégrité morale en font un collègue inestimable. Au-delà, sa bienveillance et son humour (caustique) en font une belle personne. J'en profite pour remercier Anne, Alice et Jules pour leur patience, je vous le rends. Je dois également remercier Ariane Ghirardello pour son énergie et sa combativité sur tous les plans et tous les fronts. Au-delà, d'avoir été humainement très présente, je la remercie pour m'avoir accompagné dans mon tournant conventionnaliste et pour avoir débloqué aux forceps, jusqu'au dernier moment, l'écriture de la thèse du « sale gosse » que je suis. À bien des égards vous avez su développer une vraie langue étrangère en me comprenant mieux que je ne me comprends moi-même. Jusqu'au bout, votre affection et votre dévouement m'ont permis de terminer cette thèse et comptent beaucoup à mes yeux. Avec toute mon amitié, soyez-en donc grandement remercié.

Chose promise chose due, cela me donne également l'occasion de remercier Théa pour m'avoir supporté malgré elle au cours notamment de la phase de rédaction. Promis, tu devrais entendre moins parler de moi.

Je remercie également mes amis qui m'accompagnent dans cette aventure et notamment ceux de l'Institution qui, pour la plupart depuis notre master à Nanterre, répondez présents : Hugo, Alexis, Nicolas, Laurent, Sébastian, Théo, Yara, Camille, Emma, Laura. Les copains je vous dois beaucoup. Je remercie particulièrement Nicolas et Alexis pour avoir été les collègues de bureau les plus patients alors que je sabotais le calme de travail. Votre amitié m'est essentielle et elle n'est qu'à son début.

On dit que l'on ne choisit pas son sujet de thèse par hasard. La thèse est un exercice personnel et professionnel, mais dans lequel on met une partie de soi. Je remercie donc toute ma famille de sang et de cœur qui a rendu possible la réalisation de cette thèse. Elle leur revient en partie. Je remercie tout particulièrement mon père qui a dû me refiler un drôle de cocktail de virus : de la Mutualité, à l'Université ou la Sécurité sociale en passant par l'envie de m'occuper de tout ce qui traine. Je remercie ma mère qui y a remis de l'ordre et à qui je dois un optimisme sans faille. Je remercie ma tante pour m'avoir tant gâté. Je dois aussi remercier ma jumelle Léa, pardon Docteur

Léa, qui me supporte et me soutient littéralement depuis le début. J'ai une pensée pour mes grands-mères à qui je dois beaucoup. J'aurais aimé que vous soyez-là. Grand-mère, nous sommes désormais trois à l'avoir fait.

Enfin, merci à toi, Laura, avec qui malgré mes lubies, je me sens enfin épanoui et qui m'a rappelé que l'essentiel de la vie était ailleurs. Tu me rends meilleur chaque jour qui passe.

A mes grands-mères,

A Laura,

Sommaire

Remerciements **11**

Sommaire **19**

Introduction générale **21**

Première partie – Apprivoiser la Sécurité sociale. La réforme de 1967 ou les prémices de l'étatisation **44**

Introduction de première partie **46**

Chapitre 1 – L'enjeu du débat de 1967 : du déficit de la Sécurité sociale à sa redéfinition **50**

Chapitre 2 – Les conventions de Sécurité sociale : un cadre analytique **108**

Deuxième partie. Administrer la santé. Une Etatisation par agencification **162**

Introduction de la deuxième partie **164**

Chapitre 3 - L'agencification dans le secteur sanitaire et social français – Vers un Nouvel esprit de la bureaucratie **168**

Chapitre 4 – L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé **208**

Troisième partie – Financer la couverture santé. Quelles frontières entre l'Etat et le marché ? **264**

Introduction de la troisième partie **266**

Chapitre 5 - L'intervention de l'Etat dans la couverture santé : une exportation des valeurs de solidarité ? **270**

Chapitre 6 - L'Etatisation de la couverture santé et le nouvel esprit de l'assurance santé **304**

Conclusion générale **348**

Bibliographie **358**

Annexes **386**

Liste des Tableaux **395**

Liste des Schémas **396**

Liste des Graphiques **397**

Listes des Encadrés **397**

Liste des Sigles **398**

Table des Matières **405**

Introduction générale

Le 4 octobre 2021, à l'occasion du 76e anniversaire de la Sécurité sociale, et suite à la crise de la Covid-19, Oliver Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, a annoncé qu'il avait demandé au Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) « de creuser les enjeux opérationnels et financiers de différents scénarii d'articulation entre l'Assurance Maladie Obligatoire et [l'Assurance Maladie] complémentaire, dont celui de la grande Sécurité sociale ». Le projet de Grande Sécurité sociale, dont les travaux préliminaires avaient fuité dans la presse fin septembre, prévoit en l'état actuel des travaux du HCAAM d'étendre le champ d'intervention de la Sécurité sociale à celui des complémentaires santé. Autrement dit, il pourrait être question de faire disparaitre les complémentaires santé du financement de la couverture santé.

La demande du ministre d'envisager la faisabilité d'une « Grande Sécu » vise à répondre aux critiques récurrentes d'inefficacité et d'inégalité qui pèsent sur le modèle français de prise en charge de la couverture santé (Batifoulier et al., 2018 ; Dormont et al., 2014 ; Jusot et al., 2017). Celui-ci est hybride, partagé entre d'un côté une assurance maladie obligatoire, la Sécurité sociale, en charge des gros risques et du financement de base des soins courants et, d'un autre côté, une assurance maladie complémentaire prenant en charge le ticket modérateur et intervenant plus fortement sur l'optique, le dentaire et d'autres domaines spécifiques. Or, comme l'ont souligné encore cette année un rapport de la Cour des comptes (Cour des comptes, 2021a) et un document de travail de l'HCAAM (2021), l'hybridation se caractérise par un double guichet, des frais de gestions importants, des renoncements aux droits et des inégalités d'accès aux soins et à la couverture santé.

Cet épisode (qui ne fait état que d'une menace) interroge. Il va a priori à l'inverse d'une analyse du secteur de la santé en termes de privatisation. Au contraire, il met en avant le pouvoir de l'Etat de contester le marché des assurances santé privées. On comprend pourquoi toutes les familles d'assureurs sont vent debout contre ce projet de réforme qui priverait de l'essentiel de ce qui fait leur raison d'être. La forme que prend la protestation est source d'enseignement parce qu'elle dénonce l'étatisation qui est fortement combattue. Etendre la Sécurité sociale est assimilé à la « soviétisation », au « Gosplan », au retour des « stalino-technocrates[1] » et est rejeté au nom du déficit de la Sécurité sociale qui serait une preuve définitive de l'incompétence de l'Etat.

L'épisode de la « Grande Sécu » s'inscrirait dans le débat sur l'Etat providence opposant la conception d'un Etat bienveillant (qui prend en compte les surcoûts et les inégalités générés par les complémentaires santé) à la conception négative et péjorative portée par les libéraux (Merrien et al., 2005).

Pourtant la dénonciation de l'Etatisation par l'extension de la Sécurité sociale méconnait l'histoire sociale française où la Sécurité sociale s'est construite contre l'Etat. Etendre la Sécurité sociale ne peut donc pas être assimilé à une étatisation. Elle pose cependant clairement la question de la relation ambiguë entre Etat et Sécurité sociale. Si en France la Sécurité sociale est distincte de l'Etat, elle est considérée aujourd'hui comme une agence de l'Etat, missionnée pour appliquer les décisions du Ministre.

[1] Tous ces termes sont cités dans un article de Marie Cécile Renault dans le Figaro du 11 octobre 2021.

Un autre épisode récent montre que l'Etat fait agir la Sécurité sociale. Le financement hospitalier offre un cas de brouillage des frontières entre Etat et Sécurité sociale. A la suite des contestations des personnels soignants pendant la crise sanitaire, le ministre Olivier Véran met en œuvre depuis plus d'un an maintenant un plan de réinvestissement dans le système de santé et de revalorisation des carrières des personnels soignants. Le ministère a annoncé 15.5 milliards d'investissements sur dix ans[2] auxquels s'ajouteront au moins 10 milliards par an de mesures liées au Ségur de la Santé[3], principalement des dispositions salariales. Les investissements supplémentaires seront financés par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), une agence rattachée à la Sécurité sociale, et les dépenses récurrentes du Ségur de la Santé seront financées par une augmentation du budget de la Sécurité sociale consacré à la santé. L'Objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM) a ainsi bondi entre 2020 à 2021, de 2,3 % initialement prévu à 6,7 % (et 7,4 % en tenant compte des surcoûts liés à la crise du Covid-19)[4].

Tant en termes de financement que d'organisation de la santé, l'Etat fait preuve d'une effervescence réformatrice indéniable avec ces deux plans. L'Etat est l'acteur majeur de la politique de santé en France. En plus de donner l'impulsion aux investissements de long terme, il délimite ce qui relève du public ou du privé. Alors qu'elle est formellement distincte de l'Etat, l'institution Sécurité sociale n'existe plus que comme exécutante. La Sécurité sociale est une agence aux mains de l'Etat. L'Etat réforme et il le fait avec sa propre logique. Ni le Ségur de la santé ni le projet de Grande Sécu ne remettent en cause la philosophie qui préside à l'évolution du système sanitaire et de protection sociale depuis les années 1990 : faire plus avec moins. Les outils par lesquels se met en œuvre la réforme restent inchangés alors même que ces outils sont à l'origine des défaillances que ces réformes cherchent à corriger. Il ne faut donc pas voir dans ces plans une remise en cause du néolibéralisme ou un hypothétique retour à l'interventionnisme des mythiques « trente glorieuses ».

Dans le cas de la Grande Sécu, comme l'ont souligné les représentants des complémentaires santé, il est nécessaire de rappeler que c'est à l'initiative de l'Etat que la couverture complémentaire existe et qu'elle s'est développée[5]. L'Etat a choisi de favoriser les complémentaires à partir des années 1980

[2] Source PLFSS 2022 annexe n°7

[3] Le Ségur de la santé prévoit :

- 7,6 milliards d'euros pour les personnels paramédicaux dans les établissements de santé et dans les EHPAD publics et privés : soit 183 €/net mois pour tous les personnels non-médicaux, complétés par 35 €/net par mois en moyenne pour le personnel en contact avec les patients, une prime d'engagement collectif qui peut concerner tous les membres des équipes qui peut atteindre 100 €/net de plus par mois
- 450 millions d'euros pour le personnel médical à l'hôpital public : création de trois échelons supplémentaires pour les médecins en fin de carrière, et la revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif à 1 010 € brut par mois pour tous les médecins qui ont fait le choix de l'hôpital public, notamment
- 200 millions d'euros pour les étudiants et internes en santé

[4] NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF1/DGCS/SD5C/CNSA/2021/149 du 2 juillet 2021 relative à la stratégie régionale d'investissement pour les 10 ans à venir, en application de la circulaire n° 6250/SG du Premier ministre du 10 mars 2021

[5] L'Argus de l'assurance, n°7729, vendredi 22 octobre 2021, Tous unis contre la Grande Sécu, Nicolas Thouet p.14-16

contre les avis avertissant des effets néfastes de la privatisation et de la marchandisation du financement de la couverture santé. Dans le cas du Ségur de la santé, les causes du sous-investissement hospitalier ou de la crise des vocations sont directement liées à la politique de l'Etat : tarification à l'activité, financiarisation de la Sécurité sociale (Cordilha, 2020), compression de toutes les dépenses pour répondre à l'Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie, etc. Par ailleurs, le choix constant des pouvoirs publics en faveur de l'exercice libéral de la médecine de ville s'est encore confirmé avec le Ségur, au détriment des objectifs affichés : efficacité des dépenses, exercice coordonné, lutte contre les déserts médicaux.

La logique réformatrice de l'Etat reste invariablement la même et s'incarne par une longue litanie de plans de « sauvetage » et de « modernisation ». Si la critique de l'intervention de l'Etat par les acteurs n'est pas nouvelle, elle ne cesse de se renforcer à mesure que l'Etat intervient pour « mieux » gérer la santé et pour « améliorer » l'état de santé. L'Etat et son intervention seraient les seuls capables d'assurer l'intérêt général en santé face à des producteurs et des financeurs inefficaces. Pourtant, les problèmes dénoncés demeurent : la qualité des soins, l'accès aux soins, l'efficacité globale du système, etc.

Comment explique-t-on que les réformes du système de santé appellent toujours de nouvelles réformes ? La littérature n'interroge que rarement le bien-fondé de la logique réformatrice réalisée au nom de l'efficacité et de l'intérêt général qui, désormais depuis plus de 40 ans, n'a toujours pas fait la preuve qu'elle avait atteint ses objectifs. L'ambition de cette thèse est de renverser les représentations en interrogeant moins « la réforme » permanente du système de santé que l'auteur de ces réformes et ses objectifs : l'Etat et l'étatisation du système de santé, par la récupération du pouvoir sur la Sécurité sociale. L'objectif de cette thèse est de redonner du sens au processus réformateur dans le système de santé en proposant une histoire économique de l'étatisation de la Sécurité sociale.

1. Cadrage théorique

L'analyse des systèmes de santé et de protection sociale a fait l'objet d'une littérature importante en sciences sociales. Dans le champ des sciences économiques, les études sont souvent focalisées sur un domaine particulier du social. Il existe ainsi une économie de la santé ou une économie des retraites.

En matière de santé, on retrouve l'opposition qui traverse l'économie en général. L'approche d'inspiration néoclassique domine les débats et est souvent qualifiée d'orthodoxe. Face à elle on trouve l'économie politique de la santé, qui se définit elle-même comme hétérodoxe. Notre travail de thèse s'inscrit dans cette seconde approche et se revendique de l'économie politique de la santé.

L'économie néoclassique de la santé s'est développée principalement à partir des années 1960 aux Etats-Unis à la suite de travaux précurseurs de Kenneth Arrow (1963) et de Mark Pauly (1968). S'inspirant de leurs réflexions sur le monde de l'assurance, ils ont contribué à forger les notions fondatrices pour l'économie néoclassique moderne comme l'asymétrie d'information et l'aléa moral. En étant un domaine où les défaillances de marché sont marquantes, l'économie de la santé est devenue progressivement un domaine privilégié pour le développement et l'application des raffinements de la théorie néoclassique qui s'est intéressée aux autres modes de coordination que le marché et qui sont l'Etat, le contrat ou l'éthique.

L'enjeu pour les économistes néoclassiques est d'intégrer à leur raisonnement les problèmes d'information en prenant en compte, par exemple, l'hypothèse de son inégale distribution entre les

individus afin de pouvoir analyser les difficultés de coordination en dehors du cas de l'équilibre général. La prise en compte des problèmes d'information par la théorie néoclassique conduit progressivement au développement de la théorie de l'agence et à la théorie des incitations. Les économistes néoclassiques troquent ainsi la concurrence pure (et parfaite) walrasienne pour un monde où dominent les comportements stratégiques et l'opportunisme.

Dans les modèles néoclassiques de ce type, toute situation est composée d'au moins deux individus rationnels dotés d'un niveau inégal d'information : l'un en position de principal et l'autre en position d'agent disposant d'une information privée. Le monde néoclassique devient alors un monde où l'agent exploite systématiquement la position de faiblesse du principal. Tout l'enjeu pour l'économiste est d'identifier ces situations et de proposer un mécanisme incitatif pour réduire l'opportunisme de l'agent. Par l'incitation il s'agit en fait de rapprocher le monde réel du « nirvana » de marché (Demsetz, 1969).

En raison de la multitude d'informations, des acteurs et des situations où la coordination est nécessaire, il y a toujours un potentiel d'amélioration. Les agents restant rationnels, ils ont toujours pour objectif de maximiser leur utilité sous contrainte budgétaire. L'économie de la santé néoclassique est donc devenue une économie de l'information qui progresse par sophistication des relations bilatérales étudiées (M. Pauly, 1978 ; Rochaix, 1997).

Si le passage du marché au contrat relève d'une évolution appréciable de la théorie néoclassique, cette dernière est restée fortement attachée à l'hypothèse de rationalité – *l'homo economicus*. Une telle conception du raisonnement humain et de son environnement traduit l'inscription des auteurs néoclassiques dans la définition que leur éminent prédécesseur Lionel Robbins a donné de l'économie en 1921 : « La science économique est une science qui étudie les comportements humains comme une relation entre des fins et des moyens rares à usages alternatifs. ». Cette conception oriente la discipline vers une science du choix en situation de rareté. Elle tend donc à naturaliser les contraintes : si les individus ou les organisations doivent réaliser des choix sous contrainte, alors à quoi bon interroger la réalité de ces contraintes ?

L'économie de la santé standard se définit par sa méthode et non pas son objet de recherche. Elle cherche à appliquer au secteur de la santé les catégories usuelles de l'analyse économique et en particulier les notions de rationalité individuelle et de marché. Il n'y a pas d'économie spécifique de la santé, mais une économie qui s'applique à la santé. Les spécificités du secteur de la santé sont traitées comme des imperfections par rapport au modèle de base.

A l'opposé de cette conception de l'économie, l'économie politique s'inscrit dans les pas de Karl Polanyi et de sa définition substantielle de l'économie. Dans son ouvrage *La subsistance de l'homme*, Polanyi précise que l'économie substantielle est l'étude « de l'économie humaine en tant que processus institutionnalisé d'interaction, qui a pour finalité de fournir les moyens matériels de la société » (Polanyi, 2011, p.76). Une telle définition revient à renverser la perspective de l'analyse néoclassique dans la mesure où l'action économique a pour objectif de lever la contrainte – ou en tout cas de pouvoir agir sur les conditions matérielles d'existence – plutôt que de s'y plier. Elle permet également de situer et de localiser le processus d'interaction par lequel les individus réussissent à y parvenir. Autrement, la définition substantielle de l'économie oriente le travail de l'économiste vers l'identification des institutions compatibles avec tel ou tel type de conditions de vie matérielle.

Dans le cas de l'économie de la santé, l'enjeu est fort : il s'agit ni plus ni moins que de remettre en cause la naturalisation de la contrainte budgétaire imposée aux systèmes de santé. En effet, la plupart des travaux académiques en économie néoclassique de la santé justifient leur existence par la nécessaire amélioration de l'efficacité du système de santé. Au nom de l'inefficacité des systèmes de santé, les économistes discutent de l'intérêt du co-paiement, des modes de rémunération des médecins, de modes de financement de l'hôpital ou des maisons de santé. Tout se passe dans la littérature académique comme si la contrainte budgétaire était naturelle, comme si le monde de la santé était gouverné une rareté indépassable. A l'inverse, les travaux de l'économie politique de la santé cherchent à interroger la réalité de la contrainte budgétaire : le « trou de la sécu » (Duval, 2007) existe-t-il réellement ? Les problèmes de financement ne sont-ils pas construits par la politique publique elle-même ?

L'économie politique de la santé permet d'historiciser et de déconstruire les problématiques académiques usuelles. Ce positionnement est particulièrement utile si l'on suit le jugement de Marc Blaug pour qui le cas de la santé est celui qui permet le mieux de démontrer les failles du raisonnement néoclassique : « *health economics would seem to be a perfect topic for heterodox dissent … health economics is a field which must make the average neoclassical economist squirm because it challenges his or her standard assumptions at every turn* » (Blaug, 1998 cité par Batifoulier et al., 2021)

L'économie politique de la santé est par conséquent forcément pluridisciplinaire. Cette thèse s'inspire ainsi de toute la littérature en sciences sociales qui cherche à comprendre l'origine et l'évolution des systèmes de protection sociale. Il s'agit non seulement des approches économistes hétérodoxes, qui prennent en compte les valeurs au-delà de la seule rationalité intéressée, approche plutôt conventionnaliste (Batifoulier et al., 2007 ; Davis & McMaster, 2017 ; Hodgson, 2008), et des approches qui intègrent leur analyse dans l'histoire du capitalisme, approches plutôt régulationnistes et marxistes (Barbier & Théret, 2009 ; Ramaux, 2012), mais aussi des travaux issus des autres sciences sociales sur la protection sociale (Bec, 2014 ; Castel, 1999 ; Esping-Andersen, 2007 ; Ewald, 1986 ; Hatzfeld, 1971 ; Merrien et al., 2005 ; Palier, 2005 ; Titmuss, 1958).

Cependant, cette thèse prend le parti de ne pas répéter dans le détail les grandes conceptions de la protection sociale. Ces travaux sont bien connus et la tentative de se positionner par rapport à eux serait un exercice de style certes agréable, mais peu productif. Tout comme nous ne proposerons pas une analyse détaillée des raisons qui nous poussent à ne pas discuter de la littérature néoclassique en économie de la santé, nous ne chercherons pas à expliquer les éventuelles critiques des grands penseurs de la protection sociale. Si le fil directeur du point de vue de la théorie économique est l'économie politique de la santé, le fil directeur du point de vue de l'analyse des formes de protection sociale est l'approche de Bernard Friot (2012). Nous nous inscrivons ainsi dans la tradition de ce que certains qualifient d'historiographie communiste de la Sécurité sociale[6] et donnons un rôle

[6] Cette historiographie mettrait l'accent sur le rôle central joué par le mouvement communiste (CGT et PCF) dans la construction de la Sécurité sociale autour notamment de la figure du ministre du travail Ambroise Croizat. Cette conception de l'histoire fait l'objet d'une critique, plus ou moins importante, par les historiens plus proches du mouvement Mutualiste qui sans nier le rôle du mouvement communiste insistent sur l'expérience mutualiste et la continuité avec les Assurances sociales de l'entre-deux-guerres (Dreyfus et al., 2015 ; Valat, 2001). Le souvenir de Croizat fait débat au sein même du mouvement communiste (Lacroix-Riz, 1983). La conception portée par l'historiographie communiste a été remise au gout du jour par le film La Sociale de Gilles Perret en 2016 et par la publication d'un ouvrage biographique sur

prépondérant à la l'interprétation de la Sécurité sociale comme projet émancipateur et révolutionnaire. Dans cette perspective, la Sécurité sociale n'est pas seulement une institution pourvoyeuse d'une couverture santé, ou de solvabilisation de la demande en santé, mais elle est porteuse d'un autre projet de société.

Ce bref panorama de la littérature en sciences sociales appliquées à la protection sociale et à la santé nous semble laisser apparaitre quatre aspects sous-développés au cœur de la démarche de recherche que nous allons adopter dans cette thèse.

Premièrement, les raisons qui justifient le développement des systèmes de protection sociale sont largement ignorées par la littérature en économie standard. Ce constat invite nécessairement l'économiste à l'interdisciplinarité et à développer cette dimension dans les théories économiques elles-mêmes. Il ne s'agit pas de savoir si le fonctionnement de la protection sociale est conforme à la norme définie par la théorie, mais de savoir pourquoi les systèmes de protection sociale se sont construits, et cela de manière située dans le temps et dans l'espace. Nous situons notre problématique dans la question générique du changement institutionnel.

Deuxièmement, les questions de régulation de la santé (offre et demande) tendent à être dissociées des analyses qui s'intéressent au financement et donc à la Sécurité sociale. Ces questions restent dominées par une logique d'optimisation sous contrainte. Si cette distinction s'explique pour des raisons liées aux méthodologies et logiques de recherche ou à l'ampleur des questionnements, elle est de fait réductrice sur le plan analytique. Le financement et la régulation de la santé sont intimement liés. Tout se passe comme si le néolibéralisme avait définitivement installé l'idée que la contrainte budgétaire était un présupposé indépassable.

Troisièmement, lorsque la question du dépassement de la contrainte budgétaire est posée, le financement du système de santé par l'assurance-maladie, la Sécurité sociale, est interprété soit comme une béquille du capitalisme et réciproquement soit comme une institution du compromis fordiste. Dans ces deux perspectives, la dimension émancipatrice est ignorée ou remise au second plan alors qu'elle est fondamentale.

Quatrièmement, si l'économie politique de la santé a développé de nombreuses analyses sur les différents acteurs du système de santé ou sur l'évolution de l'Etat social, elle tend à ignorer les organisations en charge de la mise en œuvre de l'action étatique en santé. Or, la façon dont l'Etat construit le processus d'étatisation informe sur les objectifs de l'étatisation.

2. Positionnement de recherche

2.1. Hypothèses et problématique

Notre ambition dans cette thèse est de montrer que les réformes du Système Sanitaire et de Protection Sociale français (SSPS) initiées depuis les années 1990 sous couvert d'améliorer son fonctionnement,

Croizat (Etiévent, 1999). Sur les relations entre l'histoire et el mouvement communiste on pourra se reporter à (Boswell, 2005).

et, de répondre aux contraintes économiques qui pèsent sur lui s'inscrivent dans la continuité directe de la remise en cause de la Sécurité sociale par l'Etat initiée dès sa création.

Ainsi à rebours d'une image communément admise d'un Etat social bienveillant qui aurait été détourné ou réduit par le tournant néolibéral, nous formulons la thèse que le renforcement progressif de l'action de l'Etat en santé n'a pas pour but premier l'amélioration de l'état de santé de la société française. Il vise à maitriser le coût pour l'économie que représente la santé, au nom de l'impératif de compétitivité économique porté par l'Etat.

La confrontation de la lecture traditionnelle de l'évolution du système de protection sociale français en termes de compromis social avec l'historiographie communiste permet de révéler toute la dimension conflictuelle entre la Sécurité sociale et l'Etat, dissimulée sous l'image de compromis. Elle laisse apparaitre après-guerre une opposition lancinante entre l'Etat, incarnation de la démocratie politique et de la nation, et la Sécurité sociale incarnation de la démocratie sociale issue du monde du travail. La Sécurité sociale a pu être considérée comme une béquille de l'Etat et du capitalisme français en se présentant comme la dimension protectrice du compromis appuyant le développement du capitalisme français (André & Delorme, 1983 ; Mills, 1981). Elle serait alors une concession du capitalisme indispensable à son développement. Cependant, cette lecture fonctionnaliste de la protection sociale sous-estime le rôle des luttes sociales. La Sécurité sociale est une conquête majeure pour la classe ouvrière qui a infléchi dans le moment très particulier de l'immédiat après-guerre l'évolution du système capitaliste en sa faveur. Cette conquête s'oppose davantage au développement de l'économie de marché capitaliste qu'elle n'y participe.

L'appareil d'Etat rapidement repris en main par les forces conservatrices après-guerre a donc dû composer avec la Sécurité sociale, c'est-à-dire contrôler son expansion budgétaire. En s'appuyant et non en contestant son rôle primordial pour le système de santé, l'Etat a tiré parti des justifications de la Sécurité sociale pour la faire correspondre à ses objectifs de politique économique sous contrainte d'un impératif social de santé. Pour y parvenir, l'Etat s'est équipé. Il s'est doté des moyens pour étendre son contrôle sur la Sécurité sociale et la gouverner.

Analyser le rôle de l'Etat par ses moyens d'action et par les justifications qui animent l'appareil d'Etat permet de rendre concrète cette institution totalisante et impersonnelle. Cette thèse mobilise ainsi deux ressources pour qualifier l'Etat. La première est la parole publique que l'on peut approcher dans les justifications des partisans des réformes, c'est-à-dire des gouvernements. Ces justifications apparaissent le plus souvent au cours de moments de controverses, quand le gouvernement doit justifier sa réforme. La seconde est l'action publique qui se donne à voir dans l'évolution de l'organisation administrative. L'étude de l'organisation administrative de la santé révèle la façon dont l'Etat va imposer son régime des bonnes questions et des bonnes réponses. Il va imposer ses cadres et en particulier faire progressivement de la Sécurité sociale une agence bureaucratique comme une autre, noyée dans un puzzle d'agences. Le cas de la santé est particulièrement symptomatique de l'agencification de l'action publique.

En réunissant une analyse en termes de justifications prenant appui sur la parole des gouvernants et une analyse en termes d'administration s'appuyant sur des mécanismes opérationnels de l'action publique, nous avons voulu redonner une perspective d'ensemble qui réunit à la fois les objectifs politiques et les moyens de réalisation de ces objectifs. L'enjeu dans cette démarche est de ne pas perdre la logique d'étatisation, au profit de logiques conjoncturelles, catégorielles ou sectorielles.

Nous faisons l'hypothèse que le processus d'étatisation saisi de cette manière permet de faire le lien dans le temps entre ces différentes logiques.

L'accent mis sur l'Etatisation de la santé ne vise pas à ignorer ou à relativiser les analyses du secteur en termes de privatisation ou de marchandisation (André et al., 2016 ; André & Hermann, 2009 ; Batifoulier, 2014). Nous considérons que les processus de privatisation ne sont intelligibles que quand ils sont resitués dans une logique d'étatisation. La privatisation de la santé ne peut se réaliser que parce qu'il y a étatisation alors que l'étatisation n'a pas besoin de privatisation pour s'imposer. L'étatisation est alors première et la privatisation de la santé, sa conséquence.

Saisir le processus d'étatisation depuis ses origines contemporaines permet de réinterpréter les évolutions récentes en faveur du marché en matière de délivrance des soins et de couverture santé. Nous formulons l'hypothèse que le processus de marchandisation en santé a été rendu possible par la banalisation de la Sécurité sociale et la maitrise des dépenses permise par le développement de l'administration sanitaire.

2.2. Une analyse par l'Economie des conventions, ouverte sur le management public

La recherche des justifications qui appuient les réformes du Système Sanitaire et de Protection Sociale français nous conduit à nous tourner vers un cadre théorique capable de les saisir. Les approches standards en économie s'intéressent davantage aux calculs des individus qu'à leur parole et les approches critiques évoquées précédemment raisonnent soit en termes de compromis soit conçoivent la Sécurité sociale comme un instrument du capitalisme. Le courant théorique de l'Economie des conventions semble répondre à ces deux exigences.

Les travaux en économie politique de la santé qui analysent les transformations de la période des années 1990 sont nombreux et ont nourri le fort développement de ce sous-champ disciplinaire (Benamouzig, 2005). Dans le même temps s'est fortement développé le cadre de l'économie de la santé d'inspiration néoclassique (en particulier la théorie de l'agence). Ces travaux insistent sur la dimension homo-œconomicus du patient.

Dans la perspective conventionnaliste qui est la nôtre, on constate que l'économie des conventions, alors elle aussi en plein développement, va se saisir de cet objet qu'est la santé et ainsi à son tour participer activement au développement d'une économie de la santé, qui deviendra progressivement une économie politique de la santé, pour ensuite monter en généralité et intégrer les questions relatives à l'Etat social.

En mobilisant l'Economie des conventions (en abrégé EC), notre objectif est de rendre compte de la santé comme d'une pièce essentielle du bien-être individuel et collectif. Le secteur de la santé est un sujet idéal, car les soins de santé et les politiques de santé sont des questions fortement normatives (Batifoulier & Diaz-Bone, 2021).

L'Economie des conventions a été développée en France depuis les années 1980 à partir de l'analyse des catégories statistiques (Desrosières, 2011 ; Diaz-Bone & Didier, 2016). La notion de convention est utilisée dans le sens de logiques situationnelles de coordination, d'interprétation et d'évaluation. Les conventions sont des logiques de justification afin de considérer les institutions comme des

dispositifs d'action collective, qui ont besoin de l'interprétation et de l'évaluation des acteurs pour être appliquées de manière pragmatique dans des situations réelles.

L'EC a élaboré une notion de convention, qui conçoit les conventions non seulement comme un type spécifique de règles, mais aussi comme une représentation sociale et collective (Diaz-Bone & Salais, 2011, Favereau, 1986, 1989). Ainsi, les conventions permettent de considérer les valeurs comme endogènes à la coordination afin de considérer les conventions comme les structures profondes des institutions. Pour l'EC, le système de santé est un secteur particulier et important, car la santé ne peut pas être considérée comme une simple marchandise et le système de santé est basé sur différents ordres normatifs. L'ordre du marché n'est pas le seul ordre à diriger le système de soins de santé, mais le système de soins de santé est également dirigé par l'ordre du marché.

Pour se justifier et se développer, l'ordre marchand a besoin de se référer à des valeurs. Il a des fondements normatifs. Inversement, la critique du développement de l'ordre marchand dans les soins de santé se fonde également sur des valeurs. C'est cette dynamique de justifications et de critiques qui construit les systèmes de santé. C'est pourquoi les valeurs sont considérées comme des fondements institutionnels de base afin d'étudier la pluralité spécifique des réalités normatives empiriques. L'EC étudie les tensions entre plusieurs ordres normatifs comme l'une des forces motrices des institutions et des processus sociaux.

Les premiers travaux conventionnalistes en économie de la santé se focalisent sur l'identification de conventions au sein du système de santé (Batifoulier, 1992, 1997) et se positionnent principalement au regard des théories d'inspiration néoclassique (Béjean, 1994, 1999). L'insistance sur le rôle des valeurs dans la coordination s'est surtout appuyée sur le cas du médecin et de sa déontologie.

Il faut attendre les travaux des années 2000 pour qu'une analyse mettant en avant le patient se développe avec des travaux sur la marchandisation ou la privatisation du secteur de la santé et de la protection sociale avec un rôle prépondérant donné au patient consommateur (Batfoulier et al., 2007 ; Batifoulier, 2014, 2015 ; Batifoulier et al., 2011 ; Favereau, 2011). Certains travaux laissent entrevoir une plus forte intégration de la question politique et de la place du citoyen (Eymard-Duvernay, 2008).

Les récents travaux conventionnalistes ou d'inspiration conventionnaliste cherchent à ré-encastrer pleinement enjeux politiques et enjeux économiques. Ces travaux posent ainsi la question de la place des idéologies en santé aussi bien hier qu'aujourd'hui (Batifoulier et al., 2019 ; Da Silva, 2017 ; Duchesne, 2017).

Notre démarche théorique est complétée par une approche en termes de sciences de gestion, en management public. Initialement notre approche était orientée vers une analyse oscillant entre théorisations en termes d'outils de gestion, d'instruments d'action publique ou de manière plus critique, de dispositifs d'inspiration foucaldienne. Elle s'est finalement orientée vers une analyse en management public entre sciences administratives (marquée par le droit) et analyse de la bureaucratie dans une démarche inductive. Nous mobilisons une importante littérature relative au *New Public Management* et une littérature plus spécifique au phénomène d'agencification. Nous mobilisons aussi très souvent le registre du droit. Sans prétendre avoir réalisé un travail économie/droit, nous nous sommes appuyés sur des textes de loi ou des règlements administratifs. Les textes législatifs sont indispensables à la compréhension de l'évolution de la Sécurité sociale. Ils apportent l'information nécessaire à l'analyse, mais se présentent aussi comme un ensemble de normes, faisant le lien avec les considérations éthiques et les valeurs. Notre conception de la règle de droit, en phase avec l'EC,

est de la considérer comme une référence normative. La réalité de la règle de droit n'est pas seulement dans son énoncé, mais dans la façon dont elle est comprise et s'insère dans l'ensemble des règles de droit de l'assurance maladie et de l'organisation de la santé. Cette conception permet de s'écarter d'une règle de droit jugée au travers d'un seul critère d'efficacité. Nous ne considérons pas que l'économie (standard) soit de nature à fournir les outils adéquats à la compréhension des règles de droit. Notre approche est plus proche d'une conception de type « économie du droit » (à la Ronald Coase) que d'une méthodologie d'« analyse économique du droit » (à la Richard Posner) selon la typologie dressée par Harnay et Marciano (2012).

Comme notre travail mobilise des sources pluridisciplinaires, nous avons fait le choix de ne pas nous positionner vis-à-vis de l'économie dominante d'inspiration néoclassique. Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'économie dominante n'est vraisemblablement pas adaptée à notre sujet sous l'angle par lesquels nous l'avons abordé, celui des justifications. Il nous faut insister sur ce point car notre intention ne se veut en aucun cas particulièrement critique vis-à-vis de l'économie dominante. Notons que cette stratégie tranche par rapport aux principaux travaux de l'économie politique française qui chacun s'attachent à montrer avec soin les errements et le rôle de la théorie néoclassique en santé (récemment Batifoulier et al. (2021) pour lire la crise sanitaire). Outre cette adéquation entre le sujet et le cadre théorique, notre parcours intellectuel a été marqué par une prise en compte précoce du principe pluralisme en économie et celui d'une franche ouverture aux autres disciplines, notamment l'histoire. Si l'approche néoclassique est dominante au sein des sciences économiques, elle ne l'a été que peu finalement dans notre parcours.

En effet, lorsque nous nous y sommes intéressés au début de notre thèse, l'économie néoclassique (dans ses approches contractuelles) nous a semblé inadaptée, car trop éloignée des situations réelles que nous observions en raison de ses hypothèses méthodologiques. Nous faisons ici référence à nos premiers travaux universitaires sur les Agences Régionales de Santé et sur les contrats. En outre, alors qu'elle nous est apparue très unifiée par ses hypothèses méthodologiques, elle nous également apparue très diverse nous confrontant à nouveau à un problème de choix et d'adéquation de la théorie à notre objet. Nous avons donc considéré qu'il n'était ni possible ni utile de maîtriser correctement cette vaste littérature pour ensuite en proposer une critique hétérodoxe pertinente.

Mais plus encore que ces aléas de notre parcours de recherche, ce choix de ne pas traiter de l'économie dominante est justifié par le fait que nous sommes convaincus de l'existence et de la nécessité du pluralisme en économie. Si toutes les théories ne se valent pas en tout temps et tout lieu, nous avons la conviction profonde qu'elles peuvent chacune à leur manière apporter des réponses plus ou moins importantes ou robustes en fonction des objets qu'elles permettent d'étudier. Nous adhérons pleinement à l'idée que les sciences économiques constituent une science sociale qui ne peut exister que par son dialogue avec les autres sciences sociales et par la controverse.

Enfin, il nous semble que la littérature hétérodoxe française et internationale a fait et continue de faire avec vigilance une critique de la théorie néoclassique. Cette conviction a été renforcée par les travaux que nous avons menés pendant cette thèse qui nous ont fait rencontrer d'illustres prédécesseurs pour le moins oubliés qui défendaient dès les années 1950 une économie hétérodoxe, c'est-à-dire appliquée, littéraire si nécessaire, pluridisciplinaire et réflexive. Nous avons pu constater que le procès en hétérodoxie quelle que soit sa forme n'était ni récent ni innovant dans ses arguments.

2.3. La réforme de 1967 de la Sécurité sociale comme fil conducteur de l'étatisation

Le Système Sanitaire et de Protection Sociale (SSPS) français, bien qu'autonome de l'Etat, à l'inverse d'autres pays, a fait l'objet de la part de ce dernier d'une attention particulière aussi bien en termes de régulation que de dépenses publiques.

La Sécurité sociale et le système de santé français moderne à l'initiative des gouvernements successifs ont ainsi fait l'objet depuis leur création d'une multitude de plans de redressement ou de réformes qui se sont accélérés notamment à partir des années 1970. Il s'agissait pour les gouvernements de contrôler les différentes facettes et acteurs de ce système dont le poids économique et social n'a cessé de se renforcer. Autrement dit, l'étatisation de la santé est un processus consubstantiel de la création du système sanitaire et de protection sociale français. Saisir les moments charnières est donc difficile, car les manifestations de l'intervention de l'Etat sont diverses par leurs formes et leurs ampleurs.

La réforme qui semble faire l'unanimité pour désigner le moment de changement majeur du « modèle de 1945 » au sein des littératures évoquées précédemment est celle du plan Juppé en 1995-1996. Ce dernier transforme effectivement radicalement l'organisation historique de la Sécurité sociale et de la santé, notamment la branche assurance-maladie et le secteur hospitalier, par le renforcement inédit des moyens de contrôle de l'Etat dans toutes ses dimensions (Gouvernement, administration, parlement) sur le SSPS. Du fait de la contestation qu'il a suscitée, le plan Juppé ne sera dans un premier temps que partiellement appliqué. Cependant, il va préfigurer toutes les réformes qui vont suivre, tout particulièrement dans le secteur de la santé.

La réforme Juppé présente l'avantage de relier la mise en œuvre du tournant néolibéral avec sa traduction organisationnelle, le *New Public Management* (NPM) qui va entrer en force dans les lieux de santé (hôpitaux et administrations) dans les années 1990. Le plan Juppé serait l'aboutissement en santé de la logique néolibérale initiée depuis les années 1980 en France. Cette vision de l'histoire accrédite l'existence d'un véritable tournant néolibéral, que l'on pourrait dater et qui aurait pleinement remis en cause le modèle social français au-delà de la fin des Trente glorieuses. Cependant, aussi bien au regard de la généalogie du néolibéralisme que de l'histoire fine du SSPS, il est nécessaire de remettre en cause cette historiographie. Elle apparait fortement contestable ou insuffisante pour comprendre l'ampleur du processus d'étatisation. Si la focalisation sur le plan Juppé permet de comprendre les évolutions actuelles du SSPS, il tend à faire oublier les tendances structurelles qui ont conduit à sa mise en œuvre. Il constitue selon nous l'aboutissement d'un programme initié 30 ans plus tôt.

Pour retrouver une plus grande profondeur historique, une réforme se dégage au sein de l'histoire du SSPS. Elle se signale aussi bien par son ampleur, son mode de mise en œuvre similaire à la réforme Juppé (par ordonnances et dans le conflit) que par la permanence des changements qu'elle a introduits. Il s'agit de la réforme de 1967 de la Sécurité sociale portée par le ministre des Affaires sociales Jean Marcel Jeanneney (par ailleurs professeur d'économie).

Ainsi, comme nous allons le voir dans cette thèse, la réforme de 1967 est la réforme qui pose les principales caractéristiques de l'organisation actuelle de la Sécurité sociale au détriment de la Sécurité sociale de 1945, qui subordonne la Sécurité sociale aux objectifs économiques portés par l'Etat et le gouvernement et enfin qui lie irrémédiablement le sort du système de santé à celui de la Sécurité sociale.

La réforme de 1967 présente aussi la particularité d'avoir fait oublier la Sécurité sociale de 1945. Si l'historiographie de la Sécurité sociale et du moment 1945 est méconnue par le grand public, mais aussi par les chercheurs, c'est en raison des mesures introduites par la réforme de 1967. En effet, l'organisation actuelle de la Sécurité sociale repose directement sur des caractéristiques introduites par sa réforme en 1967, à savoir notamment une gouvernance paritaire entre les organisations patronales et les syndicats, une caisse nationale pour chaque risque et leurs déclinaisons territoriales respectives, une caisse nationale en charge des finances de la Sécurité sociale et la première taxe affectée. Cette réforme a la particularité, à l'inverse des précédentes principalement d'ordre budgétaire, de mettre fin à la Sécurité sociale telle qu'elle a été pensée par le Conseil National de la Résistance et ses principaux pères fondateurs c'est-à-dire une institution permettant de dégager les travailleurs de la « hantise du lendemain » inhérente à leur position et qu'ils gouvernent eux-mêmes.

Notre histoire de la Sécurité sociale commence donc en 1967. Il est indéniable que la mémoire collective française retient l'année 1945 comme la date de naissance de la Sécurité sociale. C'est le 4 octobre 1945 qui est commémoré parce que l'on fête plus les victoires que les défaites. Si l'histoire ne peut pas être tronçonnée en grandes dates, 1967 est un moment aussi méconnu que fondamental puisqu'il entérine la fin de la radicalité de la Sécurité sociale de 1945. Il rend visible le processus d'étatisation qui va se poursuivre et s'élargir à toute l'administration de la santé. Alors que la France a connu un vaste mouvement de centralisation et de nationalisations, la Sécurité sociale était restée le dernier bastion de résistance et s'opposait à reprise en main par la bureaucratie d'Etat (Kuisel, 1981; Vahabi et al., 2020).

La réforme de 1967 de la Sécurité sociale n'est pas une réforme isolée. Elle s'insère à la fois dans un programme large de transformation de l'économie et de la société française porté par le Gouvernement Pompidou et dans un processus général de réforme du SSPS. En effet, les ambitions du ministre Jeanneney ne se limitent pas à la Sécurité sociale, mais portent également sur l'organisation du système de santé notamment dans sa composante hospitalière. Il s'agit alors pour le ministre et son cabinet de réorganiser la tutelle hospitalière au niveau régional avec une agence en charge du financement et du soutien administratif aux établissements. Les projets du ministre ne seront pas appliqués, mais influenceront ceux de son successeur Robert Boulin avec l'emblématique réforme introduisant la carte sanitaire en 1971 (une planification avec un découpage du territoire français en secteurs).

A la lumière de l'organisation actuelle du système de santé et des évolutions qui l'y ont conduit, ce projet de réforme peut être directement rapproché de l'organisation introduite par le projet des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) du plan Juppé en 1996 devenue Agences Régionales de Santé (ARS) en 2009.

Le projet global de réforme portée par le ministre est justifié par le fait que les dépenses de santé constituent à la fois les dépenses les plus dynamiques de celle de Sécurité sociale et les plus incontrôlables par l'Etat, du fait qu'elles sont essentiellement contrôlées par les médecins qui ont la capacité d'induire de la demande. Ainsi, au-delà de cette similitude, le moment 1967 autour du ministre Jeanneney initie la démarche d'un contrôle par l'Etat du SSPS au nom d'objectifs économiques de maîtrise des dépenses et de compétitivité. Les réformes successives de la Sécurité sociale vont s'inscrire dans cette trajectoire avec le renforcement des mécanismes permettant à la

tutelle étatique d'arriver à ses fins par tous les moyens. Nous nous focaliserons sur les organisations administratives qui permettent le contrôle du SSPS par l'Etat.

Si le moment 1967 entre en résonnance avec celui de 1996 pour synthétiser le processus d'étatisation du SSPS, le lien avec la tendance à la marchandisation de la couverture santé est moins immédiat. Cependant, le lien peut être fait par le changement de philosophie qui sous-tend la réforme de 1967. En effet, avec la réforme, le principe de subordination des intérêts de la Sécurité sociale à ceux de l'Etat est acté. Autrement dit, l'extension budgétaire de la Sécurité sociale est désormais contrainte par un objectif supérieur de compétitivité. Si les dépenses et les taux de cotisation vont continuer à augmenter, la question du périmètre (panier de soins, publics visés) va se poser de manière de plus en plus insistante. La Mutualité française, qui en 1967 domine largement la couverture complémentaire ne s'y est pas trompée, car 1967 marque un changement de ton de la Mutualité vis-vis de la Sécurité sociale. En effet, alors que la Mutualité était en opposition à la Sécurité sociale de 1945, en 1967 les projets du gouvernement et des évolutions internes conduisent la mutualité à adopter une position que nous qualifions de défense intéressée de la Sécurité sociale. En effet, un désengagement de la Sécurité sociale caractérisée par la hausse du ticket modérateur inquiète la mutualité du fait d'un report de charge sur ses organisations et leurs assurés. La complémentarité va être alors assumée et va conduire la mutualité à s'intéresser de plus en plus aux questions de Sécurité sociale. Cette dernière n'est plus perçue comme un adversaire, mais comme un partenaire dont la bonne santé est essentielle. Il est cependant important de souligner que ce soutien s'accompagne pour la mutualité d'une volonté de maitrise des dépenses de santé, car il en va de la survie de son modèle économique privé. Autrement dit, l'effet inflationniste de la Sécurité sociale sur les dépenses de santé, indépendamment de la responsabilité de cette dernière, suscite une vigilance particulière de la mutualité. Ce soutien intéressé de la mutualité et son instance croissante sur la complémentarité entre elle et la Sécurité sociale resteront sa ligne dominante. Elle jouera même contre la Sécurité sociale en 1996 puisque la mutualité prend officiellement position en faveur du plan Juppé.

3. Méthodologie

Afin de mettre en œuvre notre démarche de recherche, nous avons tenté de documenter le processus d'étatisation de la Sécurité sociale et de la santé de manière technique et historiquement située. Nous cherchons à identifier à la fois les mécanismes opérationnels et les justifications de l'étatisation. Nous présentons les sources de nos investigations dans l'ordre chronologique d'analyse autour des trois dimensions de l'étatisation que nous avons identifiées : l'agencification, la Sécurité sociale et le marché.

Le choix de ces différentes sources s'il a bien évidemment été conditionné par les aléas de la recherche obéit au fil conducteur que nous avons établi autour de la réforme de 1967 de la Sécurité sociale et de l'étatisation de la santé.

Nos premières investigations empiriques de thèse ont commencé par les Agences Régionales de Santé (ARS), notre sujet d'entrée dans la thèse. Elles nous ont conduit à collecter une importante littérature grise constituée de rapports, de guides, et de quelques Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens. Nous nous sommes également reportés aux textes de loi (code, décret) permettant de saisir le cadre dans lequel évoluaient les ARS. La confrontation de nos hypothèses initiales de recherche à ces éléments empiriques a été déterminante puisqu'elle nous a contraint à faire monter notre analyse en

généralité au-delà du cas spécifique des ARS au profit d'une analyse du système sanitaire et de protection sociale française.

En parallèle de ces premières investigations, nous nous sommes intéressés, dans le cadre d'un projet de recherche consacré à l'utilité sociale de la dépense publique, aux domaines de la comptabilité nationale et de la comptabilité budgétaire. Ce travail formateur, bien qu'éloigné de la thèse, nous a conforté dans le fait qu'un nombre et son utilisation n'étaient ni une évidence ni neutre. Il nous est donc apparu comme primordial de s'intéresser à la fois à la construction technique et de leur transformation en argument politique des nombres couramment utilisés à l'appui des réformes. *In fine*, certains des résultats du travail ont été intégrés dans la thèse.

Dans notre montée en généralité, nous avons voulu dans un premier temps dresser une cartographie des agences sanitaires afin de saisir l'ampleur de ce phénomène organisationnel que nous avions identifié comme la nouvelle manifestation de l'Etat néolibéral. Pour y parvenir nous avons commencé par une revue de la littérature autour du concept d'agence en recoupant différentes sources : documents de comptabilité nationale, documentation budgétaire notamment les Rapports d'Appui à la Performance des Lois de Finances, divers rapports d'institutions comme la Cour des comptes, le Conseil d'Etat ou l'Inspection générale des Finances, et des rapports parlementaires notamment du Sénat. Nous avons également largement utilisé Légifrance pour suivre ces agences à travers les textes législatifs et réglementaires : loi les prévoyant, décret les instituant et circulaires les régissant. Le précédent travail sur la dépense publique a été d'une aide précieuse pour nous repérer dans les parties comptables des documents.

Les évolutions constantes du nombre d'agences ou de leurs périmètres et dénominations dans le temps sont venues compliquer la tâche de cartographie, mais ont permis de donner une profondeur historique et une connaissance fine des justifications ayant conduit à la création des agences ou encore des sous-secteurs (filières) qui existent au sein du SSPS. Afin d'affiner notre analyse, nous avons commencé pour chacune des agences répertoriées ou rencontrées au gré des lectures à identifier sa généalogie et les justifications qui ont conduit à relancer la collecte des documents plus spécifiques sur chaque agence ou filière d'agence (par exemple la filière de transfusion sanguine). Nous avons ainsi dressé une liste aux données incomplètes de 158 agences. Malheureusement, le travail de généalogie des agences et des filières d'agences n'a pas pu aboutir à des résultats exploitables en raison du caractère incrémental de notre méthode de travail, du terrain, de l'ampleur de la tâche dans les délais impartis. Par ailleurs, cela aurait conduit à réorienter la thèse exclusivement sur la question des agences et sur les questions de management public, ce qui n'était pas notre objectif.

En effet, en parallèle du travail sur les agences, nous avons commencé à documenter le moment charnière que nous venions d'identifier à la fois dans le cadre de la généalogie des ARS et dans le cadre de la montée en généralité de notre questionnement de recherche : la réforme de 1967. Pour cela nous avons eu recours à six sources différentes. Parmi ces six sources, nous avons particulièrement mobilisé celle des débats parlementaires, les cinq autres sources n'ont pas été exploitées avec la même intensité.

Les débats parlementaires ont particulièrement retenu notre attention alors que nous n'envisagions pas encore de recourir à l'économie des conventions comme cadre théorique et cela grâce au travail concomitant de Nicolas Da Silva sur un autre moment, celui du débat de 1949. Le cadre parlementaire en raison de son statut de lieu d'expression privilégié – en principe représentatif – de la parole

politique nous offre un échantillon des discours qui s'affrontent. Se retrouvent ainsi synthétisés en un lieu dédié au débat, l'Assemblée nationale, les éléments principaux des différents discours produits à l'époque par les acteurs économiques et sociaux sur la réforme de 1967 de la Sécurité sociale et ses enjeux. Les débats parlementaires étant réduits à leur plus simple expression, en raison de la procédure des ordonnances, les parlementaires sont amenés à se concentrer sur les points essentiels de leur message politique. Ils s'expriment sur la réforme de la Sécurité sociale principalement lors des trois lectures de la loi d'habilitation à légiférer par ordonnances, des débats concernant le volet « Affaires Sociales » des lois de finances rectificatives pour 1967 et initiales pour 1968 et des séances de questions diverses. Après avoir passé en revue, avec l'aide des tables analytiques et de la littérature, les 113 journées de débats de la IIIe législature, nous avons retenu 21 journées principales.

Le pluralisme des idées que l'on observe dans les débats renforce l'intérêt de cette source dans la mesure où nos premières recherches bibliographiques des perspectives adoptées ont mis en évidence qu'aussi bien au moment de la réforme que d'un point de vue historiographique, la réforme de 1967 était traitée de manière partisane. Enfin, revenir aux sources sans pour autant faire un travail d'historien impliquait de trouver une source à la fois accessible et suffisamment large.

Nous avons tenté de compléter ce travail par des sources complémentaires : les rapports de la cour des comptes, par un travail d'histoire de la pensée autour du ministre économiste Jean Marcel Jeanneney, les archives de la Caisse Nationale de Sécurité sociale ou la littérature académique de l'époque autour de la réforme.

Nous avons collecté et numérisé les chapitres consacrés à la Sécurité sociale des rapports annuels de la Cour des comptes de 1964 à 1972. Il s'agissait dans ces rapports de trouver des éléments empiriques (budgets, déficit) et justifications supplémentaires de la réforme, le rôle de la Cour des comptes en faveur de la réforme ayant été mis en évidence. Ces rapports ont apporté des éléments de contextes et quelques éléments chiffrés.

Le rôle du ministre dans la réforme a suscité notre attention puisqu'il s'est retrouvé en désaccord avec le Premier ministre Georges Pompidou sur deux points de la réforme : la suppression des élections et une éventuelle responsabilisation par régionalisation de la Sécurité sociale. Notre recherche bibliographique a mis en évidence un intérêt important du ministre pour la démocratie locale et le développement territorial. Cette coïncidence entre les propositions de réforme de la Sécurité sociale portées par le ministre, ses actions précédentes en tant que ministre de l'Industrie pour la décentralisation industrielle ou ses écrits académiques nous ont poussé à nous intéresser à sa pensée. Il nous a semblé y voir une certaine performativité. Cependant, nous avons fait le choix d'y entrer par l'histoire de la pensée économique, ce qui, compte tenu de la nature des carrières académiques de l'époque et de la nature des écrits, ressemblants plus à des essais ou des manuels, ne nous pas permis d'aboutir à déterminer une économie propre à Jean Marcel Jeanneney. Il aurait fallu à la fois réorienter notre travail vers l'histoire des idées et vers un travail sur les archives personnelles du ministre.

Nous avons également initié un travail d'archive autour de la Caisse Nationale de Sécurité sociale. Il s'agissait alors de voir si la principale entité publique de la Sécurité sociale de par son statut d'Etablissement Public Administratif avait une autonomie de l'Etat. Nous en avons tiré quelques résultats encourageants, en dépit de certaines difficultés d'accès aux archives et barrières à l'entrée.

Enfin, en nous intéressant au monde des économistes français pendant les trente glorieuses, nous avons redécouvert une littérature importante sur la Sécurité sociale. Elle nous a permis de situer des

débats et de récupérer des informations sur la réforme. Nous pensons notamment aux articles consacrés à la Sécurité sociale par l'économiste français Antoine Antonelli, alors spécialiste de la protection sociale, dans les numéros spéciaux annuels de la Revue Française d'Economie Politique sur la situation de l'économie française : « L'état économique de la France ».

Ces différentes sources auraient pu nous conduire à réorienter la thèse uniquement sur la période 1945-1967. Mais aussi bien le travail engagé sur les agences que celui à venir sur les complémentaires santé nous ont fait poursuivre nos premières hypothèses de recherche.

En effet, dans un dernier temps et dans le cadre de l'ANR-17-CE26-0018 intitulé « Marché du risque santé : construction, gouvernance, innovation sociale » à laquelle nous avons participé, nous avons pu documenter la dimension marchande du processus d'étatisation. Le matériel utilisé pour repérer les principales caractéristiques des contrats d'assurance se compose de cinq types de ressources : documents législatifs et réglementaires, rapports de la littérature grise, presse professionnelle, des contrats collectifs d'assurance maladie complémentaire et enfin des entretiens.

Comme pour la question de l'agencification, nous avons mobilisé les textes qui encadrent opérationnellement l'assurance santé complémentaire. Nous avons ainsi mobilisé les différents Projets de Loi de Financement de la Sécurité sociale, ainsi que certains décrets ou arrêtés, pertinents pour notre étude.

Les rapports institutionnels ont fait l'objet de beaucoup d'attention. En particulier, les rapports et recommandations du HCAAM et le rapport d'activité du centre technique des institutions de prévoyance (CTIP). Les caractéristiques que nous étudions dans la dernière partie de thèse sont principalement portées par des contrats collectifs (d'entreprise) d'assurance santé et il nous a semblé pertinent de privilégier les sources portant sur l'analyse de ces contrats.

Une large littérature professionnelle rassemblée dans une Note de Veille mensuelle réalisée d'octobre 2017 à juillet 2019, dans le cadre du groupe de travail Marisa grâce au financement d'un poste d'ingénieur de recherche. Cette note de veille recensait toutes les actualités (notamment celles du marché et des acteurs) de l'assurance santé. Sans faire l'objet d'une analyse systématique, la note de veille nous a permis d'observer « de l'intérieur » (du point de vue des assureurs) le fonctionnement de marché de l'AMC (Assurance Maladie Complémentaire).

Nous avons mené dans le cadre d'un travail collectif, l'analyse de neuf contrats collectifs (confidentiels) comportant des clauses spécifiques liées au secteur d'activité et des avenants pour configurer des options. Ces contrats sont des contrats collectifs (contrat d'adhésion) commercialisés par différents types d'assureurs : mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance. Ces contrats complets concernent trois très grandes entreprises, deux dans le secteur du luxe et une dans le secteur automobile. Ils permettent de documenter le contrat de base (socle) « responsable » de l'assurance complémentaire, le contrat sur complémentaire qui est proposé et les options facultatives dites non « responsables ».

Enfin des entretiens en 2019 avec deux responsables opérationnels d'une grande mutuelle de la fonction publique ont été réalisés. Notre objectif initial était de compléter la lecture des contrats par des entretiens avec des personnes qui sont habilitées à les justifier parce qu'elles ont participé à leur négociation, à leur rédaction ou encore à leur valorisation et à leur vente. Les entretiens ont été menés à partir d'une grille d'entretien avec la responsable « domaine santé du Régime Complémentaire »,

d'une part et d'autre part le responsable « domaine Santé Régime Obligatoire de la Direction Technique Opérationnelle » de la mutuelle. Seule une première vague d'entretien a pu être réalisée. La seconde vague prévue en 2020 n'a pas pu aboutir en raison du contexte sanitaire. Il était ensuite trop tard pour reprendre les entretiens du fait de la nécessité de terminer la thèse. Le nombre d'entretiens mené est donc trop faible pour que le matériel puisse être exploité : il ne sera donc mentionné que de façon épisodique dans le chapitre.

4. Plan de la thèse

La thèse est organisée en trois parties, de deux chapitres chacune. La première partie présente le moment initial retenu, la réforme de 1967 de la Sécurité sociale, et déroule le cadre conventionnaliste de la thèse. La deuxième partie se focalise sur l'administration sanitaire et sa forme particulière d'étatisation que nous avons identifiée : l'agencification. Enfin, la troisième partie s'intéresse aux développements marchands en matière de couverture santé avec l'analyse de l'articulation entre l'Etat et les Organismes d'Assurance Maladie Complémentaires (OCAM).

4.1. Première partie – Apprivoiser la Sécurité sociale. La réforme de 1967 ou les prémices de l'étatisation

La première partie contribue à affiner l'histoire économique du néolibéralisme dans le monde de la santé. Les bouleversements économiques observés à partir des années 1980 ne sont possibles que parce qu'ils ont été précédés d'une redistribution du pouvoir politique. Le chapitre 1 revient sur le tournant majeur que constitue 1967 tant sur le plan organisationnel que pour celui de la philosophie qui préside au fonctionnement de la Sécurité sociale. Nous utilisons le cadre théorique de l'Economie des conventions pour comprendre la force de l'argument du déficit et révéler le sens profond du débat : interroger le modèle de développement français dans le capitalisme. Le chapitre 2 propose de relire les débats de 1967 à partir de l'opposition entre trois conventions de Sécurité sociale. La convention anticapitaliste pose que la Sécurité sociale est une institution permettant d'échapper aux contradictions du capitalisme.

Chapitre 1 – L'enjeu du débat de 1967 : du déficit de la Sécurité sociale à sa redéfinition

L'histoire de la Sécurité sociale n'est pas linéaire et pourrait être représentée comme un mouvement perpétuel de réformes associé à une litanie de plans de redressement budgétaire. Malgré cela la réforme de 1967 occupe une place centrale dans cette histoire chaotique, car c'est avec elle que la structure organisationnelle que nous connaissons aujourd'hui se met en place. Si la nécessité de réformer de la Sécurité sociale nous semble aujourd'hui une question politico-économique classique et son déficit un problème sans fin et sans fond, la Sécurité sociale a en réalité fait l'objet depuis sa création de débats importants caractérisés à la fois par un fort degré idéologique et technique. Afin de restituer les justifications et le processus argumentatif autour de la réforme, nous avons eu recours aux débats parlementaires qui l'entourent.

Pour trouver un sens à ces débats, nous mobilisons le cadre théorique de l'économie des conventions qui permet de montrer comment la focalisation autour de l'existence du déficit de la Sécurité sociale des défenseurs de la Sécurité sociale type 1945 conduit ces derniers à l'échec à travers un jeu

d'équivalence. L'économie des conventions permet également de montrer que les explications et l'importance données au déficit budgétaire dépendent étroitement du cadre d'interprétation des acteurs. Nous tentons donc d'identifier à partir du concept conventionnaliste l'existence de registres normatifs de justification et de critiques (des « cités »).

Chapitre 2 – Les conventions de Sécurité sociale : un cadre analytique

Fort du développement de notre analyse autour de la Sécurité sociale à partir du concept de « cités », l'objectif de ce chapitre est de proposer en termes conventionnalistes un cadre de justification capable soutenir la Sécurité sociale. Pour y parvenir, nous proposons dans un premier temps de repartir de la notion plus générale d'idéologie afin de voir comment ce concept s'insère dans le cadre conceptuel de l'Economie des conventions.

La grille d'analyse conventionnaliste que nous déployons depuis le chapitre 1 ne cesse donc de s'enrichir à la fois en raffinant la logique des cités et en s'en détachant simultanément au profit de l'identification d'autres formes conventionnelles. Appliquée à la Sécurité sociale cette démarche conventionnaliste s'avère être pertinente puisque l'on trouve matière pour analyser la Sécurité sociale. Elle nous permet de présenter dans un second temps notre concept de convention de Sécurité sociale comme forme particulière d'idéologie permettant l'engagement, dont le degré de légitimité n'a pas l'exigence d'une cité, mais qui donne à voir une conception du bien commun. Cette approche conventionnaliste de la Sécurité sociale est fondée sur l'existence de trois conventions en concurrence : la convention anticapitaliste, la convention solidariste et la convention libérale. Notre canevas théorique est nourri par une lecture des débats parlementaires de 1967.

4.2. Deuxième partie - Administrer la santé. Une Etatisation par agencification

La deuxième partie de la thèse cherche à documenter comment l'Etat a construit une administration qui lui est propre, capable de remplacer la Sécurité sociale en tant qu'entité centrale de la politique sanitaire française et de la réduire à une simple agence de financement. Le chapitre 3 met en évidence la solution organisationnelle retenue par l'Etat, l'agence, pour exercer son pouvoir en santé. Le chapitre 4 développe le cas particulier des Agences Régionales de Santé (ARS) au sein du système d'agences de l'Etat sanitaire pour montrer qu'elles constituent le bras armé de l'Etat en santé tout en utilisant des techniques issues du *New Public Management* compatibles avec l'organisation bureaucratique. Si l'Etat sanitaire se développe, ce n'est pas tant pour des raisons de santé publique que pour des raisons économiques de maîtrise des dépenses de santé.

Chapitre 3 – L'agencification dans le secteur sanitaire et social français – Vers un Nouvel esprit de la bureaucratie

La réforme de 1967 de la Sécurité sociale a entrainé sa subordination à l'Etat et progressivement la fin de son rôle prépondérant dans l'organisation du système sanitaire et social français. Pour y parvenir, l'Etat a dû s'équiper afin de pouvoir agir en la matière. Après une tentative de la bureaucratisation traditionnelle, l'Etat a eu recours à une nouvelle forme organisationnelle : les agences.

Sur le plan organisationnel, le système de santé ressemble donc aujourd'hui à première vue plus à un vaste ensemble hétéroclite d'organisations qu'à un véritable système cohérent. Derrière les différents sigles des agences se trouvent des organisations qui ont toutes la particularité d'être indépendantes ou autonomes de l'État, sans pour autant se situer en dehors de son giron. Autrement dit, elles constituent une nouvelle forme d'organisation publique. Ces organisations sont dotées de caractéristiques propres (statut, financement, etc.) et de modes de fonctionnement spécifiques. Elles rompent avec l'organisation bureaucratique traditionnelle de l'État marquée par son caractère hiérarchique et sa rigidité.

Si l'agencification ne constitue pas un phénomène nouveau en soi, son ampleur et la diversité des institutions créées et des domaines concernés constituent un fait nouveau pour l'administration sanitaire. Après avoir tenté de dresser une cartographie des agences sanitaires françaises, nous montrons donc dans ce chapitre que cette agencification n'est pas seulement le résultat de l'application en France du *New Public management*, mais qu'il constitue la réponse de l'Etat à la fois au problème de sécurité sanitaire et à celui de maitrise budgétaire. En effet, les crises sanitaires liées à un défaut de l'administration dans ses missions de surveillance des produits de santé ont conduit l'Etat à recourir à une nouvelle organisation dans un contexte de manque de confiance. L'agence apparaissait comme la solution organisationnelle adaptée. La dimension sécuritaire s'accompagne d'une tentative de rétablissement de la confiance des usagers du système de santé par leur mobilisation à travers leurs mobilisations au sein de différentes structures prenant une forme de quasi-agence. Il s'agit alors de concrétiser la mise en œuvre de la démocratie sanitaire en lieu et place de la démocratie sociale qui prévalait depuis 1945.

En parallèle, la volonté de maitrise des dépenses de santé sous l'effet d'une contrainte budgétaire exacerbée au cours des années 1990 conduit l'Etat à recourir également à cette solution d'agences pour déployer tout un arsenal d'outils de gestion permettant d'assurer le contrôle et le financement des acteurs sanitaires. La solution organisationnelle de l'agence permet à l'Etat d'externaliser en son sein la production des outils nécessaires à l'exercice de son pouvoir afin de garantir une autonomie de ces outils. Elle consiste aussi en la transformation d'organisations existantes au nom de cet objectif budgétaire, notamment la Sécurité sociale.

Dans la continuité de la première partie, le chapitre conceptualise les agences en termes conventionnalistes comme manifestation organisationnelle d'un nouvel esprit de la bureaucratie.

Chapitre 4 - L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé, fer-de-lance administratif de la politique de santé

Les Agences Régionales de Santé (ARS) existent désormais depuis 10 ans. Dix années au cours desquelles elles sont devenues les pivots régionaux de la politique sanitaire et sociale française. Malgré leur rôle essentiel, elles sont considérées dans la littérature académique comme des directions ministérielles camouflées sous une rhétorique de l'autonomie permise par la forme agence et l'outil de coordination contractuelle et constitueraient ainsi le dernier avatar du processus d'étatisation de la santé.

Les ARS comme objet organisationnel à penser se retrouvent donc noyées à la fois dans les multiples phénomènes qui structurent l'action étatique en santé (sécurité sanitaire, démocratie sanitaire,

accountability) et au milieu du complexe processus d'agencification en santé, deux éléments que nous avons mis en évidence au Chapitre 3.

En prenant le contre-pied de la littérature académique, ce chapitre cherche à mettre en évidence que si les ARS consacrent bien la prise de pouvoir de l'Etat en santé, elles constituent néanmoins une réponse organisationnelle originale à l'objectif de maitrise des dépenses et de contrôle de l'offre de santé explicitement affichés par les pouvoirs publics depuis le début des années 1990. Nous montrons qu'elles réussissent à tirer parti à la fois de l'organisation bureaucratique traditionnelle française, modèle préfectoral, et d'une administration sous *New Public Management* pour former le pivot d'une hiérarchie contractuelle entre un Etat central renforcé et des établissements sous autonomie contractualisée.

Outre le fonctionnement administratif du système de santé, le cas de la construction des Agences Régionales de Santé permet de mettre en évidence le caractère incrémental et la continuité qui existe au sein de l'administration sanitaire française : des velléités de réformes formulées à la fin des années 1960 à l'avènement dans les années 1990 du *New Public Management* en passant dans les années 1970 par une brève tentative de planification.

In fine, les ARS dix ans après leur création résolvent partiellement leurs contradictions notamment celles liées au processus contractuel et étendent leur pouvoir au-delà de leur cœur de métier hospitalo-sanitaire, en intervenant désormais dans les secteurs médico-social et ambulatoire. Les ARS apparaissent ainsi comme la cheville ouvrière de l'administration sanitaire de l'Etat. Elles constituent l'élément central d'une administration sanitaire étatisée, agencifiée et sous contrainte budgétaire.

4.3. Troisième partie – Financer la couverture santé. Quelles frontières entre l'Etat et le marché ?

Cette dernière partie de thèse se focalise sur le financement des soins. La configuration originale française entretient deux assurances santé, l'assurance santé publique (la Sécurité sociale) et l'assurance santé privée (appelée complémentaire). En considérant que la Sécurité sociale est désormais une agence d'Etat, on cherche à observer le processus d'étatisation en matière de financement alors même que la part du marché s'accroit et que l'on devrait parler de privatisation avec le transfert de charge de l'assurance publique vers l'assurance privée.

Le chapitre 5 montre que le marché évolue sous contrainte de dispositifs juridiques particuliers. L'hyper réglementation impose aux assureurs privés d'intégrer dans leur modèle d'affaires les logiques de solidarité voulues par les pouvoirs publics. Ce mécanisme est analysé comme décrivant une étatisation par les valeurs. L'Etat en prenant le pouvoir sur la Sécurité sociale exporte ses valeurs vers l'assurance privée, brouillant les frontières entre assurances publique et privée.

Le chapitre 6 poursuit l'analyse de la « couverture marchandisée » qui tente de concilier le logiciel de l'assurance privée avec la mission sociale d'une couverture santé. La solidarité est intégrée dans le *business model* de l'assurance privée, ouvrant de nouvelles perspectives et permettant à l'assurance privée de se positionner sur le terrain de l'intérêt général. L'assurance peut s'ouvrir à de nouveaux objets et préoccupations et assume dorénavant des objectifs de santé publique qui sont initialement à la charge de l'Etat et de ses agences. En récupérant les critiques et en soutenant un modèle d'affaire au nom de raisons morales, l'étatisation de la santé fait levier à un nouvel esprit de l'assurance santé.

Chapitre 5 – L'intervention de l'Etat dans la couverture santé : une exportation des valeurs de solidarité ?

La mise en marché de la couverture santé en France avec la part croissante des Assurances Maladies Complémentaires dans la prise en charge des dépenses de santé a été présentée par les pouvoirs publics à partir de la fin des années 1980 comme un moyen de faire face à la contrainte budgétaire publique tout en améliorant la couverture santé des Français. Le recours au marché permet également selon les pouvoirs publics, avec l'appui de la théorie économique *mainstream*, d'apporter une solution à l'évolution continue et croissante des dépenses de santé depuis les années 1960 par la capacité du marché à responsabiliser les consommateurs de biens et de services de santé.

Si dans certaines conditions théoriques le marché pourrait être une solution efficace pour réguler la consommation en santé, à en croire la théorie économique *mainstream*, il se heurte à un principe de réalité en matière de santé où le marché est inefficace aussi bien sur le plan économique que sanitaire en raison des caractéristiques propres du bien santé.

Face à cela, une perspective conventionnaliste permet de mettre en évidence qu'une régulation exclusivement ou principalement marchande en santé n'est pas soutenable socialement à long terme, légitime au sens de l'EC, car elle ne permet pas justifier pleinement l'action des individus au sens de l'axiomatique des cités sous peine de conduire à sa propre perte.

Le caractère insoutenable du registre marchand oblige les pouvoirs publics à développer des mécanismes de marché compatibles avec un impératif social de solidarité. Autrement dit, le marché doit être éduqué à la solidarité pour être légitimement soutenable. En s'appuyant sur l'arsenal législatif, on met en évidence les différentes stratégies de construction d'un marché éduqué.

Chapitre 6 – L'Etatisation de la couverture santé et le nouvel esprit de l'assurance santé

Le chapitre 5 a montré que la solidarité en matière d'assurance santé se développe parce que l'État s'étend sur le marché. Le régulateur a multiplié les dispositifs juridiques pour inviter le marché à adopter une orientation solidaire de façon à ne pas exclure les plus modestes du marché tout en maitrisant les restes à charge des autres assurés. En cherchant à « policer » le marché, les pouvoirs publics ont, en creux, renforcé la place de l'assurance santé complémentaire. S'il y a moins de réticences au développement du marché, c'est parce qu'on a cherché à en lisser les effets les plus pervers. L'assurance santé privée étant plus « présentable », elle peut s'étendre au-delà de ses domaines historiques de prédilection (le ticket modérateur).

Les dispositifs législatifs ont contraint les assureurs privés à ne pas désavouer la politique publique. Ils ont imposé d'introduire des logiques de solidarité. Le marché se construit en capitalisant sur des valeurs non marchandes. En désarmant les critiques dont fait l'objet le marché de l'assurance santé, les pouvoirs publics ont légitimé la croissance du marché. Quand le marché devient plus solidaire, la hausse des primes d'assurance et des frais de gestion est plus acceptable. L'accentuation des inégalités imputables aux disparités de couverture apparaît aussi davantage soutenable. Ce réarmement du marché conduit à agrandir la place du marché. Le chiffre d'affaires augmente, mais les missions évoluent également. Fort des valeurs que lui a tant imposé que concédé l'intervention publique, le

marché a fait la preuve qu'il pouvait investir dans la mission sociétale de l'assurance et se poser en garant de l'intérêt général. C'est pourquoi il se développe à partir de raisons morales.

Première partie – Apprivoiser la Sécurité sociale. La réforme de 1967 ou les prémices de l'étatisation

Introduction de première partie

La Sécurité sociale à sa création en 1945 s'inscrit dans une tendance séculaire de prise en charge des risques sociaux. En effet, déjà depuis les lois de 1928-1930, la France est dotée d'un système d'assurances sociales couvrant les risques santé et retraite. Ce système repose en partie sur la mutualité dont les origines remontent à la première partie du XIX^{e} siècle. A la veille de la Seconde Guerre mondiale, la France a donc largement expérimenté la couverture du risque santé que cela soit par des lois d'assistance, d'assurance ou d'incitation à la couverture mutualiste (Dreyfus, 2001). La Sécurité sociale de 1945 s'inscrit dans cette tendance, mais elle a des conséquences économiques et sociales particulièrement importantes : les taux de cotisation ainsi que les droits associés augmentent significativement et cela change la vie des bénéficiaires. Cependant, son originalité est ailleurs, elle est avant tout politique.

Tandis que tous les systèmes de santé créés depuis la Révolution française excluent directement ou indirectement les ouvriers cotisants de la gestion des institutions pour lesquelles ils cotisent, la Sécurité sociale de 1945 introduit le principe de gestion par les intéressés. Pour la première fois depuis le début du processus de démocratisation, les ouvriers cotisants obtiennent le pouvoir sur une institution économique d'ampleur. La Sécurité sociale de 1945 est une institution phare de la démocratie sociale. Elle répond ainsi de manière inédite et probante à une volonté de démocratie sociale exprimée au cours de l'entre-deux-guerres et qui jusque-là avait échoué (Rosanvallon, 2002). La démocratisation du social s'impose à l'ordre politique et déborde dans l'ordre économique. Le pouvoir des travailleurs vient compléter celui de l'Etat et de son gouvernement tout en redéfinissant le conflit de répartition capital-travail.

Mais en France comme ailleurs, l'intégration de la classe ouvrière aux institutions du capitalisme n'a jamais été un processus facile et l'organisation politique de la sécurité sociale en 1945 ne fait pas l'unanimité. Loin d'une mythologie du consensus fondateur et d'une vision apolitique de la Sécurité sociale, les travaux historiques montrent à la fois l'existence de nombreux groupes hostiles à la nouvelle institution, et leurs tentatives pour la remettre en cause au cours des Trente glorieuses.

De manière métaphorique pour saisir cette opposition, on peut reprendre Antonio Gramsci qui discutant du cas des Etats-Unis, propose une réflexion sur cette problématique en reprenant une formule imagée attribuée à Friedrich Taylor : « le gorille apprivoisé ». Selon Gramsci,

> *« Taylor exprime [là] avec un cynisme brutal le but de la société américaine : développer au plus haut degré chez le travailleur les attitudes machinales et automatiques, briser l'ancien ensemble de liens psychophysiques du travail professionnel qualifié qui demandait une certaine participation active de l'intelligence, de l'imagination, de l'initiative du travailleur, et réduire les opérations de la production à leur seul aspect physique et machinal. »* (Gramsci)[7]

D'après Gramsci, la signification profonde du fordisme n'est pas à rechercher dans des méthodes spécifiques de management, mais dans sa capacité à apprivoiser le gorille — c'est-à-dire à rendre

[7] Américanisme et Fordisme [Notes extraites du Cahier V écrit en 1934.], Marxist.org, Consulté le 15/10/2021
Lien : https://www.marxists.org/francais/gramsci/intell/intell5.htm

compatibles les désirs économiques et politiques des ouvriers avec les impératifs de développement du capitalisme américain. Dès 1946, tout l'enjeu pour les groupes sociaux hostiles à la démocratie sociale et à l'émancipation des travailleurs est d'apprivoiser le nouveau gorille : la Sécurité sociale.

Si la lutte contre les principes de 1945 se donne à voir dès les premières années de vie de la Sécurité sociale, ce n'est qu'en 1967, avec l'ordonnance Jeanneney-De Gaulle, qu'elle obtient sa première grande victoire. L'objectif de cette première partie est de mettre en lumière l'importance de la réforme de 1967 dans l'histoire de la Sécurité sociale. Cette réforme reste largement méconnue bien qu'elle soit plus décisive pour comprendre la Sécurité sociale aujourd'hui que les ordonnances de 1945. L'ordonnance se caractérise par deux changements majeurs.

Premièrement, elle modifie la distribution du pouvoir dans l'organisation de la Sécurité sociale en réduisant la place des représentants de salariés. Tandis qu'en 1946 ils avaient 75 % des sièges aux conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale, ils n'en ont après 1967 que 50 %. Cette perte de puissance s'accompagne d'une dévitalisation démocratique puisque les représentants ne sont plus élus, mais désignés par le gouvernement.

Deuxièmement, la réforme de 1967 acte la transformation de la conception de la Sécurité sociale. En focalisant une fois pour toutes l'attention sur un déficit de la Sécurité sociale, le moment 1967 construit le cycle, jusqu'à aujourd'hui irréversible, de la réforme budgétaire. Or, cette focalisation s'appuie sur une conception particulière de la Sécurité sociale qui en fait une politique sociale comme une autre et non une institution à part dans le capitalisme français. Elle entérine la Sécurité sociale comme béquille du capitalisme et prépare la remise en cause future de l'institution.

La réforme de 1967 a donc la particularité, à l'inverse des précédentes, de mettre fin à la Sécurité sociale telle qu'elle a été pensée par le Conseil National de la Résistance (CNR) et ses principaux pères fondateurs[8] c'est-à-dire une institution permettant de dégager les travailleurs de la « hantise du lendemain » inhérente à leur position et qu'ils gouvernent eux-mêmes. Si la réforme ne transfère pas directement le pouvoir de la Sécurité sociale vers l'Etat, elle anticipe largement cette réappropriation. En anesthésiant la démocratie sociale et en imposant une conception sur l'institution qui la subordonne aux intérêts économiques de l'Etat, elle apprivoise la Sécurité sociale pour reprendre la métaphore de Gramsci.

Cette première partie contribue ainsi à affiner l'histoire économique du néolibéralisme dans le monde de la santé. Les bouleversements économiques observés à partir des années 1980 ne sont possibles que parce qu'ils ont été précédés d'une redistribution du pouvoir politique.

Le ***chapitre 1*** revient sur le tournant majeur que constitue 1967 sur le plan organisationnel comme sur celui de la philosophie qui préside au fonctionnement de la Sécurité sociale. Afin d'en saisir les tenants et les aboutissants, nous avons fait le choix de l'étudier à travers les débats parlementaires qui entourent la réforme. En effet, la réforme de 1967 fait partie d'un mouvement général de réformes par ordonnances de l'économie française, souhaité alors par le Gouvernement de Georges Pompidou. Elle s'insère alors de fait dans le développement d'une vision globale de ce que doivent être l'économie française et son fonctionnement. Si les débats des députés sont

[8] Nous retenons Alexandre Parodi, Pierre Laroque, Ambroise Croizat et la CGT (Bec, 2014 ; Friot, 2012 ; Valat, 2001)

initialement centrés sur la question du déficit budgétaire de la Sécurité sociale, à l'initiative du gouvernement notamment, la Sécurité sociale est ensuite abordée par les députés non pas comme un objet technique et singulier, mais bien comme une composante centrale de la politique économique du pouvoir Gaulliste alors sous pression d'un contexte social troublé. Nous utilisons le cadre théorique de l'Economie des conventions pour comprendre la force de l'argument du déficit et révéler le sens profond du débat : interroger le modèle de développement français dans le capitalisme.

Le ***chapitre 2*** propose de relire les débats de 1967 à partir de l'opposition entre trois conventions de Sécurité sociale. La convention anticapitaliste pose que la Sécurité sociale est une institution permettant d'échapper aux contradictions du capitalisme. La séparation stricte entre la Sécurité sociale et l'Etat est structurante. De leur côté, malgré des différences non négligeables, les conventions solidariste et libérale ont pour point commun de ne pas valoriser la séparation politique de la Sécurité sociale et de l'Etat. La Sécurité sociale est une politique sociale comme une autre qui doit passer sous le contrôle de l'Etat. Dans la transition du fordisme au néolibéralisme, le principe même de la Sécurité sociale n'est jamais remis en cause. Mais sa représentation change : il n'est plus question pour elle de revendiquer une place à part dans la démocratie française.

Chapitre 1 – L'enjeu du débat de 1967 : du déficit de la Sécurité sociale à sa redéfinition

Introduction

L'organisation actuelle de la Sécurité sociale repose en majeure partie sur l'ordonnance n° 67-706 du 22 août 1967. Avec cette ordonnance la Sécurité sociale adopte le paritarisme dans ses conseils d'administration et se divise en trois caisses nationales pour chacun des risques (maladie, vieillesse et famille). 1967 acte l'abandon de la représentation ouvrière majoritaire face aux organisations patronales, et de l'unité des caisses. L'institution que nous connaissons aujourd'hui a été davantage structurée par l'ordonnance de 1967 que par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 qui sont pourtant toujours mises en avant alors qu'il n'en reste que peu d'éléments.

Malgré son caractère fondateur pour la Sécurité sociale, l'ordonnance de 1967 ne fait l'objet que d'une faible attention dans les travaux académiques qui s'intéressent aux évolutions sur longue période du système de protection sociale français. La littérature économique et historique sur le sujet se caractérise par une myopie asymétrique. D'un côté, les recherches économiques identifient généralement un changement « comptable » ou « gestionnaire » de la Sécurité sociale dans les années 1970-1980, concomitant d'un tournant général des économies développées vers le néolibéralisme, sans pour autant évaluer l'importance de la réforme de 1967 dans cette trajectoire (Bozio & Dormont, 2016 ; Palier & Bonoli, 1995). Du côté des recherches historiques sur la Sécurité sociale, on peut formuler le constat inverse : la réforme de 1967 est l'objet de discussions importantes, mais celles-ci ne sont pas rattachées aux transformations économiques des années 1970-1980 (Barjot, 1997 ; Informations sociales, 2015 ; Kocher-Marboeuf, 2013 ; Valat, 2001 ; Valat & Laroque, 2015 ; Vie Sociale, 2016).

L'originalité et l'influence de l'ordonnance de 1967 dans l'histoire économique de la Sécurité sociale sont largement sous-évaluées. Cette réforme est pourtant un maillon essentiel, pour ne pas dire déterminant, dans la transformation de la Sécurité sociale. Elle permet de remettre en cause, ou tout du moins de nuancer les périodisations habituelles sur l'histoire de l'Etat social en France. La littérature en sciences sociales a en effet insisté sur la mutation du capitalisme français dans les années 1980. Quel que soit le vocabulaire retenu, l'idée généralement admise est que cette décennie marque un changement idéologique sur la conception du rôle de l'Etat dans l'économie (notamment en ce qui concerne la protection sociale), cette grande transformation dans le monde des idées entraine une modification dans la politique publique elle-même. La littérature parle ainsi d'avènement du néolibéralisme, du post-fordisme, de la financiarisation ou encore pour la période actuelle du capitalisme anthropogénique (Boyer, 2015).

Insister sur la réforme de 1967 permet de relativiser la brutalité de la rupture constatée au cours des années 1970-1980. Il ne s'agit pas ici de contester les mutations du capitalisme, mais de montrer en quoi celles-ci s'inscrivent dans une histoire économique contradictoire. Les fondements idéologiques et matériels de la période contemporaine peuvent être identifiés en plein cœur de la période fordiste.

Contrairement à une idée largement répandue, la Sécurité sociale en 1945 n'est pas le produit d'un consensus politique, mais d'un état du rapport de forces. D'autres travaux ont ainsi montré que dès

1945, de nombreuses oppositions à la Sécurité sociale se font jour et que la matrice des critiques ressemble trait pour trait aux critiques contemporaines (Da Silva, 2017 ; Duval, 2002 ; Hatzfeld, 1971). Cependant, ce n'est qu'en 1967 que les critiques du modèle originel de la Sécurité sociale se transforment en politique publique. La grande originalité du moment 1967 est la mise en chantier de la destruction de certains des caractères fondamentaux de la Sécurité sociale de 1945 : la gestion par les intéressés et la mutualisation des risques sociaux.

A l'occasion de cette réforme, tous les thèmes structurants les futurs débats sur la protection sociale sont posés et se cristallisent. Il s'agit pêle-mêle de la question du déficit de la Sécurité sociale, du coût de la santé, la conception démocratique de la gouvernance économique (suppression des élections au nom du coût), la responsabilité comptable (*accountability*) des organisations, la primauté de l'Etat (politique et administration), la concurrence internationale (européenne). Pour chacun de ces éléments, on peut trouver des éléments précurseurs pré-1967 et des développements post-1967. Cependant, la particularité principale de 1967 par rapport à d'autres dates est d'être un moment où tous ces éléments connaissent une évolution majeure et simultanée. La réforme de 1967 agit comme une focale qui permet de mettre en lumière, d'expliciter des phénomènes que l'on connaît, mais indépendamment des autres : 1967 fait système par sa cohérence.

L'objectif de ce chapitre est de démontrer l'originalité et l'influence du moment 1967 dans l'histoire de la Sécurité sociale. C'est la première grande réforme de l'institution qui, en plus d'apporter des changements d'ampleur, fournit le canevas pour toutes les réformes à venir. 1967 est la réforme mère de toutes les autres réformes de la Sécurité sociale. C'est à cette occasion que l'argument du déficit de la Sécurité sociale devient un argument d'autorité autorisant n'importe quel type de transformation structurelle et paramétrique. Mais, derrière l'argumentation technique, se dissimule une tectonique des plaques : 1967 change la conception même de la Sécurité sociale. Ce qui est en jeu n'est pas le déficit ou l'organisation de l'institution, mais son sens et sa place dans le capitalisme de la fin des années 1960. La réforme de 1967 redéfinit ainsi la Sécurité sociale.

D'un point de vue méthodologique, ce chapitre est nourri par une lecture de la littérature grise (rapport de la Cour des comptes, archives des administrations ou récits des protagonistes). Il repose également sur l'étude de débats parlementaires liés aux mesures économiques et sociales prises par le gouvernement Pompidou au cours de l'année 1967. L'entrée par les débats parlementaires nous oblige à prendre au sérieux la parole des parlementaires et leurs moments de controverse où les justifications et critiques s'expriment. Nous sommes ainsi en position de considérer leurs discours comme une expression satisfaisante des valeurs qui animent la réforme. Cette méthodologie s'articule au cadre théorique mobilisé : l'Economie des conventions. Ce courant théorique permet en effet de repérer dans le discours des acteurs les références normatives qui justifient leur action et qui construisent un devenir de la Sécurité sociale plutôt qu'un autre.

La première section de ce chapitre s'intéresse en détail au contexte et au contenu de la réforme de 1967. Il s'agit de rappeler l'originalité de la Sécurité sociale de 1945 et en quoi les changements de 1967 s'y opposent : le paritarisme et la séparation des risques sociaux. Paradoxalement, si la réforme de 1967 est justifiée par l'impératif de réduire les déficits, elle est avant tout une réforme organisationnelle et rien ne permet de mettre en évidence un lien entre organisation et équilibre budgétaire. La réforme de 1967 prend surtout son sens lorsqu'on la replace dans le contexte de la fin des années 1960 : la France est sur le point d'intégrer le traité de Rome et tout l'enjeu est de savoir si la Sécurité sociale est compatible avec les exigences du marché commun. Au débat sur

la responsabilité des déficits de la Sécurité sociale (thématique des charges indues) s'ajoute celui sur la place du couple Etat/Sécurité sociale dans une économie capitaliste.

La deuxième section propose de relire les débats parlementaires de 1967 à partir du cadre théorique de l'Economie des conventions. L'objectif est de rechercher derrière les mots des députés, leurs conceptions du monde. Nous proposons ainsi de décortiquer le fonctionnement de ce que l'on n'appelle pas encore en 1967 l'argument du « trou de la sécu ». Le déficit de la Sécurité sociale devient à cette période un argument d'autorité justifiant la réforme. Mais la justification plus précise de la réforme – la conception du monde qu'elle engage – reste difficile à trouver. En nous inspirant du modèle de cités de Boltanski et Thévenot, nous avançons l'hypothèse d'une cité assurantielle et d'une cité communiste permettant de comprendre le sens caché des réformes de la Sécurité sociale.

1. La réforme de 1967 de la Sécurité sociale à travers les débats parlementaires

L'histoire de la Sécurité sociale n'est pas linéaire. Elle ne se résume pas à un mouvement perpétuel de réformes d'importance comparable associées à une litanie de plans de redressement budgétaires (Pierru, 2011a). L'histoire de la Sécurité sociale est faite de ruptures. La réforme de 1967 constitue une coupure radicale et occupe une place centrale dans l'évolution de l'institution. Cette réforme dessine, contre l'ambition fondatrice de 1945, la structure organisationnelle que nous connaissons aujourd'hui (1.1). L'étude des débats parlementaires ayant préparé la réforme de 1967 permet de mettre à jour l'enjeu principal de la réforme. Paradoxalement, l'organisation de la Sécurité sociale et la croissance des dépenses de santé occupent une place marginale dans les débats, contrairement au débat sur les charges indues et sur la place de la France dans la concurrence internationale (1.2).

1.1. La réforme oubliée de 1967 de la Sécurité sociale : un moment charnière et controversé

La réforme de 1967 de la Sécurité sociale est une réforme principalement organisationnelle. Elle a la particularité de remettre en cause les principes mêmes qui ont présidé à la création de la Sécurité sociale en 1945 (1.1.1). Aussi, la conflictualité autour du projet de réforme révèle des oppositions idéologiques sur ce qu'est et ce que doit être la Sécurité sociale. Afin d'identifier les tenants et les aboutissants de ce conflit idéologique fort, nous avons fait le choix méthodologique de recourir à l'analyse des débats parlementaires sur la réforme (1.1.2).

1.1.1. La réforme de 1967 : contre la Sécurité sociale des origines

La forme contemporaine que prend la protection sociale française paraît assez confuse : elle est financée à la fois par une socialisation du salaire (la cotisation sociale) et par l'impôt sur le revenu (la contribution sociale généralisée) ; elle intervient largement pour de nombreux risques, mais laisse aussi des marges importantes au secteur privé ; elle fonctionne sur des principes tantôt universels tantôt conditionnels ; elle ne se compose pas d'une seule caisse, mais d'une multitude de caisses en fonction du statut professionnel (cadre, indépendant, agriculteur, fonctionnaire, etc.). Pour comprendre l'enchevêtrement de ces différentes logiques et les représentations associées, il faut revenir à la naissance de l'institution après la Seconde Guerre mondiale.

Il existait avant 1946 un vaste système d'assurance sociale avec le versement de prestations financées par des cotisations obligatoires (Dreyfus et al., 2015). Celui-ci était également assez confus puisqu'il s'appuyait sur des lois non ou mal articulées les unes aux autres[9] et votées au gré des alternances politiques. En dépit de ces lois, les risques sociaux étaient toujours mal couverts. Pendant la Seconde Guerre mondiale, le Conseil national de la résistance[10] rédige son programme *Les jours heureux* qui prévoit la création d'un « plan complet de Sécurité sociale » (CNR, 1944). Dans cette perspective, les 4 et 19 octobre 1945, le Gouvernement provisoire de la République française définit les modalités de fonctionnement de la Sécurité sociale. La véritable rupture ne constitue pas la création de la Sécurité sociale, mais celle du Régime général de la Sécurité sociale (RG). La Sécurité sociale, au sens d'assurances sociales couvrant la réalisation de risques sociaux, existe déjà avant 1945. En plus de l'extension des droits des assurés, la nouveauté est la création du RG qui rassemble toutes les dispositions antérieures au sein d'un organisme unique confié aux salariés. La Sécurité sociale de 1945 est une innovation politique avant d'être une innovation économique. La radicalité du régime général se donne à voir au travers de trois principes très novateurs (Friot, 2012) :

- Une caisse unique qui verse les prestations sociales. Contrairement aux périodes précédentes caractérisées par la multiplication des caisses de petite taille, l'ambition est d'unifier au sein d'une seule caisse tous les travailleurs (indépendamment de leur profession) et tous les risques sociaux (maladie, accident du travail, maladie professionnelle, famille, vieillesse). L'intérêt de la caisse unique est de fournir de plus grandes garanties financières (notamment en rendant possibles les compensations entre risques).
- Un financement par une cotisation sociale interprofessionnelle à taux unique. Les caisses d'avant-guerre percevaient des cotisations dont la base de calcul était différente selon l'entreprise et le statut du salarié. L'intérêt d'une cotisation interprofessionnelle à taux unique est de supprimer les différences de traitement entre les entreprises.
- Une gestion de la Sécurité sociale par les « intéressés », ou démocratie sociale, qui prend la forme d'une gestion par les salariés cotisants et par leurs représentants syndicaux. Les conseils d'administration des caisses primaires (à l'échelon local) sont constitués de trois-quarts de représentants syndicaux et d'un quart de représentants patronaux. Cette organisation confère donc aux salariés eux-mêmes la gestion de l'institution.

Ces règles s'incarnent par des dispositifs comme la création de caisses primaires de Sécurité sociale, c'est-à-dire de guichets où, par exemple, les malades ou les retraités peuvent se faire rembourser leurs soins ou percevoir leur pension. A l'origine, les allocations familiales constituent le premier poste de dépenses du Régime général (Valat, 2001). Pour beaucoup de familles, elles permettent de doubler le salaire. La dimension démocratique se matérialise par l'organisation d'élections (les premières en avril 1947). Après les souffrances de la guerre, la Sécurité sociale et son Régime général modifient profondément la vie de nombreux citoyens français, ce qui explique aujourd'hui encore qu'ils y soient profondément attachés.

[9] Loi sur les retraites ouvrières et paysannes de 1910, les lois sur les retraites et la santé de 1928 et 1930, la loi sur les allocations familiales de 1932, la loi sur les retraites de 1941, etc.
[10] Organisation regroupant toutes les tendances politiques en vue de préparer l'après-Libération.

Ce modèle initial est amendé lors du moment charnière qu'est la réforme de 1967 de la Sécurité sociale. Le moment 1967 est souvent mis de côté, voire ignoré. Pourtant, on peut le qualifier de charnière, car les trois grands principes qui caractérisent le modèle initial sont remis en cause au profit d'un nouveau modèle qui change la nature de la Sécurité sociale. La Sécurité sociale a connu de nombreuses autres réformes depuis sa création, mais il faut insister sur la spécificité souvent négligée de la réforme de 1967.

En effet, comme le signale Catherine Mills, l'avènement de la Ve république est une étape décisive dans la remise en cause de la Sécurité sociale « type 1945 » par le patronat et l'Etat (Mills, 1981). En 1958, le plan de « remise en ordre » Rueff-Pinay promeut des « économies sur les dépenses publiques improductives » (Ibid. - p.110). Cette logique se traduit par des mesures spécifiques sur le système de santé et la Sécurité sociale avec l'ordonnance du 30 décembre 1958 et le décret du 12 mai 1960. Il s'agit déjà de modifier, a minima, les conditions de remboursement et de gestion de la Sécurité sociale. Les ordonnances d'août 1967 couronnent la volonté de « remise en ordre ». Celles-ci restructurent en profondeur la Sécurité sociale en instaurant le paritarisme et la division en risques. La réforme de 1967 présente la particularité d'être la première réforme depuis 1945 qui touche toute la structure de la Sécurité sociale et non pas un risque spécifique. Si l'on reprend une à une l'histoire des réformes présentées par Barjot (1997), les réformes menées entre 1967 et 1995 sont soit spécifiques à un risque soit essentiellement budgétaires. Il faudra attendre la réforme Juppé de 1995 pour connaitre une réforme aussi structurelle et générale.

En 1967, la Sécurité sociale fête ses 22 années d'existence au cours desquelles elle est devenue la principale institution du système de protection sociale français (Valat, 2001). Cette institution, issue du contexte très particulier de la fin de la Seconde Guerre mondiale, est alors au centre de toutes les attentions. Le gouvernement du Premier ministre Georges Pompidou, reconduit au pouvoir à la suite des élections de mars 1967, souhaite la réformer en profondeur. Il s'agit pour le gouvernement de trouver une solution au problème du déficit budgétaire croissant auquel serait confrontée la Sécurité sociale depuis le début des années 1960.

La réforme de 1967 met en place des mesures d'ordres financier et organisationnel. Les mesures financières sont des solutions éprouvées : hausse du taux de cotisation et augmentation du ticket modérateur. On peut remarquer cependant que c'est à l'occasion de cette réforme que pour la première fois une taxe est affectée à la Sécurité sociale (taxe sur les primes d'assurance automobile).

En revanche, les mesures organisationnelles sont plus innovantes. Elles concernent la structure même de la Sécurité sociale en remettant en cause deux principes fondateurs de son fonctionnement : l'unité de la gestion des risques et la démocratie sociale « type 1945 ». Il s'agit pour le premier principe de diviser la Caisse Nationale de Sécurité sociale existante en quatre entités administratives nationales, indépendantes les unes des autres et chacune spécialisée dans une mission. Sont ainsi créées trois Caisses Nationales de Sécurité sociale : une pour l'Assurance-Maladie (CNAM), les Allocations Familiales (CNAF) et l'Assurance Vieillesse (CNAV) et une entité dédiée au recouvrement de l'ensemble des cotisations, l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité sociale (ACOSS). Pour le second principe, il s'agit de remplacer les élections aux conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale alors en vigueur par la nomination par le gouvernement des administrateurs de la Sécurité sociale, et ce de manière paritaire entre les employés et les employeurs. La démocratie sociale élective de 1945 laisse ainsi sa place à une

démocratie sociale paritaire. Elle remet en cause le principe de gestion directe par les assurés sociaux de la Sécurité sociale. Le tableau suivant (n° 1.1) résume les différences entre la Sécurité sociale de 1945 et celle de 1967.

Tableau n° 1.1 – Organisation de la Sécurité sociale en 1945 et 1967

Sécurité sociale en	1945	1967
Caisse	Unique	3 caisses de Sécurité sociale
Financement	cotisation sociale interprofessionnelle à taux unique	1 agence dédiée au recouvrement de l'ensemble des cotisations
Gestion	¾ de représentants syndicaux	Paritarisme

Source : auteur

La réforme de la Sécurité sociale de 1967 a été préparée par de nombreux rapports : le rapport Dobler en 1963, celui du Conseil national du patronat français (CNPF) en 1965, celui de la commission des prestations sociales du Ve plan (Bordaz), celui de la commission Canivet en 1966, celui de la commission Friedel en mars 1967. On pourrait y ajouter les rapports annuels de la Cour des comptes. Autrement dit, la réforme semble inévitable et c'est ce scénario inéluctable que retiendra la littérature (Valat, 2001).

Cependant, la réforme de 1967 fait l'objet de nombreux débats, car ni l'urgence budgétaire ni l'adéquation des solutions proposées par le gouvernement aux problèmes de la Sécurité sociale ne font consensus. Afin de saisir les enjeux qui se jouent alors nous allons nous éloigner de la littérature académique existante ou des rapports justifiant la réforme pour essayer de saisir les différents points de vue qui s'opposent. Contre une analyse téléologique de la réforme de 1967, nous allons prendre au sérieux l'hypothèse que cette réforme n'était pas la seule option disponible et crédible dans le débat politique. Pour cela nous allons recourir aux débats parlementaires qui entourent la réforme.

1.1.2. Analyser les justifications de la réforme à partir des débats parlementaires

Pour analyser la réforme de 1967 de la Sécurité sociale sans être contraint par les résultats de la littérature existante qui se contredisent ou se nuancent, il est nécessaire de trouver un ensemble de sources capable de refléter le plus largement les options disponibles sur le plan politique et économique. Nous avons fait le choix de retenir l'option des débats parlementaires, car par définition, ils offrent une représentation assez large du corps politique français et reflètent le processus démocratique légal dans le système républicain français. Par ailleurs, comme nous allons le voir, le contexte particulier de l'année 1967 exacerbe la richesse empirique des débats

parlementaires. Cette année se caractérise par ses nombreuses controverses qui conduisent à l'expression des divers points de vue, ce qui fournit un matériel d'étude significatif de la période.

La préoccupation du rétablissement de l'équilibre budgétaire de la Sécurité sociale s'inscrit dans un contexte plus large de réforme globale du système économique et social français. Un point focal du débat politique en 1967 est l'adaptation à l'entrée en vigueur du Marché Commun au 1er janvier 1968[11]. Autrement dit, l'objectif du gouvernement est d'assurer la compétitivité des entreprises françaises face à l'ouverture du marché national à la nouvelle concurrence des pays du marché commun, notamment l'Allemagne. Pour y parvenir, le gouvernement légifère par ordonnances à l'été 1967 sur une série de « mesures d'ordre économique et social » portant sur l'emploi, le fonctionnement des entreprises, les règles de la concurrence et la Sécurité sociale[12]. Pour expliquer le recours à l'article 38 de la constitution autorisant le gouvernement à légiférer par ordonnances[13], le Premier ministre Georges Pompidou avance l'argument de l'imminence de la mise en place du Marché Commun. Mais c'est aussi, et peut-être surtout, le contexte politique troublé auquel doit faire face le Premier ministre qui justifie l'utilisation d'une telle procédure.

En effet, les élections de mars 1967 ont fragilisé la majorité gouvernementale (*cf*. Tableau n° 1.2). Le Premier ministre Georges Pompidou, qui disposait au cours de la précédente législature d'une majorité assurée avec 268 sièges, ne dispose désormais plus que de la stricte majorité absolue avec 244 sièges. En outre, la majorité gouvernementale, toujours constituée de l'Union Démocratique pour la Ve République (UDVeR) et des Républicains Indépendants (RI), doit composer avec la méfiance d'une partie des Républicains Indépendants à l'égard des Gaullistes de l'UDVeR (Charlot, 1971). De son côté, l'opposition sort renforcée des élections. Les forces socialistes et radicales se sont unifiées avec la création de la nouvelle Fédération de la Gauche Démocratique et Socialiste (FGDS). Les communistes (C) disposent, quant à eux, d'un groupe constitué de 73 sièges contre 41 auparavant. Ce succès de la gauche est renforcé par les syndicats qui se mobilisent face aux premières esquisses des réformes envisagées.

[11] Le Marché Commun correspond à l'union douanière des Communautés Économiques Européenne prévue par le Traité de Rome en 1957.

[12] Au total, 35 ordonnances vont être prises par le gouvernement entre juillet et septembre 1967.

[13] Les ordonnances permettent d'accélérer le processus législatif en supprimant les débats parlementaires nécessaires à l'étude et au vote par les assemblées de chacune des mesures prévues. En contrepartie, le gouvernement engage sa responsabilité, c'est-à-dire il prend le risque de devoir démissionner s'il est mis en minorité lors du vote de la loi d'habilitation, loi qui autorise le gouvernement à légiférer par ordonnances. Elle définit aussi les sujets sur lesquels il peut le faire.

Tableau n° 1.2 – Composition de l'Assemblée nationale en 1962 et 1967

1962		**1967**	
Groupe parlementaire	**Sièges**	**Groupe parlementaire**	**Sièges**
Union pour la Nouvelle République (UNR)	*233*	*Union Démocratique pour la Ve République (UDVeR)*	*201*
Républicains indépendants (RI)	*35*	*Républicains indépendants (RI)*	*43*
Centre démocrate (CD)	55	Progrès et démocratie Moderne (PDM)	42
Socialistes (SOC)	66	Fédération de la Gauche Démocratique et socialiste (FGDS)	121
Rassemblement démocratique (RD)	39	-	-
Communistes (C)	41	Communistes (C)	73
Isolés	13	Isolés	9
Total	**482**	**Total**	**487**

Source : Assemblée nationale (1967) – Les chiffres donnés correspondent aux effectifs de chaque groupe en début de chacune des législatures.

Compte tenu de cette recomposition du contexte politique, le Premier ministre Georges Pompidou préfère engager la responsabilité de son gouvernement sur l'ensemble de son programme (Article 49-3 de la constitution). Cela lui permet d'envoyer un signal fort à l'opposition et de s'assurer de l'allégeance de sa majorité parlementaire. Malgré cette stratégie visant à limiter le débat parlementaire autour des réformes envisagées, le gouvernement doit faire face à des débats révélant des oppositions profondes. Les débats autour de l'avenir de la Sécurité sociale se révèlent être particulièrement exemplaires de cette opposition.

Le cadre parlementaire en raison de son statut de lieu d'expression privilégié – en principe représentatif – de la parole politique nous offre un échantillon des discours qui s'affrontent[14]. Se retrouvent ainsi synthétisés en un lieu dédié au débat, l'Assemblée nationale, les éléments principaux des différents discours produits à l'époque par les acteurs économiques et sociaux sur la réforme de 1967 de la Sécurité sociale et ses enjeux. Les débats parlementaires étant réduits à leur plus simple expression, les parlementaires sont amenés à se concentrer sur les points essentiels de leur message politique. Ils s'expriment sur la réforme de la Sécurité sociale principalement lors des trois lectures de la loi d'habilitation à légiférer par ordonnances, des débats concernant le volet « Affaires Sociales » des lois de finances rectificatives pour 1967 et initiales pour 1968 et des séances de questions diverses.

Remarquons que si par définition la procédure des ordonnances limite les débats parlementaires, elle oblige immédiatement une montée en généralité au moment de la loi d'habilitation à légiférer par ordonnances. Le gouvernement doit en effet être en mesure de convaincre du bien-fondé de

[14] Pour une analyse approfondie de la démocratie française, notamment de ses limites, on se reportera à (Rosanvallon, 2002)

l'ensemble des mesures qu'il propose. Cet impératif de justification est rendu nécessaire par la faible majorité des gaullistes ce qui est alors inédit pour la Ve république caractérisée par un parlementarisme majoritaire et une subordination du parlement au gouvernement (Parodi, 1967 ; Portelli, 2018).

Evidemment, d'autres sources de ces discours pourraient compléter cette analyse, d'autant plus qu'il y a eu une véritable effervescence autour de la réforme tant du côté des partenaires sociaux que dans la sphère académique[15]. On pourrait également mobiliser les rapports annuels de la Cour de comptes qui dans le chapitre consacré à la Sécurité sociale présentent un panorama des arguments mobilisés en faveur de la réforme de la Sécurité sociale. Cependant, notre analyse exploratoire des rapports de la Cour des comptes révèle que les arguments employés par cette institution sont conformes aux arguments du gouvernement et ne laissent pas de place au débat contradictoire.

A la lumière de l'analyse de ces débats parlementaires, il est frappant de constater que les aspects essentiels de la réforme de la Sécurité sociale de 1967 n'occupent pas le cœur des débats. Ni les enjeux organisationnels (division en risques et paritarisme) ni ceux liés aux dépenses de santé sont abordés ou que très partiellement. En revanche, lorsqu'ils le sont, ils font écho de manière surprenante à des débats contemporains sur la Sécurité sociale et la santé : responsabilité des médecins pour les dépenses de santé, assurés sociaux mis à contribution, abus et fraude, prix des médicaments ou responsabilité des partenaires sociaux (Batifoulier, 2014, Da silva, 2017).

Précisons que nous avons opté pour analyse non lexicométrique des débats parlementaires en raison de la fragmentation des débats sur plusieurs périodes et sur plusieurs sujets en même temps. Il était difficile de construire un corpus unifié et homogène pour en faire une analyse lexicographique significative.

Au total, notre choix méthodologique pour analyser la réforme de 1967 repose sur l'étude des débats parlementaires de 1967. Compte tenu du fait que les débats relatifs à Sécurité sociale sont dispersés parmi ceux relatifs à d'autres questions, nous avons procédé à une sélection en amont de jours précis à partir de la littérature historique et des tables analytiques et nominatives des débats de la IIIe législature de la Ve république. Les débats pour leurs versions numériques ont été téléchargés en ligne pour la IVe (http://4e.republique.jo-an.fr/) et la Ve république (http://archives.assemblee-nationale.fr/3/cri/index.asp).

Nous avons passé en revue les comptes-rendus des débats parlementaires de la IIIe législature du 3 avril au 30 mai 1968, afin de repérer à partir des sommaires et des tables analytiques les principales journées des débats qui évoquent la Sécurité sociale ou pour certaines journées le contexte des débats. On retiendra principalement 21 journées (Tableau n° 1.3) parmi lesquelles on retrouve des moments forts de la vie parlementaire : motions de censure ou déclaration de politique générale. Les deux moments les plus féconds sont ceux qui correspondent aux débats autour du projet de loi pour autoriser le gouvernement à prendre par ordonnances des mesures d'ordre économique et de ceux pour la loi de finances pour 1968.

[15] À l'occasion de la réforme plusieurs numéros de revues scientifiques sont publiées : « La réforme de la Sécurité sociale », Droit Social, (1968) ; « La Sécurité sociale et les régimes complémentaires de retraites », Revue économique, (1967).

Tableau n° 1.3 – Journées retenues de IIIe législature

Date	Evènement
3 avril 1967	Installation des groupes
18 avril 1967	Déclaration de politique générale
19 avril 1967	Déclaration de politique générale
20 avril 1967	Déclaration de politique générale
18 mai 1967	Motion de censure
19 mai 1967	Motion de censure
20 mai 1967	Motion de censure
7 juin 1967	Projet de loi pour autoriser le gouvernement à prendre par ordonnances des mesures d'ordre économique et social
8 juin 1967	Loi de finances rectificative
9 juin 1967	Motion de censure
14 juin 1967	Projet de loi pour autoriser le gouvernement à prendre par ordonnances des mesures d'ordre économique et social
15 juin 1967	Motion de censure
16 juin 1967	Motion de censure
3 octobre 1967	Motion de censure
10 octobre 1967	Motion de censure
11 octobre 1967	Loi de finances
25 octobre 1967	Loi de finances pour 1968 - Affaires sociales
25 octobre 1967	Loi de finances pour 1968 - Affaires sociales
26 octobre 1967	Loi de finances pour 1968 - Affaires sociales
26 octobre 1967	Loi de finances pour 1968 - Affaires sociales
18 avril 1968	Réponse sur le coût des élections

Source : auteur

Les débats se concentrent principalement sur la question des charges indues comme principale cause du déficit de la Sécurité sociale. Mais cette question apparaît comme un prétexte dans la mesure où elle se déplace vers celle du modèle économique que doit adopter la France dans les années à venir compte tenu de l'ouverture à la concurrence européenne. La Sécurité sociale de par son rôle central dans l'économie française permet de monter en généralité : d'un débat technique et spécifique sur la Sécurité sociale, les parlementaires glissent vers la question très actuelle de compétitivité de l'économie française et de répartition de la valeur ajoutée (Husson, 2015).

1.2. La réforme de la Sécurité sociale de 1967 à travers les débats parlementaires

L'analyse des débats parlementaires de la IIIe législature sur la réforme de 1967 permet de mettre en évidence trois faits majeurs. Le premier est que l'organisation de la Sécurité sociale ne ressort que marginalement des débats alors qu'elle constitue une dimension primordiale des réformes de 1967 (1.2.1). De la même manière, si la question de l'augmentation des dépenses de santé est une préoccupation importante du gouvernement, il faut attendre le débat de la loi de finances pour que la question soit largement abordée (1.2.2). L'enjeu principal concerne la question de la répartition des dépenses entre l'Etat et la Sécurité sociale dans un contexte d'ouverture à la concurrence européenne de l'économie française (1.2.3).

1.2.1. L'organisation de la Sécurité sociale : une place marginale dans le débat

Les aspects organisationnels de la réforme (séparation en risques et paritarisme) sont peu présents lors des différents débats au cours de l'année 1967. Nous retraçons dans cette section les quelques échanges qui les concernent. Ils sont évoqués soit de manière assez vague par le Premier ministre Georges Pompidou, soit de manière « technique » par le ministre des Affaires sociales Jean-Marcel Jeanneney. Les propos de ce dernier n'apportent d'ailleurs qu'une justification superficielle à ces changements organisationnels. L'exposé du ministre ne permet pas de rentrer dans le détail des intentions du gouvernement, mais prend la forme d'un argument d'autorité. De son côté, l'opposition socialiste et communiste accuse le gouvernement de servir le patronat en le renforçant[16] dans les conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale.

Ainsi, au début de la législature, le 18 mai 1967, le Premier ministre G. Pompidou déclare à l'occasion du débat sur la première motion de censure contre la loi d'habilitation :

> *Mais il n'est nullement question de remettre en cause les conquêtes fondamentales apportées par l'institution de la Sécurité sociale en 1945. Le Gouvernement souhaite, au contraire, parachever l'œuvre entreprise à cette époque et poursuivie depuis. […] Il conviendra pour cela d'organiser le meilleur emploi des ressources, d'améliorer et d'adapter le mode de gestion à l'évolution des rapports sociaux, d'introduire plus de clarté dans la présentation des comptes et la répartition des responsabilités respectives de l'Etat et des gestionnaires des divers régimes sociaux. Cela suppose un allégement et une simplification des règles de gestion des régimes publics de prévoyance, en associant à cette gestion, de façon plus étroite et avec des responsabilités plus étendues qu'aujourd'hui, les représentants des salariés et des employeurs.* (JO du 18 mai 1967, p.1066)

Il faut attendre le débat du 25 octobre, organisé à l'occasion du projet de loi de finances pour l'année 1968, pour que le ministre J-M. Jeanneney précise le discours du Premier ministre :

> *Si l'on voulait que l'équilibre ainsi réalisé pour 1968 le demeurât au cours des années suivantes, il apparaissait que certaines réformes de structure devaient être accomplies. Ces réformes ont tendu principalement à une plus grande clarification des comptes. La solidarité dont je parlais tout à l'heure implique que ceux qui cotisent*

[16] Bien que représenté dans les conseils d'administration des caisses, le patronat y joue un rôle minoritaire de par la répartition des sièges. (Valat & Laroque, 2015)

> *plus qu'ils ne reçoivent sachent au moins à qui bénéficient leurs cotisations. Plus de clarté dans les comptes : cela se trouve réalisé par une distinction stricte des cotisations selon leur affectation. Cette distinction se traduit sur le plan institutionnel par la création de trois caisses nationales, nettement séparées, chargées l'une de gérer les ressources destinées aux familles, l'autre les ressources destinées aux vieillards et la troisième les ressources destinées aux malades et aux accidentés du travail. […] Enfin, nous avons voulu que ces caisses ainsi chargées de responsabilités nouvelles soient gérées par des conseils d'administration d'un type nouveau, fondés sur le paritarisme comme est fondée sur le paritarisme l'administration d'un grand nombre d'institutions créées depuis 1945 par des conventions collectives. On sait que les membres des conseils d'administration de la Sécurité sociale sont désormais désignés par les organisations syndicales de salariés ou d'employeurs les plus représentatives. Nous marquons ainsi l'influence et la responsabilité que nous reconnaissons aux organisations syndicales*. (JO du 25 octobre 1967, p.4105)

La réponse de l'opposition ne se fait pas attendre, un député de la FGDS[17] lance « Et au patronat ! », coupant l'exposé du ministre.

Pour le ministre, le déficit de la Sécurité sociale ne peut donc être résorbé durablement que si l'on réalise des réformes structurelles qui permettent par exemple d'assurer la traçabilité des fonds. La Sécurité sociale doit pour chacun des risques (maladie, vieillesse, famille) être en mesure de justifier de l'affectation des fonds. Mais à aucun moment, le lien entre gouvernance et équilibre financier n'est démontré par le ministre.

Dans la suite du débat sur le projet de loi de finances pour 1968, le 25 octobre, l'opposition répond plus au ministre sur ce sujet. Elle insiste sur le fait que la réforme confierait la Sécurité sociale au patronat. Le député communiste Georges Bustin affirme ainsi :

> *Si vous avez démantelé la sécurité sociale, vous tentez de saccager la mutualité en affectant gravement ses possibilités d'action et ses libertés fondamentales. Vous retirez à des millions de mutualistes le droit de se garantir complètement, par un effort (la prévoyance libre), contre les risques sociaux. Qui vous a donné ce droit ?*
>
> *Nous sommes certains que, dans les domaines de la sécurité sociale et de la mutualité, comme dans tant d'autres d'ailleurs, c'est le patronat qui a dicté sa volonté et vous n'avez fait qu'obéir. (Applaudissements sur les bancs du groupe communiste.)*
>
> *C'est tellement vrai que vous décidez d'installer les patrons aux leviers de commande des conseils d'administration des organismes de Sécurité sociale. La loi de 1945, qui sanctionne le droit des salariés et fait de l'institution leur propriété, conformément à la nature salariale des prestations, posait, entre autres, le principe de l'autonomie complète de l'organisme et celui de l'élection des membres du conseil d'administration au suffrage universel. Les articles 4, 6, 8. 24 et 49 de l'ordonnance n° 706 disposent que les conseils d'administration des caisses sont composés pour moitié par des représentants des employeurs. C'est un coup très*

[17] Le député n'a pas été identifié dans le compte-rendu de la séance du 25 octobre 1967.

> *sévère porté aux pratiques démocratiques ! Faire disparaître le seul et dernier exemple d'élections à la proportionnelle sur le plan national*. (JO du 25 octobre 1967, p.4112)

Le député d'opposition s'inquiète même d'une potentielle généralisation de ce mode de représentation-nomination aux Prudhommes ou aux comités d'entreprise. Il conclut en demandant l'abrogation des ordonnances.

Ainsi, à la lecture des débats parlementaires, il semble difficile de savoir pourquoi il faut remplacer les élections par le paritarisme et les nominations ou diviser la Sécurité sociale en risques. Une justification est bien apportée par le gouvernement, mais elle reste vague. Il s'agit de l'argument du coût engendré par les élections aux conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale. Argument souvent évoqué dans la littérature (Kocher-Marboeuf, 2013 ; Valat, 2001) bien qu'il n'apparaisse pas dans les débats autour de la réforme de 1967.

On le retrouve seulement lors de la séance du 18 avril 1968, dans le cadre des réponses du gouvernement aux parlementaires c'est-à-dire bien loin après les débats autour de la réforme qui est par ailleurs en partie entrée en application au début de l'année 1968. Ainsi, à la suite des questions du député Etienne Ponseillé (FGDS) sur « [premièrement] le montant global des dépenses engagées par le Régime général de la Sécurité sociale [et deuxièmement] le montant des dépenses consécutives à l'organisation des élections des membres des conseils d'administration des différents organismes de gestion du régime précité », le ministre J-M. Jeanneney répond en déclinant les chiffres demandés et en précisant que :

> *Pour apprécier le coût total des élections, il y a lieu de rappeler, d'une part, que les formalités relatives au recensement des électeurs incombaient aux employeurs qui effectuaient la déclaration de leurs salariés à la mairie de la commune de leur exploitation. […] D'autre part, les élections ayant lieu un jour de semaine, il convient de tenir compte, en outre, des heures passées par les électeurs aux opérations de vote et dont la charge incombait aux entreprises. […] Le nombre des votants étant supérieur à celui des suffrages exprimés, il est permis de penser que, compte tenu d'un minimum de 2 heures passées par chacun d'eux aux opérations de vote, le nombre total des heures consacrées par les salariés aux dites opérations a été supérieur à 20 millions. Les employeurs ont dû également prendre en charge, dans certains cas, les frais de transport des salariés du lieu de l'entreprise au lieu de vote.* (JO du 18 avril 1968, p.1139)

Le ministre prend le soin d'envisager l'ensemble des coûts potentiels de ces élections pour les entreprises. A la lumière de cette réponse détaillée, l'argument du coût des élections de Sécurité sociale apparaît comme paradoxal, car il tend plus à remettre en cause la réforme qu'à la justifier. En effet, si l'on calcule le ratio entre dépenses totales et coût des élections pour 1962, on obtient le très faible chiffre de 0,077 %[18], et ce pour un taux de participation de 68,86 % (68,48 % pour

[18] Le ministre dans sa réponse au député indique qu'il y a pour les élections du 13 décembre 1962 :
- 8 043 656 votants et 11 682 167 inscrits pour les élections au caisses primaires de sécurité sociale soit selon notre calcul un taux de participation aux élections de 68.85%.
- 1 713 533 votants pour 2 502 092 inscrits aux élections des caisses d'allocation familiale soit selon notre calcul un taux aux élections de 68,48%.

les élections aux Caisses d'Allocations Familiales). En outre, le coût des élections (sous l'hypothèse qu'il reste similaire) semble strictement marginal, 19 millions de francs[19], au regard du déficit de la Sécurité sociale, évalué alors par le gouvernent entre 2,5 et 3 milliards de francs.

1.2.2. L'augmentation du coût de la santé : une inquiétude présente dans les débats

Bien que le constat de la croissance des dépenses de santé soit partagé par l'ensemble de la classe politique, il reste en marge des débats. Comme pour les aspects organisationnels de la réforme, nous retraçons ici les quelques éléments évoqués, d'autant plus qu'ils sont d'une étrange actualité.

Tant la majorité que l'opposition s'emploient à identifier les causes de l'augmentation des dépenses de santé : extension des droits couverts par la Sécurité sociale, allongement de la vie, augmentation de la population, progrès technique, recours croissant à la médecine, abus des médecins, coût des médicaments et de l'hospitalisation. Si les acteurs politiques partagent le même diagnostic, ils s'opposent quant à l'ordre des responsabilités et aux solutions envisagées pour y faire face.

Le 18 avril le Premier ministre G. Pompidou au cours de son discours de politique générale rappelle que :

> *L'extension de la Sécurité sociale à la quasi-totalité des Français, l'accroissement des charges de la vieillesse dû à l'allongement de la vie humaine et qui ne peut que s'accentuer à la fois par les progrès de la médecine et par la nécessité d'élever le niveau des prestations, la montée en flèche des dépenses d'assurance-maladie, tout cela aboutit à une augmentation infiniment plus rapide des dépenses que des recettes.* (JO du 18 avril 1967 p.666)

Raymond Boisdé (RI)[20] confirme à l'occasion du débat du 25 octobre 1967 consacré au projet de loi de finances pour 1968 que :

> *Cette augmentation des dépenses est due à trois phénomènes : d'abord, l'augmentation démographique, ensuite, les progrès de la thérapeutique, enfin, la tendance des malades à mieux se soigner. Il ne faut pas le regretter, car ces éléments sont, en eux-mêmes, dignes de louanges. Les dépenses engagées par les services de la Sécurité sociale, de l'aide sociale et de la promotion sociale ne feront donc que croître et il faudra bien trouver un moyen d'en couvrir le coût.* (JO du 25 octobre 1967 p.4099)

Par ailleurs le ministre dans sa réponse indique que le coût total des élections est de 19 411 447 francs que nous le rapportons aux dépenses de l'ensemble du régime général pour l'année 1962 c'est-à-dire 25 171 000 000 de francs (chiffre fourni par le rapport annuel de la cour des comptes pour 1964). Ainsi, le coût des élections de 1962 représente l'équivalent de 0.077% des dépenses du régime général. Par ailleurs le régime général était excédentaire de 764 millions de francs en 1962, comme les sept années précédentes si on suit le rapport de la cour des comptes pour 1964.

[19] Compte tenu de l'érosion monétaire due à l'inflation, le pouvoir d'achat de 19 000 000,00 Francs en 1962 est donc le même que celui de 22 282 149,71 Francs en 1967 d'après le convertisseur Insee.

[20] Au moment de son intervention, il est rapporteur spécial de la commission des finances de l'économie générale et du plan pour le travail lors du projet de loi de finances pour 1968.

Au cours du même débat, son collègue Roger Ribadeau-Dumas (UDVeR) ajoute que dans le cadre de l'assurance-maladie :

> *ce n'est pas le Gouvernement qui est l'ordonnateur des dépenses ; ce sont les médecins. C'est pourquoi on est obligé, lorsque l'on veut modifier les prestations de la Sécurité sociale, de procéder plutôt par incitations : on réduit d'un certain pourcentage les sommes remboursées aux malades et l'on exige que les tiers payants ne remboursent pas l'intégralité de la dépense. Il n'en reste pas moins que toute modification des prestations peut avoir des répercussions – difficilement contrôlables – sur la santé de la nation. Il convient donc de procéder avec la plus grande prudence, en évitant dans toute la mesure du possible que la recherche d'économies n'entraîne des dégâts très importants sur le plan de la santé publique. Peu souhaitables, ces aménagements sont cependant nécessaires en raison de la situation économique et de l'approche de l'échéance du 1er juillet 1968, c'est-à-dire de l'entrée en vigueur complète du Marché commun.* (JO du 25 octobre 1967 p.4103)

Pour le député, la responsabilité de l'origine de la dépense incombe aux médecins. Pourtant, il préconise d'agir exclusivement sur les assurés sociaux en réduisant le taux de remboursement.

Du côté de l'opposition, les députés insistent quant à eux davantage sur la responsabilité première des médecins. Georges Vinson (FDGS) confirme ainsi le constat de son collègue R. Ribadeau-Dumas de manière plus métaphorique :

> *Le budget de la Sécurité sociale est un immense réservoir qui se vide par 40.000 robinets, qui sont les 40.000 médecins de France. Mais, pratiquement, vous les avez toujours tenus à l'écart de vos projets. J'ai des rapports assez étroits avec certains syndicats médicaux et je sais que vous ne les consultez pas souvent.* (JO du 26 octobre, p.4155)

Etant lui-même médecin de profession, le député n'incrimine pas les médecins, mais le fait qu'ils ne soient pas consultés. Il reproche aussi au ministre J.-M. Jeanneney sa proximité avec « ceux qu'on appelle en médecine les "grands patrons" » et décline les causes du déficit de la Sécurité sociale :

> *Ma classification des responsabilités reste la suivante : en tête les abus et la gabegie de tous ordres ; deuxièmement, les charges indues ; troisièmement, le coût de revient de la pharmacie et des produits pharmaceutiques ; enfin, l'hospitalisation.* (JO du 26 octobre, p.4155)

Sur quatre causes évoquées, trois relèvent de la santé. La quatrième est celle des charges indues que nous étudierons dans la section suivante. Les abus qu'évoque ici le Député G. Vinson ne sont pas ceux des assurés sociaux, mais ceux liés à l'organisation inadaptée du système de santé et au comportement de certains médecins. Il souligne ainsi au cours des débats :

> *Nous connaissons encore trop souvent ces grandes salles communes ou vingt, trente malades, et parfois davantage, vivent dans la promiscuité et où, de temps à autre, on installe encore un abominable paravent autour d'un agonisant.*

> *L'inorganisation de notre système hospitalier fait que les hôpitaux de nos grandes villes manquent de lits, alors que les hôpitaux ruraux refusent, comme c'est le cas dans ma circonscription, de donner des soins à titre externe, pour ne pas tourner à vide.*
>
> *On y admet des gens pour un simple panaris ou pour la moindre petite blessure afin de « faire des journées », comme on dit, et d'équilibrer le budget de l'hôpital.*
>
> *L'entassement, dans les grandes villes, des spécialistes hautement qualifiés, entièrement pris dans la course à la notoriété, tandis que la qualification est complètement négligée dans le reste du territoire.* (JO du 26 octobre, p.4154)

Au sujet des abus, le Député G. Vinson soulève enfin un point quant à la capacité des statistiques à quantifier les abus, phénomène par essence clandestin et rétif à toute objectivation :

> *En ce qui concerne les abus, vous vous référez à des statistiques qui ressemblent à celles que je possède. Mais aucune statistique n'est valable en une telle matière. Le caractère de l'abus est d'être clandestin, c'est évident. Quand on vit à longueur de journée aussi bien dans un service hospitalier que dans son cabinet médical — j'ai cette chance — on sait qu'il est impossible d'établir une statistique sérieuse au sujet des abus.* (JO du 26 octobre, p.4155)

Le Député de la majorité Bernard Pons (UDV^{e}R) s'oppose à la mise en cause des médecins et rappelle leur volonté de coopération en indiquant que :

> *le corps médical français a accepté de collaborer avec le Gouvernement pour assurer le bon fonctionnement de l'assurance-maladie. Encore une fois, ce ne sont pas les mesures que vous avez prises qui résoudront le problème. Il ne faudrait pas a priori rendre le corps médical responsable des résultats, sans doute défavorables, que nous connaîtrons dans un an ou deux.* (JO du 26 octobre, p.4154)

Le coût des médicaments est aussi évoqué par l'ensemble des parties. L'opposition, notamment communiste, dénonce les prix excessifs pratiqués par l'industrie pharmaceutique. La majorité met en avant l'action qu'elle a déjà menée dans ce domaine avec notamment les dispositions prévues dans l'une des ordonnances du 22 août 1967 (n° 67-707).

L'hospitalisation fait aussi l'objet de quelques débats lors de la discussion du projet de loi de finances pour 1968. Le Député R. Ribadeau-Dumas (UDV^{e}R) invite le ministre à régler ce problème de l'hospitalisation très rapidement. Le ministre J-M. Jeanneney lui répond en annonçant son intention de déposer sous peu un projet de loi relatif à l'organisation hospitalière et sanitaire.

1.2.3. Du débat sur les charges indues à celui sur le modèle économique de la France

A l'inverse de la question de la nouvelle organisation de la Sécurité sociale ou de celle de l'augmentation des dépenses de santé, la question des charges indues est très présente dans les débats. L'expression « charges indues » désigne des dépenses que l'Etat impose à la Sécurité sociale en dehors de ses obligations légales et pour lesquelles elle n'a pas de compensation financière. Elles sont qualifiées « [d']indues » parce qu'elles sont considérées comme illégitimes et portant préjudice à l'équilibre financier de la Sécurité sociale. Derrière une bataille de chiffres

entre le gouvernement et l'opposition, deux visions du futur modèle économique de la France s'affrontent. La première, gouvernementale, défend la nécessité de s'adapter à la concurrence internationale par la modération des dépenses. La seconde, communiste, fait porter les difficultés de la Sécurité sociale et de l'économie française en général, sur les contradictions internes du capitalisme.

Le Premier ministre G. Pompidou, le 18 avril, lors de son discours de politique général reconnaît l'existence de charges indues en ces termes :

> *l'augmentation des subventions budgétaires en faveur de la Sécurité sociale agricole ou en faveur de tel ou tel régime particulier et enfin, au fait qu'en 1966 et 1967, d'importantes avances ont dû et devront être consenties au régime général.* (JO du 18 avril 1967, p.666)

Le régime général est ainsi contraint de financer d'autres caisses (les charges indues) ce qui le place parfois dans une situation délicate financièrement.

La question des charges indues est essentiellement développée lors des débats autour de la première loi de finances rectificative (ou « collectif budgétaire ») pour le budget 1967, les 7 et 8 juin. Le gouvernement cherche alors à faire adopter « une avance de trésorerie » de 3 milliards de francs afin de couvrir le déficit de la Sécurité sociale. Différentes estimations des charges indues sont proposées comme celle du Député Guy Ebrard (FGDS) le 8 juin :

> *Le problème des transferts de charges se trouve donc posé : 720 millions imputés à la Sécurité sociale au titre de l'allocation supplémentaire, 120 millions au titre de l'assurance vieillesse des mineurs, 400 millions au titre des prestations familiales agricoles, 195 millions au titre des assurances sociales des salariés agricoles, et 48 millions de francs pour le fonctionnement du ministère du Travail.* (JO du 8 juin 1967, p.1692)

Les députés socialistes et communistes accusent directement le gouvernement d'avoir créé le déficit en manipulant ce qui relevait de la Sécurité sociale comme le souligne René Lamps (C) :

> *Comme il est certain que la situation critique actuelle résulte des transferts opérés depuis plusieurs années, n'est-ce pas en quelque sorte à dessein que le Gouvernement a noirci le tableau, afin de tenter de justifier les mesures projetées dans les pouvoirs spéciaux, bref peur faciliter les attaques contre la Sécurité sociale ?* (JO du 8 juin 1967, p.1694)

Son collègue Henri Duffaut (FDGS) confirme :

> *Ce déficit ne vous était pas inconnu puisque vous l'avez artificiellement provoqué en 1963 par l'article 9 de la loi de finances, et en 1964 par des dispositions semblables en opérant des transferts de dépenses du budget de l'Etat au budget social.* (JO du 8 juin 1967, p.1698)

Considérant qu'une partie non négligeable du déficit provient des charges indues et doutant de la capacité du gouvernement à résoudre durablement le problème du déficit, plusieurs députés contestent le caractère « d'avance » inscrit dans le collectif budgétaire. Ils lui préfèrent le terme de

« subvention » comme le rappelle le député H. Duffaut, citant les propos de son collègue A. Paquet[21] (RI) :

> *Une dernière remarque : M. Paquet, dans ce souci de clarté, de sincérité, de vérité qui anime son groupe, avait demandé que la somme de trois milliards inscrite dans ce collectif ait le caractère d'une ouverture de crédit et non d'une avance. Bien entendu, cette proposition ne pouvait avoir qu'un caractère constructif, car je ne doute pas de la pureté des intentions de M. Paquet, pas plus que de son attachement au Gouvernement. Mais, sans vouloir davantage sonder ses intentions, il faut bien reconnaître que notre collègue avait raison. Employer le mot « avance » suppose qu'on escompte le remboursement de cette « avance ». Or vous savez comme moi, mieux que moi, monsieur le ministre, qu'elle ne sera jamais remboursée.* (JO du 8 juin 1967, p.1698)

Le débat sur les charges indues s'apparente plutôt à une bataille de chiffres qu'à un débat serein. L'échange ci-dessous entre le Député de la FGDS Georges Vinson et le ministre J-M. Jeanneney, lors du débat du 26 octobre sur la loi de finances pour 1968, résume les positions qui divisent l'Assemblée :

> *M. Georges Vinson. […] Pour ce qui est des régimes particuliers, le budget reprend à son compte 650 millions de francs de charges indues qui sont pour vous des charges « dites » indues.*
>
> *M. le ministre des Affaires sociales. Il y a des charges indues et des charges « dites » indues.*
>
> *M. Georges Vinson. Pour nous, elles sont toujours indues.* (JO du 26 octobre, p.4155)

L'argument des charges indues est mis de côté par le secrétaire d'Etat à l'Economie et aux Finances Robert Boulin. Lors de la discussion du 23 novembre sur le deuxième projet de loi de finances rectificative pour le budget 1967, il qualifie le débat sur les charges indues de « refrain monotone et bien connu », précisant qu'il attend « encore les propositions constructives qui pourraient être faites dans ce secteur [celui de la Sécurité sociale] ». Coupant l'intervention du Secrétaire d'Etat, le Député communiste R. Lamps lui lance alors « Augmentez les salaires ! ». Cette réaction est révélatrice de l'enjeu fondamental qui transparaît dans l'ensemble des débats depuis le début de la législature et qui dépasse la question des périmètres respectifs de l'Etat et de la Sécurité sociale en matière de protection sociale traitée à travers le débat sur les charges indues. Il s'agit de celui du choix du modèle économique qui permettra à la France de rester (d'être) compétitive alors qu'elle s'ouvre à la concurrence européenne. Les mesures prévues par le traité de Rome entrent en application au 1er juillet 1968, à savoir l'instauration d'une union douanière. Plus largement, l'enjeu est d'adapter le modèle économique français pour faire face à la concurrence internationale avec le développement des politiques de libre-échange sous l'impulsion des négociations du *General Agreement for Trade and Tariffs* (GATT).

[21] Propos que le Député A. Paquet (RI) réaffirme le 8 juin.

Cet argument de la « compétitivité » ou de la « concurrence internationale » est évoqué à plusieurs reprises. Ainsi, pour répondre au Député H. Duffaut (FDGS) à propos du débat sur les charges indues, le ministre des Finances Michel Debré y fait explicitement référence le 8 juin :

> *Il s'agit de savoir dans quelle mesure l'ensemble de notre budget social est en partie à la charge de l'Etat, en partie à la charge du régime général de la Sécurité sociale. Il est vrai qu'à un moment il a été envisagé de mettre à la charge du régime général certaines dépenses sociales, de les extraire du budget. J'indique à M. Duffaut – comme je l'ai d'ailleurs fait, mais peut-être trop rapidement devant la commission des finances – et après un certain nombre d'orateurs, qu'à la veille de l'ouverture du Marché commun, il est bon de réexaminer l'équilibre entre les recettes provenant de l'impôt, donc des contribuables et celles provenant des cotisations ouvrières et patronales. Il est bon également, en dehors de toute discussion sur les charges indues ou sur certaines dispositions à prendre, d'envisager une nouvelle répartition des charges entre le budget et le régime général de la Sécurité sociale. L'année prochaine et les années suivantes, en fonction du développement industriel ou des recettes budgétaires, cette répartition pourra être modifiée. Il n'y a donc pas changement de doctrine, mais prise de conscience du fait que le Marché commun et l'ouverture de nos frontières nous obligent à mettre à la charge de l'impôt certaines dépenses qui ont pu, jusqu'à présent, être plus aisément supportées par les entreprises et leur personnel.* (JO du 9 juin 1967 p.1705)

En effet, comme a eu l'occasion de le rappeler le Député R. Ribadeau-Dumas (UDV^{e}R) lors du débat sur la loi de finances pour 1968, le 25 octobre :

> *les entreprises françaises affronteront la concurrence de celles de nos cinq partenaires et il est indispensable que les charges sociales qu'elles supporteront ne dépassent pas celles des entreprises des cinq autres pays. Dans cette mesure, si peu souhaitables fussent-ils sur le plan social, certains aménagements auxquels vous avez été amené à consentir étaient au moins momentanément nécessaires. Je dis « momentanément » parce que je vais étudier maintenant le second problème que pose la Sécurité sociale, celui du financement. Et il conduit naturellement à la question de l'assiette des cotisations. Chacun le sait, en France, celles-ci sont assises sur les salaires et, qu'il s'agisse de la part ouvrière ou de la part patronale, elles constituent toujours en définitive une charge pour nos entreprises.* (JO du 25 octobre 1967, p.4103)

L'argument est confirmé par le ministre J-M. Jeanneney. Il lui permet de justifier que le recours à l'augmentation des cotisations pour combler le déficit n'est plus possible. D'autant plus que le gouvernement a déjà largement procédé ainsi depuis 1945 :

> *En vérité, les difficultés financières de la Sécurité sociale ne sont pas chose nouvelle, mais elles ont été longtemps masquées par divers facteurs. D'abord, et pendant longtemps, par des augmentations successives de cotisations. On oublie trop qu'entre 1945 et 1966 le total des cotisations de la sécurité sociale a augmenté de six points et demi par augmentations successives tantôt d'un point, tantôt d'un demi-point. Les deux plus récentes datent de 1961 avec une augmentation d'un point*

> *et du mois d'août 1966 avec une augmentation de 0,75 p. 100 de la cotisation patronale.*
>
> *Cette augmentation des cotisations est une solution à certains égards nécessaires, mais dont chacun sait qu'elle n'est pas sans inconvénient non seulement pour l'ensemble de l'économie et pour les entreprises, mais aussi pour les travailleurs, même si l'augmentation ne concerne que la cotisation patronale. Dans la situation économique ouverte sur les pays étrangers qui est celle de la France, les charges salariales totales tendent à s'égaliser entre pays voisins, si bien que toute augmentation de ce qu'on est convenu d'appeler le salaire indirect — qu'elle se réalise sous forme d'une augmentation des cotisations patronales ou d'une augmentation des cotisations ouvrières — tend à brève échéance à amputer d'autant le salaire direct.*
>
> *Je tiens à dire ici très fermement que lorsque le Gouvernement s'efforce par les mesures qu'il prend de mettre en place une structure de la sécurité sociale propre à limiter les dépenses inutiles ou peu utiles, c'est dans une large mesure la défense du salaire direct des travailleurs qu'il entreprend.* (JO du 25 octobre 1967, p.4104)

En faisant le lien entre les cotisations et les charges salariales totales, le ministre explique que face à la concurrence européenne les entreprises devront faire le choix entre augmenter les salaires et absorber les hausses de cotisations sociales. En dehors de la modération de la part directe ou indirecte du salaire, il n'est pas possible de faire face à la concurrence européenne.

A l'inverse, l'opposition considère que la concurrence européenne n'est pas une fatalité à condition d'avoir les structures adaptées. Les députés communistes mettent en cause la politique du gouvernement, comme le dénonce le 8 juin le Député communiste R. Lamps :

> *Ce n'est pas la voie qu'a choisie avec le V^e^ Plan le Gouvernement qui multiplie, au contraire, ses efforts pour tenter de faire face aux problèmes posés par le capitalisme français. Ces efforts sont essentiellement portés vers le soutien aux monopoles capitalistes au détriment le plus souvent de l'immense majorité de la population. Et cette action est menée au nom de la compétitivité, au nom de la nécessité d'abaisser les coûts de production sans toutefois porter atteinte, bien sûr, aux profits capitalistes qu'il s'agit, au contraire, de développer. L'Etat agit d'une façon à la fois massive et sélective au niveau des structures économiques elles-mêmes. Il se substitue aux sociétés défaillantes pour tout ce qui ne présente pas un caractère immédiat de rentabilité. Ainsi, d'une manière directe ou indirecte, l'Etat des monopoles tend à assurer un surcroît de capitaux, voire à financer la production des entreprises capitalistes.*
>
> *[...] Les capitaux privés cherchent des emplois rapidement rentables, à un taux de profit élevé et garanti. Ils sont peu soucieux de s'investir dans la recherche fondamentale ou appliquée dont la rentabilité est incertaine ou aléatoire, ou dans des équipements rendus coûteux du fait de leur taille. Le problème, pour eux, est donc de les faire payer par l'Etat.* (JO du 8 juin 1967, p.1696)

Les communistes, face à ce constat, formulent un projet qui consiste notamment à nationaliser ces monopoles privés afin que l'Etat soit en mesure de mener une politique à la fois favorable aux

travailleurs et capable de faire face à la nouvelle situation économique mondiale en devenir. Les extraits de débat ici reportés témoignent de l'importance de la réforme de 1967 : les arguments que s'opposent les députés à la fin des années 1960 ressemblent comme deux gouttes d'eau à ceux qui s'échangent encore aujourd'hui. Si le risque posé par le système de protection sociale dans un contexte de concurrence internationale est déjà mentionné en 1949 (Da Silva, 2017)[22], ce n'est qu'en 1967 que les débats se traduisent par une réforme structurelle de la Sécurité sociale.

2. Analyse conventionnaliste de la réforme de 1967 à travers les débats parlementaires

L'analyse des débats parlementaires qui accompagnent la réforme de 1967 nous a amené à formuler deux constats. Le premier est celui de la prédominance de la question du déficit comme principale justification de la réforme. Paradoxalement, la Sécurité sociale doit faire face à une réforme pour une raison budgétaire alors que cette même réforme est avant tout organisationnelle. Le deuxième constat est que si l'argument du déficit est communément partagé, plusieurs modèles d'analyse des causes du déficit s'opposent. Les problèmes et leurs éventuelles solutions mobilisent des cadres d'interprétation distincts en fonction du point de vue adopté.

A partir du cadre théorique de l'Economie des Conventions, l'objectif de cette section est de disséquer la logique de l'argumentation – tant sur le déficit que sur les conceptions de la Sécurité sociale. Nous montrons le caractère conventionnel de l'argumentation centrée sur le déficit de la Sécurité sociale (2.1). Ensuite, nous tenterons de déterminer les cadres d'interprétations sous-jacents à la réforme à partir du modèle des cités (2.2).

2.1. D'un argument conventionnel au cadre d'interprétation : du déficit de la Sécurité sociale au débat sur le système économique français

L'Economie des conventions équipe le chercheur pour qu'il soit en mesure de passer des chiffres aux mots. Cette section propose une analyse conventionnaliste de l'argument du déficit de la Sécurité sociale. L'argument du déficit est un argument d'autorité (2.1.1.) derrière lequel se dissimulent plusieurs justifications sur les causes et la nocivité du déficit (2.1.2.). Cependant, le débat sur les charges indues en 1967 révèle l'existence d'une opposition sur les conventions d'équivalences comptables : qu'est-ce qu'une charge ? Qui supporte le poids des charges (2.1.3) ? *In fine*, l'Economie des Conventions permet de comprendre l'urgence de basculer l'analyse de l'argument d'autorité au cadre d'interprétation d'une société (2.1.4).

2.1.1. Dépasser l'argument d'autorité par l'Economie des conventions

Comme nous l'avons vu précédemment, la réforme de 1967 est présentée par la littérature scientifique contemporaine soit comme une réforme principalement organisationnelle soit comme une réforme inéluctable en raison des difficultés budgétaires et de gestion de la Sécurité sociale telle qu'elle a été mise en place en 1945-1947. Le retour aux différentes sources de justification

[22] Le député Pierre André déclare ainsi en 1949 : « Si l'Union européenne, que vous appelez unanimement de vos vœux, devenait une réalité, et si les barrières douanières tombaient, comment pourrions-nous aligner nos prix sur ceux de la concurrence étrangère, alors que les charges sociales chez nos voisins sont inférieures aux nôtres ? » (cité dans Da Silva, 2017).

de la réforme par le gouvernement vient dans un premier temps confirmer ce récit. Autrement dit, la réforme de 1967 apparait au sein de l'histoire de la Sécurité sociale comme peu originale au regard des nombreuses autres réformes aussi bien antérieures que postérieures pour lesquelles une présentation similaire pourrait être faite en mettant en avant systématiquement comme justification principale les problèmes budgétaires. Cette vision comptable de la Sécurité sociale est aujourd'hui largement répandue tant dans le débat politique que dans la littérature scientifique généralement sous l'avatar « de trou de la sécu » ou plus sobrement de « déficit de la Sécurité sociale ». Elle apparait comme incontournable (Duval, 2002, 2007).

La mobilisation systématique de l'argument budgétaire depuis la création de l'institution (Da Silva, 2017) a contribué à lui donner l'aspect de la normalité. C'est-à-dire d'être considéré comme une évidence communément partagée, un point de passage obligé dans toute argumentation autour de la Sécurité sociale. Le déficit de la Sécurité sociale permet ainsi à lui seul, comme expression de l'argument budgétaire, de justifier de manière synthétique la nécessité de réformer la Sécurité sociale faisant figure d'argument d'autorité. La thématique du déficit est un instrument sémantique visant à véhiculer un ordre naturel des choses (Boltanski, 2009).

Comme l'a suggéré Da Silva (2017) avec l'étude des débats sur la Sécurité sociale de 1949, pour dépasser la situation où l'autorité prévaut sur l'argumentation, l'Economie des conventions offre au chercheur une grille d'analyse adéquate. L'objectif de la suite de ce chapitre est de développer théoriquement et empiriquement l'usage du cadre conventionnaliste pour analyser la place originale de la thématique du « déficit de la Sécurité sociale » dans les débats politiques et économiques.

En termes conventionnalistes, la stabilisation dans le temps de l'argument budgétaire et son utilisation similaire à des périodes où la conjoncture économique et la configuration de l'économie française étaient radicalement différentes peuvent être saisies à travers le concept de règle conventionnelle. Cette approche permet selon nous de mettre en évidence l'intérêt pour les acteurs de l'utilisation d'un tel argument lorsqu'ils sont amenés à se justifier. Elle permet également de formaliser une première étape dans l'analyse du processus de coordination-justification des acteurs ici appliqué à la réforme de 1967.

Le concept de règle conventionnelle ou *convention*$_2$ est défini de manière synthétique par l'Economie des conventions par quatre critères : son caractère arbitraire, son absence de sanction juridique, son origine obscure et enfin sa formulation vague (Favereau, 1986, Batifoulier, 2001). Il renvoie au sens courant du terme convention et peut être rapproché des termes de coutume, de tradition ou de norme.

Précisons immédiatement qu'au sein du raisonnement conventionnaliste le concept de *convention*$_2$ a une place marginale. Il est jugé comme peu enrichissant sur le plan heuristique tant par rapport au concept existant de *règle* que face à l'apport de la *convention*$_1$, ouvrant sur l'existence d'une pluralité de cadres d'interprétation des règles, dans l'analyse conventionnaliste de la coordination (Batifoulier, 2001 ; Bessis, 2006). L'existence de cette convention$_2$ apparait donc plus comme une étape dans la construction du raisonnement conventionnaliste que comme un concept à part entière. Il fait un pont entre le sens courant de convention ou ses premières formalisations théoriques afin de dégager des caractéristiques générales de ce qu'est une convention (et qui sont partagées avec les *conventions*$_1$). Notre objectif ici est de rappeler que le concept de *convention*$_2$ – tel qu'il a été

formulé initialement – permet de traduire en termes conventionnalistes l'idée commune *d'argument d'autorité* ou *d'argument conventionnel,* afin de mettre en évidence son rôle comme première étape dans le processus de justification des acteurs avant de remonter à l'identification des cadres d'interprétation : aux *conventions*$_1$.

Le concept de *convention*$_2$ tire ses origines des premiers travaux de l'entrée économique de l'Economie des Conventions notamment ceux d'Olivier Favereau (1986). En cherchant à conceptualiser comment les *conventions* jouent un rôle central dans la coordination des acteurs et constituent une alternative conceptuelle pour les sciences économiques à la centralité du marché et de ses corollaires (coordination par les prix, rationalité maximisatrice, individualisme méthodologique), Favereau généralise l'intuition de Piore (et Doeringer) autour de la centralité de ce que ce dernier appelle la *coutume* dans la détermination des salaires au sein des organisations (marché interne du travail). L'objectif *in fine* de Favereau est de montrer la cohérence qui existe entre cette approche de la coordination par les conventions à la Piore et le seul autre cadre d'analyse en sciences économiques[23] qui donne un rôle important aux conventions dans la coordination : l'analyse keynésienne.

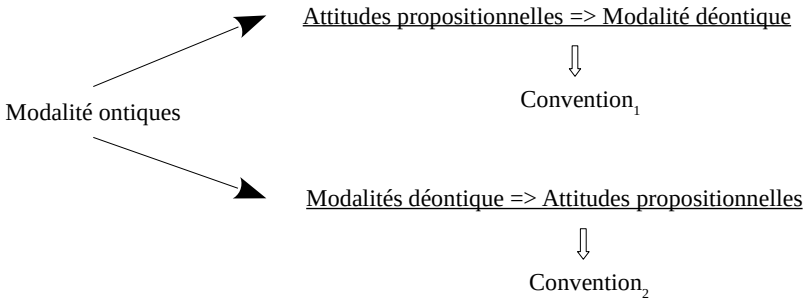
Entendue dans le sens de Piore, la convention apparait au sein des organisations comme un *« substitut au fonctionnement des marchés, grâce à leur pouvoir d'harmonisation des comportements »* (Favereau, 1986 – p.251). Il s'agit pour Piore de montrer que le marché et ses prix sont concurrencés pour la détermination des salaires par l'organisation et ses règles. Ces règles sont particulières et sont désignées sous le terme de coutume qui *« sur le lieu de travail, est un ensemble de règles non écrites fondées en grande partie sur la pratique antérieure ou le précédent »* (Favereau,1986, p.258). Favereau précise que *« la coutume est une sécrétion naturelle du fonctionnement d'un groupe humain, dès lors qu'il est doté d'une certaine stabilité ».*

Afin de comprendre pourquoi cette *convention-coutume* émerge au sein d'une organisation, Favereau mobilise la notion de « relation d'autorité » proposée par Herbert Simon. Rappelons que nous nous trouvons ici dans le cadre de l'analyse des questions salariales, c'est-à-dire dans une relation particulière entre individus : une relation où un individu (employé) se retrouve soumis à un autre (employeur). Au cours de cette relation, en l'absence d'information complète mais gouvernée par un individualisme méthodologique (relation bilatérale), Favereau indique que les conventions vont apparaitre par la combinaison de trois facteurs [X] : *les coûts de transaction [1]* en raison de l'incomplétude du contrat qui régit la relation et qui nécessite donc que certains comportements non prévus – mais nécessaires – en *situation d'incertitude [2]* où leçons de l'expérience passée vont s'imposer et enfin la *collectivité* [3] qui assurera une unité de la règle par comparaison entre les règles possibles. La convention permet à la relation d'autorité d'être « démultipliée » par rapport à sa définition formelle (donnée via le contrat), d'être « viable » face à l'incertitude et enfin « limitée » par le collectif. Ce raisonnement conduit à établir onze caractéristiques qui définissent de manière générale une *convention*$_2$, au-delà de la relation salariale.

[23] Favereau identifie ces deux seuls auteurs au sein des théories critiques en sciences économiques. Il existe par ailleurs une utilisation plus large au sein des sciences économiques du concept de convention, pour plus de détails voir la première partie et la deuxième partie de Batifoulier (2001). Favereau évoquera par la suite d'autres courants plus ou moins critiques qui utilisent le concept de convention (Favereau, 1999).

Comme nous l'avons signalé précédemment la *convention₂* au sein de l'analyse conventionnaliste ne fonctionne pas de manière isolée, mais en lien avec la convention₁ (Schéma n° 1.1). Ce lien semble constituer un point de vigilance chez les auteurs conventionnalistes dans la mesure où ils insistent à plusieurs reprises sur la nécessité pour toute règle même conventionnelle d'être soutenue par un cadre d'interprétation (Batifoulier, 2001 ; Bessis, 2006 ; Favereau, 2006)[24] : une convention₁. Cette mise en garde est présentée de manière assez précise (et complexe) dès 1986 dans le travail de Favereau.

Schéma n° 1.1 – Sémantique des mondes possibles



Source : Favereau, 1986, p.264

La convention₂ permet en termes conventionnalistes d'identifier au sein du processus de coordination « des règles plus limitées destinées à coordonner des plans d'action normalisée (Favereau, 1986). Elles ne laissent qu'un espace d'interprétation de moindre envergure, cantonné dans un rapport à la *règle prescrivant le bien faire* » (Eymard-Duvernay et al., 2006, p.40).

L'objectif de l'emploi du concept de règle conventionnelle ou de *convention₂* que nous faisons ici est de mettre en évidence que certains comportements peuvent être à première vue suivis avec peu ou pas de sens à des fins de coordination immédiate. Dans cette perspective, à la question triviale « pourquoi faites-vous cela ? » la réponse serait « parce que c'est comme ça » sans recul ou réflexivité sur le comportement adopté.

Dans le cas du déficit de la Sécurité sociale, sa nature conventionnelle nous semble bien correspondre au sens défini précédemment à travers le concept de *convention₂*. La réforme suite à un déficit, un non-respect de l'équilibre, apparait comme une règle à suivre systématiquement, un comportement des acteurs économiques, sans devoir nécessiter plus d'interprétation. La règle qui condamne le déficit de la Sécurité sociale présente tous les traits d'une *convention₂*. Elle est arbitraire au sens où une autre solution serait tout à fait possible. On ne sait pas d'où vient cette

[24] « Dans Favereau (1986), j'ai essayé d'opposer systématiquement ces deux formes de convention (dénommées respectivement "convention2" et "convention1"), mais sans insister, comme je le fais ici, sur leur (possible) différence de niveau logique : toute règle, même conventionnelle ("convention2"), du fait de son incomplétude, requiert "convention1", pour son interprétation. » (Favereau, 2006).

règle et son histoire importe peu. Il n'y a pas de sanctions juridiques si elle n'est pas suivie, etc. Ainsi l'argument d'autorité refusant le déficit peut dans un premier temps être lu comme une règle conventionnelle (*convention*$_2$). Le respect de l'équilibre conditionne ainsi dans un premier temps l'ensemble des débats sans que l'on sache pourquoi il est nécessaire de respecter cet équilibre budgétaire.

En revanche, lorsque le besoin de justification des acteurs se fait plus important, la règle conventionnelle ne suffit plus pour coordonner le comportement des acteurs. Le trivial « parce que c'est comme ça » doit trouver une justification. Ainsi, dans le cadre de la réforme de 1967 de la Sécurité sociale, l'analyse des débats parlementaires, moment intense de justifications au-delà des justifications officielles, peut contribuer à aller plus loin que cette dimension conventionnelle de l'argument du déficit budgétaire.

2.1.2. Nature conventionnelle des justifications du déficit de la Sécurité sociale

Si l'analyse des débats parlementaires permet de constater que le déficit de la Sécurité sociale justifie la réforme, elle laisse cependant apparaitre au lecteur attentif une plus grande complexité de l'argument budgétaire. Même si les débats autour de la réforme restent succincts compte tenu de la procédure des ordonnances, les parlementaires saisissent l'occasion pour détailler les principales causes du déficit. En présentant de manière synthétique les arguments développés au cours des débats parlementaires pour expliquer la situation budgétaire de la Sécurité sociale au début de l'année 1967, on peut voir apparaitre trois catégories d'arguments des plus généraux au plus spécifiques : ceux d'ordre macroéconomique, ceux spécifiques au secteur de la santé et enfin ceux relatifs au fonctionnement interne de la Sécurité sociale elle-même.

La première catégorie d'arguments regroupe des explications macroéconomiques à la portée explicative générale et donc sur lesquelles les acteurs ne peuvent agir que sur les conséquences. Il s'agit notamment des arguments d'augmentation ou de vieillissement de la population qui ont comme conséquence budgétaire un accroissement rapide des dépenses au cours des années 1960.

La deuxième catégorie regroupe des arguments qui sont plus spécifiques au secteur de la santé comme les « abus » aussi bien des patients que des médecins ou l'inorganisation du secteur hospitalier. Les questions des progrès médicaux ou de la générosité des prestations sont abordées. Ces arguments présentent la caractéristique commune de pouvoir se traduire en modifications concrètes de la part du législateur : la baisse d'un taux de remboursement par exemple. Mais comme le souligne les parlementaires ou les observateurs, la réalité de ces arguments et donc leur capacité à résorber le déficit fait débat : par exemple, les médecins fraudent-ils vraiment et, si oui, dans quelle ampleur ?

Enfin dans une troisième catégorie d'arguments on retrouve ceux relatifs à l'inefficacité de la Sécurité sociale, le manque de traçabilité des fonds ou la multiplicité des régimes, et la question des charges indues. Là encore, les arguments sur la prétendue inefficacité ne font l'objet d'aucune démonstration poussée de la part des parlementaires. Seule la question des charges indues suscite une argumentation précise et oblige les débats à changer de nature comme nous allons le voir par la suite.

De manière générale, les arguments mobilisés pour expliquer le déficit peuvent appeler trois remarques : leur nature conventionnelle, le caractère éloigné de l'objectif de la réforme et enfin la place particulière de l'argument des charges indues.

Premièrement, comme pour l'argument de « trou de la sécu », les recherches existantes témoignent d'une persistance dans le temps de nombreux arguments. Par exemple, Da Silva (2017) a montré l'existence d'une matrice des problèmes et des solutions de la Sécurité sociale en 1949 très proche des thématiques encore aujourd'hui dominantes (Tableau n° 1.4). Il existe une permanence du régime des « bonnes » questions et des « bonnes » solutions. La période actuelle de débat sur le « trou de la sécu » n'a rien inventé.

Tableau n° 1.4 – Des « problèmes » et des « solutions » en 1949

Les « problèmes »
La fraude et les abus des assurés : la santé et les allocations familiales
Le vieillissement de la population
L'inefficacité de l'Etat
L'inefficacité de la Sécurité sociale
La crise économique et la concurrence internationale
Les « solutions »
Le renforcement du contrôle
La mise en place du tiers-payant et la suppression de la circulaire du 22 avril 1949
Le déremboursement du petit risque
La réduction des cotisations et le transfert à la mutualité

Source : Da Silva (2017)

La logique conventionnelle de l'argumentation relative à la question budgétaire prend alors une autre portée, car le contexte d'énonciation des arguments même plus précis que celui du « trou de la sécu », semble devenir peu important dans la mesure où ses composantes acquièrent un caractère de vérité en tous lieux et tous temps. Ainsi, de manière un peu simplificatrice, que l'on soit en 1949, en 1967, en 1996 ou 2004 les assurés fraudent, les médecins sur-prescrivent et la Sécurité sociale n'est pas efficace alors même que des analyses détaillées de ces phénomènes montrent qu'ils sont *in fine* marginaux notamment au regard des enjeux budgétaires du système de santé et de protection sociale. Indépendamment de leur réalité à un moment donné, ils apparaissent comme consubstantiels de toutes les réflexions autour de la Sécurité sociale et par conséquent peu à même de justifier une remise en cause importante de cette dernière.

Deuxièmement, on peut constater que les arguments mobilisés sont éloignés de l'aspect central de la réforme de la Sécurité sociale qui nous intéresse ici : sa restructuration organisationnelle avec l'organisation en branches et le remplacement de la démocratie sociale élective par une démocratie

sociale paritaire nommée. En effet, si le déficit de la Sécurité sociale justifie de manière générale la réforme, le détail de ses causes justifie de réformer d'autres aspects que ceux de la gouvernance de la Sécurité sociale comme des mesures limitant la consommation ou un accroissement des recettes. C'est d'ailleurs une partie importante des mesures prises à l'occasion de la réforme qui comme le souligne le Premier ministre Georges Pompidou sont « des plus classiques, des plus modestes »[25]. Il s'agit principalement de mesures d'augmentation des recettes. Le tableau n° 1.5 résume les mesures prises et les effets attendus en matière d'assurance-maladie. On remarquera que les mesures aussi bien de diminution des dépenses que d'augmentation des ressources ou de transferts de charges entre la Sécurité sociale et l'Etat sont des mesures effectivement habituellement prises par le gouvernement depuis la création de la Sécurité sociale (Palier, 2005 ; Valat, 2001).

Tableau n° 1.5 – Mesures budgétaires de la réforme de 1967

Nature des mesures	**Mesure**	**Effet attendu en millions de francs 1967**
Diminution des dépenses	Institution du ticket modérateur d'ordre public	930
	Augmentation du ticket modérateur sur les honoraires médicaux, porté de 20 à 30% *[Mesure partiellement appliquée]*	
	Diminution du prix des produits pharmaceutiques à la production et mesures restrictives à la distribution et à la consommation	
	Suppression du tiers payant ou tout du moins sa limitation	
Accroissement des ressources	Majoration de la cotisation des salariés qui passe de 6% à 6.5%	1950
	Déplafonnement de trois points de la cotisation dont 2 pour la cotisation patronale et 1 pour la cotisation des salariés	
	Création d'une cotisation additionnelle aux primes d'assurance au titre des accidents de la circulation *[Première taxe affectée à la Sécurité sociale]*	
Transfert de ressources interne à la Sécurité sociale	Le transfert de 2 % de la cotisation patronale d'allocations familiales (ramenée de 13,50 à 11,50 %) à la cotisation patronale de l'Assurance maladie	2400
	Le transfert à l'Assurance maladie de l'assurance maternité, mise à la charge des prestations familiales en 1963 ;	
Transfert de ressources *[Prise en charge des « charges indues »]*	La contribution de l'Etat pour ses fonctionnaires au titre de l'Assurance maladie	
	Prise en charge par l'Etat d'une partie du déficit du régime minier, d'une partie des dépenses du Régime général au titre des allocations supplémentaires du Fonds national de solidarité, des dépenses des services administratifs de la Sécurité sociale.	

Source : à partir de Dupeyroux (1968) p. 24

[25] Archive INA - (*Georges Pompidou, sur le déficit de la Sécurité sociale, branche maladie et la gestion paritaire*, 1967)

Enfin, troisièmement, la question des charges indues prend une place particulière au sein des débats, car elle interroge l'existence même du déficit de la Sécurité sociale. Autrement dit, si la démonstration de son existence artificielle est faite alors la réforme perd en principe sa justification première. Comme nous allons le voir à la section suivante, la question des charges indues donne une autre ampleur au débat permettant de dépasser le caractère conventionnel de l'argument budgétaire.

A la lumière de ces développements, l'argument budgétaire pris dans son ensemble n'apparait pas comme étant en mesure d'expliquer la réforme de 1967 dans sa dimension organisationnelle. Il lui donne certes une justification ponctuelle, et l'histoire de la Sécurité sociale regorge de situations similaires, mais il ne permet pas de comprendre pourquoi elle est nécessaire, c'est-à-dire de justifier une réforme qui modifie en profondeur le gouvernement et la nature de la Sécurité sociale. Le lien de causalité entre le déficit et ces deux dimensions n'est pas démontré ou explicité au cours des débats. L'usage du concept de règle conventionnelle et du système dans lequel elle s'insère met en évidence le caractère superficiel de l'argument s'il n'est pas assorti de justifications[26]. Comme nous l'avons précédemment développé, l'analyse conventionnaliste insiste sur la nécessité du lien entre une règle conventionnelle et son cadre d'interprétation. Dans le cas des débats parlementaires de 1967, c'est l'argument des charges indues analysé avec l'aide du concept de convention statistique (d'équivalence) qui permet de révéler l'existence d'une pluralité de cadres d'interprétation et par conséquent le sens profond de la réforme.

2.1.3. Charges indues et convention d'équivalence autour du déficit de la Sécurité sociale

Au sein de l'ensemble de l'argumentation budgétaire autour de la Sécurité sociale, l'argument le plus discuté à l'occasion des débats parlementaires de 1967 est celui des charges indues. Sous cette expression, on désigne à l'époque l'ensemble des dépenses que l'Etat fait porter par le Régime général de Sécurité sociale sans y apporter une contribution financière en compensation.

La focalisation du débat autour de ces deux éléments s'explique notamment par leur nature statistique. En effet, le déficit de la Sécurité sociale et des charges indues, à l'inverse des autres arguments mobilisés comme les abus des médecins ou ceux des assurés, ont à première vue une dimension objective puisque l'on peut les résumer en une seule grandeur chiffrée, en millions de francs, qui matérialise l'existence et l'ampleur d'un phénomène. Par ailleurs, leur unité commune les rend comparables. Cette objectivité apparente est renforcée par le processus de construction de ces chiffres qui apparait comme peu contestable, car il résulte d'un travail de comptabilité budgétaire qui par définition est observable, normalisé, et contrôlé à l'inverse de la construction d'autres chiffres qui sont eux le résultat d'estimations d'un phénomène diffus et par définition mal observable comme la fraude des médecins.

D'un point de vue argumentatif, la focalisation du débat sur les charges indues vise, de la part des parlementaires ou des observateurs qui mobilisent l'argument des charges indues, à remettre en cause l'existence même du déficit estimé par le gouvernement à 3 milliards de francs. En effet, si l'on peut légitimement dire que le déficit de la Sécurité sociale n'est pas du fait de la Sécurité sociale, de son fonctionnement, mais des décisions et des manquements budgétaires de l'Etat vis-

[26] Rappelons, que pour l'EC il y a toujours des fondements conventionnels ($convention_1$) aux règles.

à-vis de la Sécurité sociale alors il n'y a plus matière à réformer cette dernière. Les manquements sont ceux de l'Etat. Le raisonnement semble logique si le problème à résoudre est bien celui du déficit de la Sécurité sociale[27].

Notons que le débat sur les charges indues n'est pas propre à la réforme de 1967, bien au contraire, puisqu'il a structuré les débats en matière de Sécurité sociale tout au long de la décennie des années 1960 et laisse se dessiner deux camps bien distincts. D'un côté les mouvements communiste et socialiste, les syndicats de travailleurs (CGT, CFDT, CGT-FO) et les représentants de la Sécurité sociale (FNOSS) qui s'efforcent tout au long des années 1960 de mobiliser cet argument afin de contrecarrer l'appel à la réforme porté par le gouvernement. On comprend l'importance de l'argument : si la Sécurité sociale est victime de charges indues venant de l'Etat qui creuse son déficit, comment l'Etat peut-il incriminer le déficit de la Sécurité sociale ? D'un autre côté, les milieux patronaux (CNPF), une partie des gouvernements (UDV^{e}) et la Cour des Comptes qui ignorent ou minimisent l'argument.

Dans cette perspective, les tenants de l'argument des charges indues vont s'employer par le calcul à en démontrer l'existence et l'ampleur. Cela se traduit concrètement par l'énonciation publique (débats, rapports, tracts, etc.) des différents types de charges, les raisons pour lesquelles on peut les considérer comme indues et bien sûr à la fin leur somme qui permet de montrer leur importance et leur équivalence au montant du déficit alors constaté de la Sécurité sociale. Le tableau n° 1.6 ci-dessous résume quelques-unes des estimations formulées en matière de charges indues et les conséquences en termes de déficit.

Tableau n° 1.6 – Les charges indues à la Sécurité sociale– Un déficit en trompe-l'œil

	Solde officiel *(Palier, 2005)*	**Charges indues** *(voir annexe 1.1)*	**Solde sans charges indues** *(nos calculs)*
1963	87	2 945	**3 032**
1964	-303	3 000	**2 697**
1965	-1 082	2 617	**1 535**

En millions de Francs.
Source : l'auteur pour le détail, se reporter à l'annexe 1.1.

Comme on peut le constater, l'enjeu budgétaire autour des charges indues n'est pas négligeable puisque leur total couvre chaque année l'ensemble du déficit constaté de la Sécurité sociale dans les années 1960. Autrement dit si l'Etat avait bien pris en charge les dépenses qui lui revenaient,

[27] Remarquons que se positionner en ces termes de charges indues pour remettre en cause le déficit suppose d'accepter de débattre dans une perspective où le déficit est un problème par rapport à une nécessité d'équilibre. Ce qui en termes économiques fait l'objet de débats.

la Sécurité sociale n'aurait pas été huit fois en déficit, mais seulement quatre fois. Notons que le déficit sur lequel nous avons travaillé dans le tableau est celui produit par l'Insee (Palier, 2005) et pas une des multiples estimations avec lesquelles les acteurs raisonnent à l'époque (l'ordre de grandeur reste le même). Les déficits de 1963 à 1967 disparaissent. Seuls demeurent ceux des années 1951-1952 et 1954-1955 c'est-à-dire des périodes de crise pour l'économie française. Compte tenu de la disparition du déficit de la Sécurité sociale avec la prise en compte des charges indues, les promoteurs de la réforme auraient donc dû mettre l'accent sur d'autres arguments que celui du déficit, des arguments plus difficiles à mobiliser, car d'une nature plus complexe (*cf.* Annexe n° 1.1)[28].

Ainsi, le débat sur les charges indues met en évidence que l'argument budgétaire sous sa forme statistique la plus synthétique (le déficit) ne résiste pas aux critiques formulées à son encontre avec un argument de même nature : un argument statistique et budgétaire (les charges indues). Si l'argument peut être mis en avant comme justification principale dans un texte, un propos introductif devant les parlementaires ou dans un débat télévisé, il n'épuise pas le débat lorsque ce dernier conduit à interroger son statut même de preuve objective. La simplicité apparente de l'argument budgétaire dans sa version conventionnelle identifiée précédemment laisse alors à sa place à toute la complexité de la construction et de l'utilisation de l'argument statistique.

La complexité est celle que l'on identifie autour d'un seul argument pourtant bref à exprimer : « le déficit de la Sécurité sociale est de 3 milliards de francs en 1967 », nous rappelle que derrière chaque argument statistique il y a un important processus de mise en nombre, de quantification pour reprendre la terminologie du sociologue conventionnaliste Alain Desrosières, c'est-à-dire le fait « d'*exprimer et faire exister sous une forme numérique ce qui, auparavant, était exprimé par des mots et non par des nombres. »* (Desrosières, 2013, §7).

En abordant l'argument statistique sur le plan de la quantification, Desrosières met en évidence que la statistique est le résultat d'une opération en deux temps : un premier qui consiste à convenir ; puis seulement dans un deuxième temps de mesurer. *« Quantifier, c'est convenir puis mesurer ».* Comme le souligne Desrosières si dans le langage courant *mesurer* et *quantifier* tendent à se confondre, ils recouvrent en épistémologie de la statistique deux visions distinctes de la démarche statistique : une proche des sciences de la nature et d'une vision du monde en termes de probabilités et une autre développée par les sciences sociales notamment avec le développement des nomenclatures sociales.

En effet, *« l'idée de mesure, inspirée de l'épistémologie traditionnelle des sciences de la nature [qui] implique que quelque chose existe sous une forme déjà mesurable selon une métrologie réaliste, comme la hauteur de la Tour Eiffel »* tandis que « *le verbe quantifier, dans sa forme active (faire du nombre), suppose que soit élaborée et explicitée une série de conventions d'équivalences préalables, impliquant des comparaisons, des négociations, des compromis, des traductions, des inscriptions, des codages, des procédures codifiées et réplicables, et des calculs conduisant à la mise en nombre. La mesure proprement dite vient ensuite, comme mise en œuvre réglée de ces conventions »* (Desrosières, 2013, §7).

[28] Cette annexe a notamment été construite à partir des articles consacrés à la Sécurité sociale par l'économiste français Antoine Antonelli alors spécialiste de la protection sociale dans les numéros spéciaux annuels de la *Revue Française d'Economie politique* sur la situation économie française : « L'état économique de la France » (Antonelli, 1965, 1966).

Si l'on suit Desrosières, le point fondamental qui diffère le concept de *mesure* de celui de *quantification* est l'existence d'une *convention d'équivalence* qui vient en amont de la mesure. Il s'agit avec le concept de convention d'équivalence de « combiner une notion sociale : la convention, et une notion logique, l'équivalence. Il faut se réunir pour convenir de ce qui équivaut. *« L'équivalence n'est jamais donnée d'avance »* (Desrosières, 2011, §18). Le terme de convention que Desrosières emploie en définissant le concept de quantification renvoie explicitement à celui forgé par l'Economie des conventions. En effet, les présupposés multiples qui sous-tendent chaque statistique utilisée à des fins de coordination ne sont pas explicités systématiquement sinon l'usage de l'argument statistique perdrait son utilité argumentative. La construction de l'argument statistique, le processus de quantification, tend à être oubliée et confondue avec l'objet effectivement mesuré. On retrouve ici les quatre caractéristiques de la convention précédemment définies (caractère arbitraire, absence de sanction juridique, origine obscure et formulation vague). C'est seulement lors de controverses ou de débats par la montée en généralité qu'ils suscitent, de dispute en termes conventionnalistes, que l'on peut redécouvrir ces caractéristiques.

Mais pour Desrosières, il ne s'agit pas uniquement de montrer que l'argument statistique est un construit social ou cognitif. Il insiste aussi sur le fait que penser la statistique en termes de quantification permet de mettre en évidence comment le fait de mettre en chiffre traduit une vision du monde et contribue à « reconfigurer » le monde. L'idée de quantification comme *"langage spécifique […] met à la disposition des acteurs sociaux ou des chercheurs "des objets qui tiennent", au triple sens de leur robustesse propre (résistance à la critique), de leur capacité à se combiner entre eux, et enfin de ce qu'ils "tiennent les hommes entre eux" en les incitant (ou parfois en les contraignant) à user de ce langage à visée universaliste, plutôt que d'un autre. Les objets ainsi quantifiés reconfigurent le monde. Ils agissent, en ce sens que les acteurs sociaux orientent leurs actions par rapport à eux, comme le montrent par exemple les nombreux "indicateurs" qui rythment la vie sociale"* (Desrosières, 2013 - §10). L'argument statistique est le résultat d'une délibération qui par sa formulation et son utilisation traduit une vision de la réalité, la stabilise, et par conséquent perpétue un cadre d'interprétation qui correspond à cette vision de la réalité.

Les réflexions de Desrosières mettent également en avant l'ambivalence qui existe entre l'argument statistique comme outil de preuve et l'argument statistique comme outil de gouvernement. A partir d'un travail de sociologie historique de la quantification, Desrosières explique l'interdépendance qui existe entre le développement de la statistique, comme activité scientifique de mesure, et la statistique, comme moyen pour la puissance publique de définir des catégories. Un outil statistique recouvre ainsi à la fois une dimension de neutralité et de légitimité scientifique et une dimension politique, la première dimension tendant à faire oublier la seconde. La force et l'utilisation abondante de la statistique dans l'ensemble de la société ou de la vie quotidienne reposent sur cette ambivalence entre deux légitimités.

Si l'on relit les débats autour du déficit de la Sécurité sociale à l'aune de la perspective conventionnaliste que nous venons de développer, et si l'on dépasse le constat que le montant du déficit ou son existence font débat, on peut alors mettre en avant le fait que ces débats mettent en jeu différentes façons de concevoir les déterminants du déficit, différentes conventions d'équivalence. C'est-à-dire différentes manières de concevoir la question budgétaire autour de la Sécurité sociale.

En effet, envisager le déficit de la Sécurité sociale dans une perspective de charges indues consiste à s'interroger sur la nature des charges prises en compte dans le calcul du déficit. Autrement dit, la détermination finale du montant effectif du déficit de la Sécurité sociale est conditionnée à l'accord quant à ce que l'on appelle une charge (dépense) de Sécurité sociale et respectivement un produit (une recette), c'est-à-dire les deux termes qui constituent l'opération de calcul (soustraction) déterminant l'idée de solde budgétaire déficitaire (ou excédentaire). Les parlementaires qui mobilisent l'argument des charges indues défendent l'idée que toutes les charges ne sont pas équivalentes : certaines sont légitimes et doivent être portées par la Sécurité sociale, et d'autres sont illégitimes du point de vue de l'objectif que les parlementaires assignent à la Sécurité sociale (la protection des assurés) et doivent incomber à l'Etat. Mais la controverse sur le principe d'équivalence portée par les opposants à la réforme gouvernementale est retournée par le gouvernement qui dans les débats finit par rétablir ce principe d'équivalence entre charges et charges indues.

Ainsi, outre le fait que pour le gouvernement le débat sur les charges indues soit « monotone », le raisonnement du gouvernement est que la Sécurité sociale financée par la cotisation sociale est une charge pour l'économie française et ses entreprises, dans un contexte d'ouverture à la concurrence européenne avec l'entrée en vigueur de l'union douanière prévue dans le traité de Rome au premier janvier 1968. Le gouvernement justifie donc la prise en charge d'une partie des charges indues non pas en raison de leur caractère indu à la Sécurité sociale, mais du fait que cela permet d'éviter d'alléger le déficit de la Sécurité sociale sans augmenter les ressources de la Sécurité sociale, la cotisation, c'est-à-dire une charge (d'un point de vue comptable) qui pèse sur les entreprises. En d'autres termes, si le gouvernement rembourse une partie de ses dettes à la Sécurité sociale, ce n'est pas pour que la Sécurité sociale soit amenée à augmenter ses recettes, c'est-à-dire les cotisations sociales. L'équivalence qui est formulée par le gouvernement entre charge pour la Sécurité sociale et charge pour l'économie nationale le conduit à envisager que le financement de la Sécurité sociale doit être réalisé par l'Etat et les impôts payés par toute la communauté nationale et non par la Sécurité sociale et la cotisation payée par le monde du travail (de la production). Le changement dans le principe d'équivalence conduit donc à un changement de conception en matière de Sécurité sociale.

En outre, si le gouvernement est prêt à prendre en charge une partie de ces charges indues le ministre du Budget Robert Debré rappelle les contraintes. Le 8 juin 1967 à l'occasion des discussions sur la loi de finances rectificative pour 1967 et en réponse à une question sur les charges indues, il déclare : *« Par ailleurs, comme l'a fait observer M. Paquet — et d'autres orateurs en sens divers — il est facile de discuter dans une première partie de l'équilibre budgétaire, puis, dans une seconde partie, de la baisse de la fiscalité. Les deux éléments sont parfois difficilement compatibles. ».* Il poursuit ensuite son propos sur les baisses d'impôt réalisées et prévues par le gouvernement. Ainsi, si le budget de l'Etat peut prendre en charge des dépenses ces dernières sont soumises à la propre stratégie de l'Etat en la matière qui à l'époque vise à limiter le déficit et préserver l'économie nationale d'un excès de prélèvements (entreprises et ménages). Par conséquent, considérer que certaines charges de Sécurité sociale sont des charges d'Etat, un nouveau principe d'équivalence ne fait que déplacer le problème du déficit de la Sécurité sociale à celui de l'Etat. Dans une perspective globale d'économie nationale, une charge de Sécurité

sociale ou d'Etat reste une charge pour l'économie[29], la question des charges indues serait donc purement rhétorique pour certains observateurs (Valat, 2001) et le gouvernement. Dans tous les cas, la réforme de la Sécurité sociale apparait comme inévitable. La stratégie portée par les parlementaires de l'opposition de discuter dans les termes du déficit budgétaire a échoué par un jeu d'équivalence.

In fine si la question des charges indues pose la question de l'équivalence entre les différents types de charges, on constate que la convention d'équivalence initiale qui repose sur la distinction entre le monde de la Sécurité sociale (cotisation, salaire indirect, protection sociale) et celui de l'Etat (impôts, coût du travail, compétitivité) échoue à se maintenir. La nouvelle convention d'équivalence fait de la Sécurité sociale un paramètre dans la politique économique globale portée par l'Etat. Une fois le nouveau principe d'équivalence réalisé, l'argument des charges indues devient alors inopérant. Cela conduit inexorablement les parlementaires à déplacer l'argumentation à un niveau supérieur : le modèle économique et la politique économique portée par l'Etat. L'enjeu n'est plus de discuter dans les termes de l'équilibre budgétaire de la Sécurité sociale, mais des conditions nécessaires à la mise en œuvre de la Sécurité sociale telle qu'elle a été pensée à l'origine. Mais ce débat est trop complexe et arrive tardivement dans les débats dans un contexte où le camp gouvernemental est majoritaire au moins à l'Assemblée nationale[30].

2.1.4. De l'argument conventionnel aux cadres d'interprétation : retour sur la logique de l'argumentation budgétaire

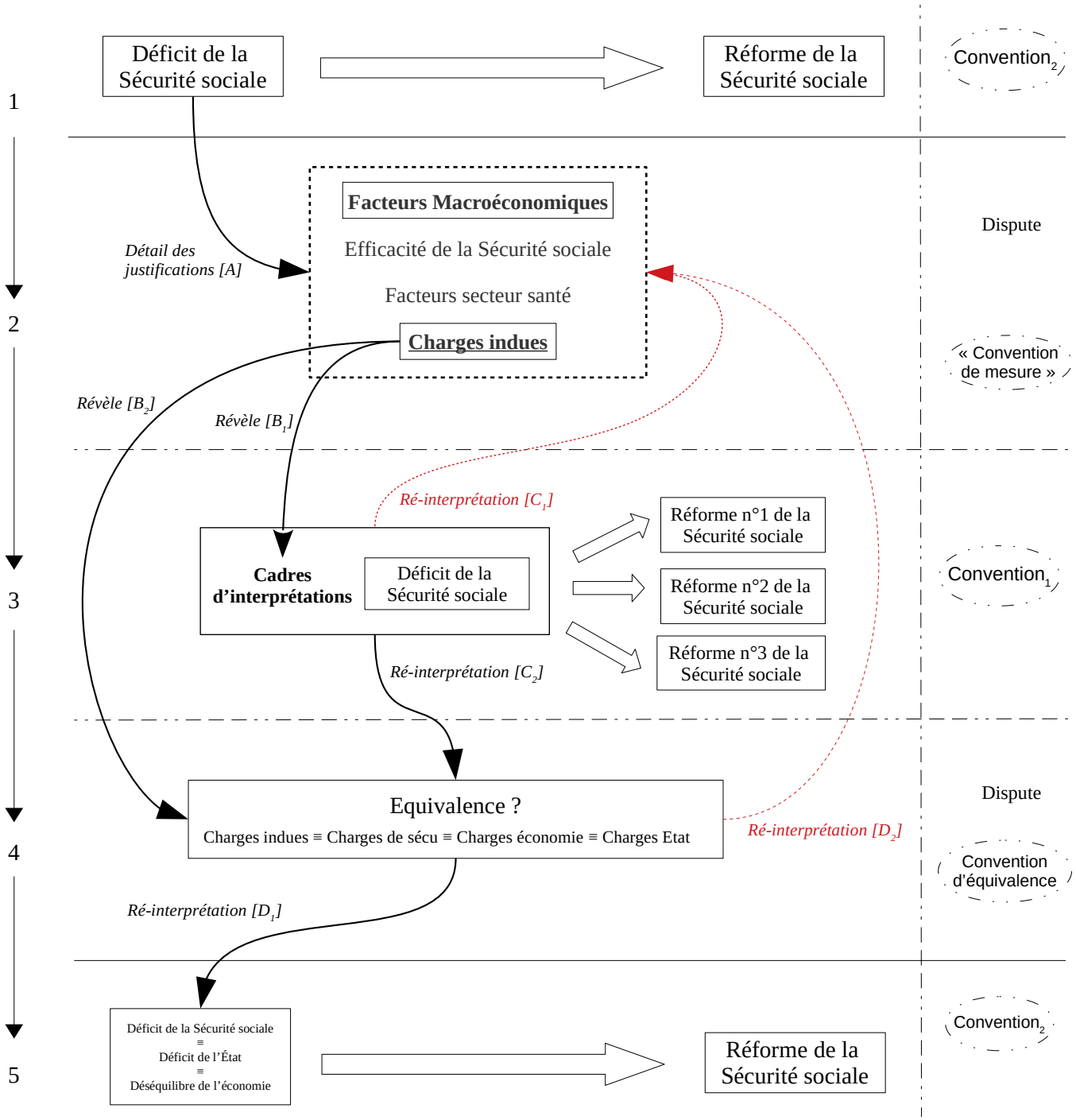
Les débats parlementaires de 1967 autour de la Sécurité sociale à l'aune de la grille d'analyse de l'Economie des Conventions permettent de mettre en lumière le processus argumentatif politique qui sous-tend la réforme. En outre, cette perspective d'analyse peut fournir une explication de la résistance sur le plan argumentatif du discours sur le déficit de la Sécurité sociale au-delà bien évidemment d'une analyse en termes de rapports de force, même exprimés dans les termes de la démocratie représentative française, qui ne peut être ignorée.

Le schéma n° 1.2 résume le déroulement du raisonnement que l'on peut retracer dans les débats parlementaires à l'aide de la grille d'analyse conventionnaliste. Il synthétise les développements précédents afin de mettre en valeur les liens qui existent entre eux.

[29] Une charge est entendue comme un coût à la charge du système productif national.

[30] Les défenseurs de la Sécurité sociale ne réussiront pas en 1967 malgré une forte contestation sociale et un jeu institutionnel fort à influencer la réforme. Les évènements de mai 1968 et les enjeux économiques et sociaux feront oublier la réforme de la Sécurité sociale dans sa dimension organisationnelle.

Schéma n° 1.2 – De l'argument conventionnel aux cadres d'interprétation



Enchaînement des arguments

xxxx ⇒ xxxx Règle de comportement

Source : auteur

Phase 1 – A l'origine de la réforme se trouve comme justification principale l'argument du déficit budgétaire de la Sécurité sociale. Cet argument qui caractérise une situation de solde négatif, un écart entre les ressources et les dépenses de la Sécurité sociale, tend à première vue à justifier à lui seul la réforme. Sa dimension statistique lui offre une portée argumentative importante, car elle permet de manière synthétique d'imposer un fait comme établi. Il devient par conséquent une évidence qui perdure, un point de repère, indépendamment du contexte et de la période historique étudiée, la rhétorique du « trou de la sécu ». Sa réalité et ses fondements ne sont plus interrogés, l'argument devient alors conventionnel au sens de *convention*$_2$ comme nous l'avons défini précédemment (2.2.1). Il présente ainsi la particularité de conditionner l'ensemble des débats dans les termes du déficit en étant le point de départ de la réflexion. L'argument du déficit budgétaire pose le champ des possibles (*modalité déontique*) des propositions (*Attitudes propositionnelles*) d'action potentielles en matière de Sécurité sociale.

Phase 2 – Lorsque le besoin de justification se fait plus intense [A] à l'occasion d'un moment de *dispute*, comme lors des débats à l'Assemblée nationale, les facteurs qui permettent d'expliquer la situation budgétaire de la Sécurité sociale sont mis en avant. Ces arguments portent aussi bien sur des facteurs macroéconomiques que sur les évolutions du secteur de la santé ou la nature des charges qui pèsent sur la Sécurité sociale. Si ces arguments sont relativement bien détaillés par les parlementaires avec même des tentatives de chiffrage, ils ont cependant, pour les trois premiers arguments, eux aussi une dimension conventionnelle forte. Dans le cadre contraint des débats, ils épuisent le processus de justification. Les parlementaires sont obligés de les accepter, car les réinterroger supposerait un important travail d'enquête. En revanche, le quatrième et dernier argument, celui des charges indues, peut faire l'objet de débats plus importants même dans le cadre contraint des débats parlementaires. En effet, l'argument des charges indues en se positionnant strictement dans les termes budgétaires et comptables du déficit de la Sécurité sociale joue à armes égales et interroge l'existence même du déficit. L'argument des charges indues a *in fine* deux effets sur les débats.

Phase 3 – Premièrement il révèle [B_1] que le déficit de la Sécurité sociale et ses conséquences peuvent être interprétés dans au moins deux perspectives différentes et donc changer la nature de la réforme. Une première perspective est portée par les tenants des charges indues (syndicats de travailleurs CGT et CFDT, partis politiques PCF et FGDS, FNOSS) où la Sécurité sociale est pensée au service du monde du travail (cotisation, salaire indirect, protection sociale). Une deuxième est portée par les tenants de la réforme (mouvement patronal, gouvernements, cour des comptes) où la Sécurité sociale est pensée comme un paramètre de la politique économique de l'Etat (impôts, coût du travail, compétitivité). Le détail de ces deux visions de la Sécurité sociale repose sur des visions différentes de l'économie notamment en termes de position de la France dans le commerce international (défense d'une politique économique nationale contre ouverture à la concurrence européenne). Elles fournissent des cadres d'interprétation (convention$_1$) qui permettraient s'ils sont mobilisés de réinterpréter les facteurs explicatifs du déficit [C_1].

Phase 4 – Deuxièmement, l'argument des charges indues révèle un conflit entre conventions d'équivalence potentielle [B_2] dans la définition et la mesure donc de ce qu'est une charge de Sécurité sociale. La détermination de la *convention d'équivalence* (finale) dépend étroitement du cadre d'interprétation du déficit de la Sécurité sociale évoqué précédemment [C_2]. L'analyse des débats spécifiques aux charges indues (*dispute*) permet de montrer comment par un jeu

d'équivalences successives entre charges de Sécurité sociale, charge pour l'économie et charge d'Etat, l'argument des charges indues est neutralisé dans les débats. *In fine* pour le gouvernement une charge est une charge pour l'économie, quel que soit l'acteur qui la porte. Cela conduit le gouvernement à réinterpréter la situation de la Sécurité sociale [D_1] selon un nouveau principe d'équivalence entre le déficit de la Sécurité sociale celui de l'Etat et les déséquilibres de l'économie ramenant l'argumentation à sa phase initiale où un déficit justifie la réforme de la Sécurité sociale (5). Cette réinterprétation se fait aux dépens d'une réflexion sur les conditions du déficit de la Sécurité sociale [D_2].

In fine, l'analyse des débats dans une perspective conventionnaliste permet de montrer comment, par un jeu d'équivalence, le fait de raisonner initialement dans des termes qui sont ceux de la logique du déficit ramène inexorablement les débats à se conclure en ces termes. On remarquera également que si les débats permettent de mettre en évidence ces dimensions, ils ne permettent pas de changer le cours des choses. En effet, le pouvoir dans le cadre de la réforme de 1967 n'est pas à l'Assemblée nationale, mais bien entre les mains du gouvernement. Cependant, l'analyse permet de montrer également la pluralité des cadres d'interprétation qui sous-tendent la Sécurité sociale c'est-à-dire le fait que le traitement du problème budgétaire de la Sécurité sociale est étroitement lié à la conception qu'ont les acteurs de la Sécurité sociale et du système économique. Autrement dit, les acteurs jugent la situation de la Sécurité sociale à l'aune de leurs conceptions. Dans une perspective conventionnaliste, l'identification et la caractérisation des cadres d'interprétation nous conduisent inévitablement vers une analyse en termes de Cités.

2.2. Interprétation par les c*ités*

A partir du cadre théorique de l'Economie des conventions (EC), nous avons mis en évidence le caractère conventionnel de l'argumentation autour du déficit de la Sécurité sociale à l'occasion des débats parlementaires de 1967. Pour cela nous nous sommes appuyés sur les concepts de *convention*$_2$ et de *convention statistique* mais, comme nous l'avons précisé, ces concepts ne peuvent être en aucun cas dissociés d'un autre type de convention, les *conventions*$_1$, qui fournissent aux acteurs une capacité d'interprétation des *convention*$_2$.

Si les concepts de *convention*$_2$ et de *convention statistique* s'avèrent assez opérationnels pour être appliqués directement au matériel empirique que constituent les discours des acteurs. L'identification des cadres d'interprétation qui sous-tendent dans la réalité ces concepts nécessite un équipement théorique nettement plus conséquent.

Au sein de la littérature conventionnaliste, le concept de *convention*$_1$ recouvre différentes appellations équivalentes, mais propres A chacun des auteurs principaux de l'EC (Ghirardello, 2003). La formalisation la plus aboutie théoriquement des *convention*$_1$ est celle proposée par Luc Boltanski et Laurent Thévenot dans l'entrée sociologique de l'EC avec le concept de *cités*. Ce concept est un élément central du système d'analyse théorique des justifications publiques[31] forgé par Boltanski et Thévenot (1991) : les *économies de la grandeur*.

[31] Le terme de publique renvoie au caractère accessible à tous de la justification et en aucun cas à la sphère publique étatique.

Le modèle des *cités* forme un système cohérent de convention$_1$, grâce notamment à une axiomatique très forte que nous présenterons en détail (3.2.1). Ce modèle s'il reste ouvert limite cependant le nombre de convention$_1$ possibles. Il n'a donc été que peu amendé depuis sa création malgré plusieurs tentatives. Pour notre objet d'étude qu'est la Sécurité sociale, nous reviendrons en particulier sur deux de ces tentatives d'extension du modèle des cités avec la cité assurantielle (3.2.2) et la cité communiste (3.2.3). L'enjeu est de mettre en évidence différentes conventions de la Sécurité sociale, qui sont en définitive le véritable objet des débats de 1967.

2.2.1. Les économies de la grandeur : le modèle de la cité comme convention$_1$

Le modèle des *économies de la grandeur* a été développé à la fin des années 1980 en France par le sociologue Luc Boltanski et l'économiste Laurent Thévenot, afin de proposer une nouvelle théorie de la coordination, entendue comme un processus situé de construction de l'accord ou du désaccord entre des individus lorsqu'ils cherchent A agir ensemble. Il est à l'origine de l'entrée sociologique de l'Economie des conventions pour laquelle il constitue le cadre normatif de référence. Ce modèle constitue en outre l'un des fondements de la sociologie pragmatique contemporaine (Barthe et al., 2013 ; Diaz-Bone, 2011). La volonté de Boltanski et Thévenot de développer un nouveau cadre théorique repose à la fois sur un constat empirique lié au travail de catégorisation statistique et sur une insatisfaction méthodologique quant à la démarche des cadres théoriques existants notamment en sociologie ou en économie[32].

Sur le plan empirique, Boltanski et Thévenot ont chacun au cours de leurs carrières été amenés à travailler sur des objets d'étude aux contours statistiques instables dans la mesure où ils observaient « *la tension entre les exigences de qualification qui précèdent tout classement et les résistances de la matière à classer qui était composée, quel que fût le traitement auquel on la soumettait, d'énoncés recueillis auprès des personnes* » (Boltanski et Thévenot, 1991 – p.12). Le caractère qualitatif et vivant du matériel recueilli conduit le chercheur à réinterroger les catégorisations statistiques des individus ou des groupes d'individus. Autrement dit, le chercheur est conduit à se poser la question de la manière dont il qualifie les individus traités. De manière plus générale, le travail de catégorisation revient à établir un jugement sur la qualité d'un individu afin de pouvoir le classer dans une catégorie : l'observateur extérieur doit choisir la catégorie.

Au-delà d'une démarche strictement réflexive sur la manière dont ils ont réalisé leur travail de catégorisation, Boltanski et Thévenot ont constaté une « similarité entre la façon dont une personne, pour rendre compréhensible sa conduite, s'identifie en se rapprochant d'autres personnes sous un rapport qui lui semble pertinent et la façon dont le chercheur place dans la même catégorie des êtres disparates pour pouvoir expliquer leurs conduites par une même loi [*i.e.* dont il construit une catégorie] » (Boltanski et Thévenot, 1991, p.15). De cette proximité dans le jugement entre le chercheur et les personnes ordinaires, les auteurs tirent la conclusion méthodologique qu'il est nécessaire d'accorder le même intérêt aux qualifications formulées par les uns et les autres. L'enjeu de la catégorisation ne porte ainsi plus sur une tension entre généralité et singularité des

[32] Pour une présentation synthétique de la démarche voir (Boltanski, 2002) ou Boltanski et Thévenot (1991, pp.39-46 notamment).

cas observés, mais sur une tension sur « les différentes façons de qualifier les gens » (Boltanski et Thévenot, 1991, p.13).

L'approche particulière de Boltanski et Thévenot les a conduits à se tenir à distance d'une méthode individualiste, ignorant la montée en généralité caractéristique de l'économie néoclassique, ou d'une approche exclusivement holiste, ignorant à l'inverse les conduites individuelles caractéristiques de la sociologie bourdieusienne notamment[33]. Les auteurs ont donc développé une approche méthodologique intermédiaire et un cadre théorique capable de saisir ces deux dimensions simultanément.

La question de la catégorisation pose celle de la manière dont se construisent les équivalences entre les individus. Pour identifier ces équivalences, Boltanski et Thévenot suggèrent de partir du discours des acteurs pour identifier les *rapprochements* qu'ils effectuent pour définir un accord sur ce qu'ils jugent équivalent.

> *« Notre approche de la coordination des conduites humaines nous conduit à porter une attention à la capacité cognitive à faire des rapprochements sur ce qui importe, à identifier des êtres détachés des circonstances, à s'accorder sur des formes de généralité. Le rapprochement repose sur une relation, pouvant être explicité, ne serait-ce que par un mot, à quelque chose de plus général, commun aux objets rapprochés. […] Parmi l'infinité des rapprochements possibles, nous ne nous intéresserons qu'à ceux qui sont non seulement communs et donc communicables, mais qui soutiennent des justifications. »* (Boltanski et Thévenot, 1991 – p.48)

L'infinité des rapprochements possibles et la recherche de l'accord laissent la possibilité nous disent Boltanski et Thévenot d'une *« régression interminable »* en *« quête d'un principe d'accord toujours plus supérieur »* (Boltanski et Thévenot, 1991 – p.49). Face à cela, les auteurs opposent à partir de leur expérience empirique le fait que :

> *« la dispute s'arrête le plus souvent dans la convergence sur un principe supérieur commun, ou dans l'affrontement de plusieurs de ces principes. Très vite, en effet, viendra une interrogation du genre : "Au nom de quoi s'agit-il d'attribuer la couleur ?" De la réponse à cette question qui manifeste le passage d'un simple rapprochement à un jugement visant la généralité découlera l'expression du principe justifiant les rapprochements et de la nature de l'épreuve qui permettra de s'entendre sur l'adéquation de ce rapprochement aux choses particulières sur lequel il porte. Pour désigner couramment ces formes de rapprochement, on parlera d'une définition technique impliquant une mesure standard instrumentée par des appareils scientifiques, d'une croyance subjective influencée par l'opinion commune sur le sujet […], voire d'une exigence éthique ou politique s'il se trouve, par exemple, que la couleur à apprécier sert d'emblème »* (Boltanski et Thévenot, 1991, p.49)

Dans l'exemple de la couleur pris par les auteurs, l'accord ne porte ainsi plus sur la couleur de l'objet, mais sur le principe qui permet d'attribuer une couleur à l'objet et donc de définir *in fine* quelle couleur est acceptable, c'est-à-dire qui fait accord entre les individus cherchant à déterminer

[33] Nous ne discuterons pas ici du bien-fondé des critiques adressées par les auteurs à ces deux cadres disciplinaires et théoriques.

la couleur de l'objet (un collectif donné). Pour fonder cet accord sur le principe supérieur choisi, les acteurs s'appuieront sur des objets qui permettent de l'objectiver. Comme dans l'ensemble de la démarche de Boltanski et Thévenot, ce qui importe ce n'est pas tant les situations d'accords entre les individus que celles où les désaccords apparaissent, les *disputes*, et ce y compris sur les principes supérieurs communs eux-mêmes.

Cependant, les principes supérieurs communs ne sont pas remis en cause au profit d'un autre principe supérieur à chaque dispute. Boltanski et Thévenot précisent qu'il existe un ordre dans les rapprochements possibles, et donc les *justifications* qu'ils appuient. Ces rapprochements vont des plus conformes au principe supérieur qui encadre le moment initial de la dispute au plus proche des particularités de la situation qui provoque le désaccord. Ce dernier est exprimé notamment quand le besoin de détails de l'argumentation se fait sentir, le rapprochement le plus particulier à la situation tout en étant conforme au principe supérieur. Cet état de *particulier* est précaire au regard du principe supérieur, car il en est éloigné et s'il ne suffit plus à encadrer la discorde il n'est alors plus conforme au principe supérieur qui prévaut et conduit donc au changement de ce dernier.

La pluralité des principes supérieurs présentée par les auteurs dans leur recherche des équivalences appuyant la coordination en vient à poser elle-même un problème d'équivalence. Comme les auteurs le soulignent, ces principes traduisent des manières radicalement différentes de concevoir l'équivalence, mais qui sont malgré tout interchangeables, sur le même plan pour les acteurs. Se pose alors la question de savoir comment cette équivalence entre principes supérieurs relevant de logiques et se traduisant (par des objets) de manières radicalement différentes se fait. Mais se pose également la question de savoir comment parmi toutes les justifications possibles certaines relèvent de principes supérieurs qui ont la capacité du point de vue des acteurs à en dernier recours clore la dispute : à être légitime.

> *« Chercher à confronter des principes de jugement aussi divers ne manquera pas de paraitre incongru, tant ils semblent incommensurables et incompatibles, ce qui rend manifeste la pluralité des oppositions qui les traversent : du matériel au symbolique, du positif au normatif, de la réalité aux valeurs, du subjectif A l'objectif, du singulier au collectif, etc. C'est pourtant bien à traiter dans un même cadre d'analyse ces différentes modalités d'identification ("contrainte technique", "argument d'ordre esthétique" ou "point de vue moral") qu'aspire notre entreprise. Nous intéressant aux rapprochements capables de faire l'accord et de s'intégrer dans les jugements, nous avancerons que les modalités précédentes renvoient à des principes de justice (ou de justesse, terme moins incongru lorsqu'il s'agit d'une forme technique de justification) convoquant les autres. » (Boltanski et Thévenot, 1991, pp.49-50)*
>
> *« A quelles conditions une forme d'équivalence peut-elle être commune, c'est-à-dire permettre une qualification de personnes et d'objets pouvant encadrer un accord ou servir d'appui dans une discorde ? »* (Boltanski et Thévenot, 1991, p.53)

L'entreprise de Boltanski et Thévenot est donc pour le moins ambitieuse, car elle doit aboutir à un modèle d'analyse de l'action capable d'intégrer une multitude de dimensions contradictoires. Pour y parvenir, A partir de ces hypothèses forgées à travers leurs différents travaux empiriques, sur des principes méthodologiques (partir du discours des acteurs, recherche des équivalences) et sur

l'analyse détaillée de l'exemple paradigmatique de la cité marchande, Boltanski et Thévenot développent le modèle de(s) *cité(s)* afin d'identifier les principes supérieurs communs légitimes. Ce modèle consiste pour les auteurs en la définition d'une grille d'analyse du discours des acteurs à partir des principales philosophies politiques occidentales.

> *« L'élaboration d'un modèle commun de cité auquel nous rapporterons les formes légitimes d'accord qui servent de recours ultime pour l'éclaircissement et le dénouement des démêlés. Nous chercherons à repérer la façon dont ces formes d'accord sont construites en examinant le traitement auquel les soumet la philosophie politique. Conçue comme une entreprise grammaticale d'explication et de fixation de ces formes, elle nous servira A expliciter les contraintes que doit satisfaire un principe supérieur commun pour être acceptable, et par là, pour pouvoir être mis en œuvre dans les justifications »* (Boltanski et Thévenot, 1991, pp.56-57)

Le recours aux philosophies politiques pour appuyer l'analyse permet d'identifier un système cohérent qui fonde la logique de chaque principe supérieur, de lui donner corps, c'est-à-dire de retracer l'ensemble du raisonnement philosophique qui permet de conclure à la supériorité de ce principe.

> *« Nous avons choisi des œuvres classiques de la philosophie politique proposant des expressions systématiques des formes de biens communs auxquelles il est fait couramment référence aujourd'hui dans notre société. Ces systèmes que l'on peut tenir pour grammaires du lien politique, servant à justifier les appréciations sur le caractère juste ou injuste d'une situation lorsque, les parties ne peuvent plus transiger, la concorde ne reste plus à la discrétion des personnes présentes. L'accord doit alors être établi à un niveau supérieur pour qu'une équivalence soit générale. Un argument "acceptable" comme le dit Ricœur (1979)*[34] *est celui qui arrête cette remontée "en épuisant la série des 'parce que', du moins dans la situation d'interrogation ou ces questions posées". La nécessité se fait donc sentir de se référer à des règles générales permettant de passer de la juxtaposition amorphe de personnes incommensurables à une unité organisée et d'établir, pour reprendre l'expression de Louis Dumont (1966)*[35]*, "la référence des parties au tout". Cette référence rend possible l'évaluation des grandeurs relatives des gens amenant les personnes à s'accorder ou à se juger lésées, à protester, à réclamer justice »* (Boltanski et Thévenot, 1991, p.87)

L'opération de réduction de la pluralité des formes d'équivalences pour identifier celles qui sont légitimes se poursuit par des hypothèses quant au choix des textes canoniques qui permettent de définir les philosophies politiques à retenir. Le choix des œuvres de référence pour dresser la liste des principes supérieurs communs déterminant les six cités formalisées par Boltanski et Thévenot repose sur cinq critères (Boltanski et Thévenot, 1991, pp.92-96) :

[34] Ricœur Paul, 1979, « La raison pratique » in Gaerets T. (ed.), *La rationalité aujourd'hui*, Ottawa, Edition de l'Université d'Ottawa, pp. 225-241, republié dans Ricoeur Paul, 1986, *Du texte à l'action. Essais d'herméneutique II*, Paris, Seuil-Esprit, pp. 237-259

[35] Dumont Louis, 1966, *Homo hierarchicus*, Paris, Gallimard.

a. La cité doit être présentée sous une forme systématique dans l'œuvre, c'est-à-dire développée à la manière « d'une formulation générale valant pour tous, et dans toutes les situations » et entièrement développée conceptuellement. Les formulations partielles ne peuvent être retenues et la généalogie de l'œuvre n'importe pas.

b. Un principe d'économie « les grammaires politiques en usage dans la vie quotidienne fondent les grandeurs qu'elles établissent sur un principe d'économie qui met en balance l'accès à l'état de grand et le sacrifice pour le bien commun ». Les textes à visée uniquement critiques ne sont donc pas acceptables.

c. Un caractère de politique dans la mesure où « ces textes se présentent explicitement comme politiques : ils énoncent les principes de justice régissant la cité » puisqu'ils fondent un principe cabale de régir le fonctionnement d'une communauté politique.

d. Un principe de réalité, car ces textes doivent avoir une visée pratique, « ce sont des guides pour l'action, écrits à l'usage de ceux qui dirigent » et qui proposent en même temps « un questionnement systématique sur la constitution du bien commun et sur le dépassement des intérêts particuliers ».

e. Enfin, le critère de diffusion qui garantit le fait que ces textes *« ont été mis à contribution pour confectionner des technologies politiques, c'est-à-dire pour construire des instruments de mise en équivalence de validité très générale »,* les auteurs évoquent par exemple des constructions juridiques à partir du *Contrat social* au moment de la Révolution française.

Ces textes (*cf.* Tableau n° 1.7) partagent en commun de porter des philosophies politiques qui répondent A une axiomatique précise qui systématise les observations empiriques et les hypothèses formulées dans le cas de la recherche de la cité marchande par Boltanski et Thévenot pour définir les caractéristiques d'une cité. Les axiomes (aX) définis au nombre de six par les auteurs permettent de mettre en évidence des niveaux plus faibles « de modèle de communauté politique » (p.96) ou *d'Humanités (HX)*[36].

(a1). La *Commune humanité* assure l'équivalence fondamentale qui permet d'identifier l'ensemble des personnes susceptibles de s'accorder et qui sont donc considérées comme les sujets de la cité en raison de cette *humanité*. Toutes les philosophies politiques retenues partagent la même définition de cette humanité c'est-à-dire de considérer qu'elle se limite A des êtres humains égaux quant à leur nature humaine (exclusion du concept d'esclave ou de sous-homme).

H1. A l'issue du premier axiome, l'ensemble des êtres humains sont équivalents et se confondent donc dans un « Homme unique » (« *un Adam* »), il y a « qu'une métaphysique, à un seul niveau logique » : un *éden*.

(a2). Le *principe de dissemblance* introduit la possibilité de l'existence d'au moins deux états possible pour les membres de la cité. « Ce principe permet d'engendrer une autre construction politique triviale dans laquelle les singularités personnelles sont à ce point

[36] Nous reprenons l'argumentation développée des pages 96 à 100 par Boltanski et Thévnot (1990).

préservées qu'il y a autant d'états que de personnes ». Ce principe rompt l'équivalence fondamentale, mais permet d'envisager une pluralité de qualification des individus.

(a3). La *Commune dignité* vient rendre compatibles entre eux les deux axiomes précédents (a1 et a2) en postulant « une *puissance* identique d'accès à tous les états ». Les individus ne sont pas attachés A un état particulier.

H2. Humanité à plusieurs états caractérise une communauté ou un accord non trivial est possible.

(a4). Le principe d'ordre ou d'*état ordonnés* vient classer les individus en fonction d'un principe de grandeur qui permet au moment des disputes d'établir la position sociale de chacun et donc de se coordonner en conséquence : les disputes peuvent s'arrêter sur la base de justifications reposant sur cet ordre. Cet ordre entre les états « s'exprime par une échelle de valeurs des biens ou des bonheurs attachés à ces états ».

(a5). La *formule d'investissement* permet d'expliquer pourquoi l'on observe différents niveaux de grandeurs malgré le fait que les états soient accessibles à tous (a3). Ce principe traduit le coût nécessaire supporté par un individu souhaitant changer d'état.

H3. *L'Humanité ordonnée* caractérise la communauté politique possible à partir de la combinaison des 5 axiomes précédents. Si elle forme un ordre plus complexe que H1 et H2 elle n'est pas suffisante pour assurer la légitimité du principe supérieur commun, car elle laisse la possibilité aux petits, ceux à l'état le plus inférieur, de le remettre en question plutôt que de subir le coût nécessaire pour passer à un état supérieur. Il faut une caractéristique supplémentaire pour refermer le modèle.

(a6). C'est le rôle de l'axiome du *Bien commun* qui « pose que le bonheur, d'autant plus grand que l'on va vers les états supérieurs, profite à toute la cité ». Pour dépasser la situation où la communauté politique se résume à sommes d'individualités (H2) ou à un une communauté instable (H3), il est nécessaire que les individus partagent un principe commun qui au-delà de leur intérêt personnel leur permet de former une communauté politique : une communauté qui en accord sur un principe d'équivalence.

H4. Le denier axiome permet de définir la communauté politique qui relève d'une *cité* c'est-à-dire la communauté politique ou le principe supérieur commun (a4 et a6) permet « de contenir les désaccords dans l'admissible en évitant qu'ils ne dégénèrent en mettant en cause le principe d'accord » : la communauté politique légitime.

La dernière étape du raisonnement consiste à traduire dans la réalité ces philosophies politiques. En effet, les individus ne pouvant déterminer leur état dans la cité en se référant à une caractéristique qui leur est propre (a3) ils doivent être en mesure d'apporter la preuve de leur état par d'autres moyens qui permettent de les qualifier. Cette situation est celle de *l'épreuve* où les individus à partir d'objets qui instrumentent la grandeur vont pouvoir déterminer leur état de grandeur. Il s'agit de rendre concret un raisonnement philosophique et d'un débat d'idées entre les individus pour que la coordination se fasse effectivement. Les objets ainsi qualifiés selon les principes supérieurs communs et résultant des multiples investissements de formes réalisés permettent la réalisation d'un *monde commun* qui traduit dans la réalité chaque cité.

L'objectivation de ces mondes communs a été menée par Boltanski et Thévenot à partir de guide d'action qui prévaut dans un même contexte à savoir l'entreprise et la relation de travail (*cf.* Tableau n° 1.7).

Les *économies de la grandeur* définies par Boltanski et Thévenot forment ainsi un modèle complet d'analyse qui permet d'établir une liste des cadres d'interprétation légitime nécessaires à la coordination afin de pouvoir prendre au sérieux les justifications des acteurs. Ce modèle réussit à concilier la dimension concrète de ces justifications avec leur dimension normative plurielle. Un processus dialectique s'engage alors pour confronter ces deux dimensions dans une situation d'action donnée et ainsi déterminer le principe supérieur commun qui prévaut ou une combinaison pour soutenir l'action réalisée. A partir de l'important travail d'explicitation de l'Economie des conventions de Bessis (2006),[37] nous avons synthétisé (Tableau n° 1.7 ci-dessous) ce processus liant les cités comme traduction d'un principe de coordination général (de *convention*$_1$: *principe supérieur commun* et *forme de coordination*) et mis à l'épreuve de ce principe dans une situation donnée jusqu'à sa dimension la plus particulière qui peut conduire à sa remise en cause (*déchéance de la cité*).

Présenté ainsi, le modèle des cités apparait comme un cadre théorique complexe et potentiellement fermé pour caractériser des conventions1 autres que les six proposées ici. En effet, les cités candidates à l'intégration au sein des économies de la grandeur doivent respecter simultanément : des hypothèses de recevabilité de l'œuvre canonique de la philosophie politique d'appui, les six axiomes du modèle et se traduire par un monde commun.

[37] Nous nous sommes limité au travail de Franck Bessis qui n'avait alors pas retracé de la même manière la cité par projet développée par Boltanski et Chiapello (1999).

Tableau n° 1.7 – Les cités et leurs mondes communs : des philosophies à l'action

Cité	**Monde commun**														
			Coordination générale					**Mises à l'épreuve des personnes selon les formes de coordination générale**				**Compétences communes, bien commun et biens particuliers**			
Référence	***Forme de coordination***	***[Principe supérieur commun]***	***Mode d'expression du jugement***	***Figure harmonieuse de l'ordre naturel***	***Relations naturelles entre les êtres***	***Répertoire des sujets***	***Répertoire des objets***	***Epreuve(s) modèles***	***Forme(s) de l'évidence***	***Formule d'investissement***	***Etat de grand***	***Dignité des personnes***	***Rapport de grandeur***	***Etat de petit et déchéance de la cité***	***Guide d'action***
Richesse des nations *Théorie des sentiments moraux* Adam Smith (1723-1790)	Marchande	[la concurrence, rivalité, compétition]	Le prix	Le marché	Intéresser, acheter, se procurer, vendre, être en affaire avec, négocier, tirer, parti, monnayer, payer, rivaliser	Homme d'affaires, vendeurs, clients, acheteurs, travailleurs indépendants	Richesse, objets de luxe	Affaire réglée, marché conclu. L'arrêt de l'épreuve s'exprime par la passation d'un contrat.	Argent, bénéfices, redistribution	Opportunisme, liberté, ouverture, détachement, distance émotionnelle	Désirable, de valeur, vendable	L'intérêt, amour des choses, désir, égoïsme	Posséder	La servitude de l'argent	*Tout ce que vous n'apprendrez jamais A Harvard. Notes d'un homme de terrain* M.H. McCormack 1984
Système industriel Saint-Simon (1760-1825)	Industrielle	[l'efficacité, performance, avenir]	Effectif, correct, en ordre de marche, fonctionnant	L'organisation, le système	Fonctionner, mettre en œuvre, engrenage (liaison d'), fonction (être fonction de), rouage, interagir, besoin (avoir), conditionner, intégrer, prévoir	Professionnels, experts, spécialistes, responsables opérateurs	Moyens, outil, ressource, méthode, tâche, direction, critère, définition, liste, graphique, schéma, calendrier, plan, objectif	Test, lancement mis en route, mise en œuvre, réalisation	La preuve est assise sur une régularité temporelle, sur la répétition méthodique de la mesure	Progrès, investissement, dynamique	Performant, fonctionnel, fiable, opérationnel	le travail, énergie, utilisation de son potentiel	Maîtriser (le futur notamment)	L'action instrumentale, traiter, les gens comme des choses	*Productivité et conditions de travail ; un guide diagnostic pour entrer dans l'action* M. Pierrot 1980
Contrat social Rousseau (1712-1778)	Civique	[la prééminence des collectifs, la volonté générale]	Le verdict du scrutin, vote, élection, consultation, mobilisation, se rallier A une cause, prise de conscience	La République démocratique, Etat, démocratie, institutions représentatives, Parlement	Le rassemblement pour une action collective, unifier, mobiliser, rassembler, exclure, adhérer, rallier (se), appel (lancer un), débattre	Collectivités publiques, parti, fédération, section, bureau, comité, élu, délégué, secrétaire, adhérent	Législation, droits, décrets, ordonnance, tribunaux, procédure, procès-verbal, dérogation, liste électorale, bulletin, siège, permanence	La manifestation pour une juste cause, assemblée, congrès, conseil, réunion, recours, demande de justice	La forme de l'évidence est la loi dans laquelle l'expression de la volonté générale se trouve déposée	Renoncement au particulier, solidarité, dépasser les divisions, renoncer A l'intérêt immédiat	Réglementaires et représentatifs, unitaire, légal, officiel, autorisé, titulaire	L'aspiration aux droits civiques, la participation politique	les rapports de délégations, adhésion, représentation, traduire les aspirations	La division, minoritaire, particulier, isolé, coupé (de la base), individualisme déviation, catégoriel, irrégulier, déchu	*Pour élire ou désigner les déléguer - La section syndicale* CFDT 1981 et 1983
Politique Bossuet (1627-1704)	Domestique	[l'engendrement depuis la tradition, hiérarchie]	Savoir accorder sa confiance, apprécier, féliciter, remontrances	L'âme du foyer, la maison, la famille	Le commerce des gens biens élevés, reproduire, enfanter, éduquer, donner, recevoir, rendre, recommander, remercier, respecter,	Les supérieurs et les inférieurs, père, roi, ascendants, parents, célibataire, étranger, femme, enfant, voisins	Les règles du savoir-vivre, bonnes manières, bienséance, rang, titre	La cérémonie familiale, fête, naissance, décès, mariage, mondanité, distinction, conversation, nomination	Les formes de l'évidence qui soutiennent le jugement relèvent de l'exemple	Le rejet de l'égoïsme, serviabilité, devoir (et dette), harmonie	La supériorité hiérarchique, bienveillant, bien élevé, avisé, digne de confiance, franc	L'aisance de l'habitude, bon sens, pli, le naturel, caractère	Respect et responsabilité, autorité, subordination, respectabilité et honneur	Le laisser-aller du sans-gêne, impoli, gaffes, apartés, indiscret, vulgaire, envieux, traitre	*Savoir-vivre et promotion* P. Camusat 1970
Léviathan Hobbes (1588-1679)	Par l'opinion (renom)	[la réalité de l'opinion]	Le jugement de l'opinion, bruit, mode, cote, retentissement, répercussion	L'audience	Persuader, sensibiliser, attirer, accrocher, percer, capter, lancer, émettre, faire circuler, propager, promouvoir, orienter, amplifier, parler de, citer	Les vedettes et leurs supporters, leader d'opinion, porte-parole, relais, journaliste, attaché de presse	Les vedettes et leurs supporters, leader d'opinion les médias, marque, message, émetteur, récepteur, campagne, relations publiques, communiqué, mailing, badge	La présentation de l'évènement, conférence de presse, inauguration, portes ouvertes	L'évidence du succès, connu	Le renoncement au secret, révéler	La célébrité, réputé, reconnu, visible, se distinguer, persuasif, accrocheur	Le désir d'être reconnu, amour propre	Etre reconnu et s'identifier	l'indifférence et la banalité, méconnu, caché, banal, oublié, imagé détériorée	*Principes et techniques des relations publiques* C. Schneider 1970
Cité de dieu Saint Augustin (354-430)	Par l'inspiration	[le jaillissement de l'inspiration]	L'éclair de génie, illumination, intuition	L'imaginaire, l'inconscient	L'alchimie des rencontres imprévues, créer, découvrir, imaginer, rêver	Les illuminés, esprit, ombre, monstre, fée, Je, enfant, fou, autiste	Le rêve éveillé, esprit, corps, rêve, drogue	Le vagabondage de l'esprit, aventure, quête, voyage mental, cheminement, expérience vécue	La certitude de l'intuition, fantasme, symbole, signes, analogies, images, mythes	L'évasion hors des habitudes, remettre en question, tout abandonner pour se consacrer A sa vocation	Bizarre, insolite, merveilleux, spontané, émotionnel, irrationnel, singulier, imaginatif	L'inquiétude de la création, amour, passion, créer	La valeur universelle de la singularité, génie, indépendant	La tentation du retour sur terre, figé, routines	*La créativité en pratique* B. Demory 1974
Jetté (2001)	Bessis (2006) p.65							Bessis (2006) p.82				Bessis (2006) p.87			Boltanski et Thévenot (1991) pp. 192-198

Pour appliquer la grille d'analyse proposée par Boltanski et Thévenot avec le modèle des cités à notre objet d'étude, la Sécurité sociale, nous identifions quatre démarches possibles à partir de la littérature conventionnaliste et des éléments présentés précédemment.

Une première démarche consiste à partir de notre matériel empirique en rattachant de manière systématique tout notre corpus de discours aux six cités existantes grâce notamment à un traitement lexicométrique. Cette option, si elle est conforme à la manière dont les cités ont été identifiées, au moins intuitivement par les fondateurs du modèle, elle est ici difficilement applicable. En effet, comme nous l'avons précisé dans la section 1.1.2, le caractère fragmenté et hétéroclite de notre corpus fait qu'il ne nous a pas semblé pertinent de recourir à une analyse lexicométrique. En outre, et comme le souligne Boltanski et Thévenot, la Sécurité sociale constitue un objet d'étude à la croisée de plusieurs grandeurs ce qui pose de nombreux problèmes théoriques[38].

Une deuxième option possible est de considérer la grille d'analyse proposée par le modèle des cités comme une grille stabilisée des différentes justifications possibles et donc une certaine représentation normative des différents états possibles du monde. Cette stratégie-là est utilisée dans l'analyse conventionnaliste dans la mesure où en raison de son axiomatique forte et des nombreux travaux empiriques qui les documentent, le modèle des cités a acquis une portée normative indéniable. On se réfère ainsi au modèle des cités comme à une grammaire d'interprétation valable pour les sociétés occidentales capitalistes sans réinterroger à chaque fois le caractère effectif des cités. Cette solidification dans le temps s'éloigne de la démarche conventionnaliste d'origine, car le discours des acteurs est mis à distance. Ainsi c'est à travers les objets, des éléments de discours parcellaires et une forte contextualisation que tel ou tel objet étudié va être rattaché à une cité. Cette démarche a été notamment utilisée en économie et offre une certaine souplesse empirique et conceptuelle.

Ces deux premières options présentent la particularité de ne pas prendre en compte l'originalité de la Sécurité sociale que nous défendons, car en tant que grammaire du capitalisme elles n'ont pas été pensées pour envisager un « autre mode de production » pour reprendre une terminologie régulationniste. Ainsi toutes les spécificités anticapitalistes de la Sécurité sociale pourraient être gommées en étant ignorées, car ininterprétables ou rattachées à une cité existante.

Une troisième option consiste donc à prendre au sérieux le principe de pluralité des cités posé par Boltanski et Thévenot et, à partir de leur démarche, de tenter d'identifier une nouvelle cité dans laquelle la Sécurité sociale jouerait un rôle central. Cette entreprise au regard de la complexité du modèle des cités et de l'impératif de généralité du résultat semble difficile à réaliser dans le cas spécifique d'une institution, ici la Sécurité sociale et avec le matériel empirique dont nous disposons.

C'est pourquoi une quatrième et dernière option consiste à piocher dans les tentatives existantes de formalisation de nouvelles cités, au-delà des six d'origines, pour les appliquer à notre objet d'étude. Nous avons identifié deux cités potentiellement adaptées au cas de la Sécurité sociale : la cité assurantielle et la cité communiste. Nous allons donc explorer la possibilité de lire la Sécurité sociale selon deux grands principes de justice déclinés en cité. A une extrémité du spectre, on peut considérer que la Sécurité sociale n'est qu'une opération d'assurance et traduit en matière de risque social, ce qui se fait en matière de risque automobile ou habitation. Il convient alors de mettre à

[38] Nous y reviendrons au chapitre 2 section 1.1.2.

l'épreuve la capacité des techniques usuelles de l'assurance à pouvoir se présenter en principe de justice ou en « cité ». A l'autre extrémité du spectre, la Sécurité sociale ne peut pas se résumer à une technique d'assurance, mais porte une notion très exigeante de solidarité. En poussant à son terme le principe fondateur de la Sécurité sociale française « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins », on débouche sur un monde communiste de « libre réalisation des besoins » selon les termes de Marx. Nous allons donc explorer ces deux extrémités du spectre : la cité de l'assurance et la cité communiste. Notre propos n'est pas purement spéculatif et exploratoire puisqu'il se trouve que la littérature a déjà travaillé à la fois la Cité de l'assurance et la Cité communiste.

2.2.2. La cité assurantielle : une cité par défaut pour la Sécurité sociale ?

La Sécurité sociale française est traditionnellement présentée dans la littérature consacrée à la protection sociale comme étant à l'origine un système reposant sur un principe assurantiel caractéristique des systèmes dits bismarckiens ou corporatistes-conservateurs si l'on reprend la typologie de référence (Esping-Andersen, 2007 ; Merrien et al., 2005 ; Palier & Bonoli, 1995). Cette caractérisation désigne des systèmes nationaux de protection sociale financés par des cotisations liées au statut de salarié de l'assuré et qui lui ouvrent en conséquence des droits vis-à-vis des caisses qui mutualisent les cotisations pour assurer les prestations liées à ces droits. Les risques couverts sont initialement les accidents du travail puis la maladie et la vieillesse. L'appui sur le statut de salarié assure un co-financement entre l'employeur et l'employé. Les niveaux de couverture et de cotisations dépendent de la profession ou de la branche d'activité, et éventuellement du niveau de salaire. L'adhésion au départ volontaire est progressivement devenue obligatoire. Ce modèle s'oppose à un modèle faisant une part plus large à l'assistance, porté par l'Etat et un financement par l'impôt ou modèle Beveridgien. Prenant appui sur le modèle scandinave et l'objectif de réduction des inégalités, le modèle est qualifié de « social-démocrate » dans la typologie d'Esping-Andersen. Même ainsi présenté à grands traits, on retrouve donc bien l'idée d'assurance dans le système Bismarckien dans la mesure où la protection sociale y est un mécanisme financier de couverture des risques par mutualisation au sein d'un groupe donné.

Le caractère assurantiel de la Sécurité sociale fait l'objet de nombreux débats et les différentes conclusions dépendent, comme nous allons le voir, de ce que l'on qualifie comme relevant du monde de l'assurance (Blanchet, 1996 ; Ramaux, 2007). La littérature s'accorde sur le fait que la référence assurantielle entre en conflit avec celle de redistribution, et plus généralement avec le principe de solidarité lui-même, au sens de la Sécurité sociale. Autrement dit même si la Sécurité sociale partage un vocabulaire et quelques développements communs, il s'agit de deux systèmes bien différents.

Outre les différences retracées dans le tableau n° 1.8 ci-dessous, il nécessaire de noter une différence fondamentale entre assurance et Sécurité sociale dans la gestion des risques qui est celle de la non-application du principe d'équité actuarielle par les systèmes de Sécurité sociale. On entend par équité actuarielle le fait que le montant de la prime payé par l'assuré dépend du niveau de risque auquel il est exposé[39]. Or dans un système de Sécurité sociale, le taux est uniforme pour

[39] « les tarifs sont considérés comme "justes", ou "actuariellement équitables", si chaque prime correspond à la perte attendue (pour ne pas dire "espérée", au sens mathématique) pour chaque assuré. Dans cette perception de l'équité, une hypothèse essentielle est que les classes soient

une catégorie d'assuré indépendamment du niveau de risque. A l'inverse d'un système où l'équité actuarielle s'applique, les assurés les moins exposés aux risques financent très largement les assurés les plus à risques, il y a une mutualisation complète entre les assurés et même entre les différents risques. Notons que sur ces seuls critères de fonctionnement du mécanisme de couverture des risques, la Sécurité sociale se trouve classée du côté des assurances publiques.

Tableau n° 1.8 – Principales caractéristiques des différents systèmes d'assurance

	Assurance privée	**Mutuelles**	**Assurances publiques**
Principe	Assurance	Solidarité	Solidarité
Type de contrat	Contrat précis	« adhésion »	Contrat implicite
Horizon	Court terme	Long (?)	Long terme
Définition du risque	Précis-complet	Ex post	Incomplet
Evaluation du risque	Nécessaire	utile	Pas indispensable
Financement	Préfinancement (prime)	*Ex post* cotisation	Ex post (cotisation)
Périmètre du groupe	Fermé ou ouvert	Fermé	Nation

Source : Geoffard (2000, p.477)

Le maintien de la caractérisation assurantielle de la Sécurité sociale, malgré les différences évoquées ci-dessus, peut être expliqué selon nous par deux raisons historiques : la filiation des assurances sociales et la notion ambiguë de risque social. Les transformations contemporaines de la Sécurité sociale renforcent la situation (la transformation en gestionnaire de risque de la Sécurité sociale et sa normalisation par rapport à l'assurance maladie complémentaire).

Sur le plan historique, c'est l'historiographie mutualiste qui insiste largement sur la filiation entre technique de l'assurance et Sécurité sociale pour qualifier le système des assurances sociales de l'entre-deux-guerres (Dreyfus, 2001). Il s'agit pour les mutualistes de rappeler le fait que la Sécurité sociale n'est pas uniquement une création de 1945 et du mouvement communiste, dans la mesure où tous les outils (caisse, principe de la cotisation, gestion par les intéressés) préexistaient notamment grâce à l'œuvre des mutualistes de l'entre-deux-guerres. Cette dimension assurantielle est donc très particulière puisqu'elle doit se comprendre dans un sens mutualiste (*cf.* tableau n° 1.8). La deuxième raison historique tient au concept de risque social. Si la notion de risque accrédite la dimension assurantielle selon l'idée que l'assurance est un dispositif de garantie contre les risques en contrepartie d'une contribution financière, l'ajout du qualificatif « social » vient

"homogènes". En effet, dans l'hypothèse inverse, les personnes les moins risquées subventionnent les personnes les plus risquées, ce qui est perçu comme socialement injuste » (Charpentier et al., 2020).

rompre le lien (Delouette, 2020). En effet, la socialisation du risque a pour conséquence de remettre en cause l'idée de responsabilité individuelle au profit d'une responsabilité collective. Comme le souligne Ewald « le fondement du droit à la Sécurité sociale n'est plus recherché dans l'activité professionnelle et l'apport de chacun à la société, mais dans les besoins des individus, besoins pris en considération au nom d'une solidarité naturelle entre les membres d'une même collectivité nationale » (Ewald, 1986, p.400). La socialisation des risques liés au travail dans les années 1930 laisse la place après-guerre à une vision plus large où il ne s'agit plus seulement d'indemniser un risque, mais potentiellement de mettre tout en œuvre pour l'éviter via la politique économique. La Sécurité sociale en tant qu'organisation s'insère donc dans une stratégie plus large de lutte contre la pauvreté si l'on reprend les intuitions de William Beveridge (Durand, 1953).

Si l'on peut faire un constat d'éloignement entre la Sécurité sociale et l'Assurance en 1945, soit dans un sens mutualiste soit dans un sens de socialisation publique, on observe un mouvement inverse actuellement. La Sécurité sociale depuis le début des années 1990 met en œuvre une gestion active du risque. Comme le souligne Aubert (2013) « gérer le risque pour un assureur revient à : l'évaluer, le prévenir, le réduire ou réduire ses conséquences financières, le tarifier à ses clients, transférer la partie du risque qui ne peut être supportée » (réassurance). La Sécurité sociale échappe aux deux dernières dimensions, mais renforce les trois premières ce qui n'était pas le cas avant les années 1990. Il ne s'agit plus seulement pour la Sécurité sociale de couvrir les risques (et d'ajuster le taux de couverture), mais d'agir sur le risque) afin de le limiter dans un souci d'efficacité budgétaire. Le rapprochement s'effectue aussi en dehors de la Sécurité sociale puisque le système de protection sociale français se tourne de plus en plus vers les assurances maladie complémentaires comme nous le verrons dans le chapitre 5.

Les origines assurantielles de la Sécurité sociale au cours de l'entre-deux-guerres, le maintien dans la caractérisation et le fonctionnement d'une dimension assurantielle dans le fonctionnement de la Sécurité sociale de 1945 et enfin un retour en force actuellement de ces principes sont autant de raisons pour envisager la Sécurité sociale comme une concrétisation d'une interprétation du monde par le principe de l'assurance.

Ainsi, puisqu'il n'existe pas à notre connaissance de tentative de formalisation d'une Cité de Sécurité sociale, une tentative qui pourrait s'en approcher serait donc celle d'une Cité de l'assurance telle que proposée par Didier Torny (1995), en raison du caractère assurantiel[40], même imparfait, de la Sécurité sociale que nous venons de présenter.

L'objectif de Torny à travers la formalisation d'une Cité de l'assurance est de montrer que la différenciation tarifaire proposée par les assurances santé au nom de l'équité actuarielle constitue un principe légitime de justice, au sens du modèle des cités, et non un principe discriminatoire en santé. Pour esquisser ce que serait une Cité de l'Assurance, Torny repart de l'axiomatique des cités développée par Boltanski et Thévenot (1991) puis montre dans un premier temps que cette cité fonctionne « (presque) » pour le cas de l'Assurance responsabilité civile automobile puis dans un second temps pour le cas de l'Assurance santé.

[40] Le caractère Beveridgien de la Sécurité sociale, d'assistance, et celui d'intérêt général pourrait être saisis par la cité Civique.

Si on schématise le raisonnement de Torny, l'axiomatique des cités peut être appliquée comme une grille de construction qui permet d'identifier, d'après Torny, la Cité de l'assurance comme suit[41] :

(a1). Le principe de commune humanité « *implique l'accès de l'assurance à tous et non l'exclusion de personnes sur tel ou tel critère, et donc un système d'assurance obligatoire ».*

(a2). Le principe de dissemblance *« qui permet aux personnes d'occuper des états différents »* c'est-à-dire que l'exposition aux risques est potentiellement différente entre chaque individu.

(a3). Le principe de commune dignité *« implique que le risque ne doit pas être attaché de façon permanente aux personnes et* [que] *celles-ci doivent pouvoir accéder à l'ensemble des classes de risques* (…) *Il doit être possible pour une personne de diminuer son risque pour être situé dans la classe de risque qui souscrit les primes les plus faibles, en particulier quel que soit son risque initial ».*

(a4). Le principe d'ordre ou d'*état ordonné*s vient classer les individus en fonction d'un niveau d'exposition aux risques : *« A chaque personne, l'assurance va attacher, à un moment donné, un risque, plus ou moins important, qui va conditionner le montant de la prime qu'elles auront à payer pour être couvertes. Ainsi, un risque élevé devra s'acquitter d'une prime élevée ».*

(a5). La formule d'investissement exprime le coût associé au passage à un niveau de risque moins élevé *: « ici le refus du risque, qui lie les bienfaits d'un état supérieur à un coût. C'est en refusant de boire avant de prendre le volant, de fumer ou de construire son habitation en zone inondable, mais bien au contraire en faisant preuve de prudence en dotant son véhicule de systèmes d'alarme et en pratiquant un sport hebdomadaire, que l'assuré voit son risque diminuer et donc sa grandeur dans la Cité Assurantielle augmenter ».*

(a6). Le principe de bien commun autour du principe d'assurance permet de garantir la cohérence de la Cité et donc sa formation : *« ce refus du risqué et l'adoption de la prudence satisfasse non seulement celui qui suit cette conduite, mais également l'ensemble des personnes. C'est le cas, puisqu'en diminuant son risque, il abaisse le coût des futurs sinistres et donc le montant des primes pour la communauté des assurés (a4). Donc, le juste en assurance s'appuie sur un principe de différenciation des personnes fondé sur le risque, l'équité actuarielle. Elles peuvent faire varier ce risque en refusant le risqué, ou, au contraire, en le recherchant (a5). »*

Si la Cité de l'Assurance présentée par Didier Torny semble théoriquement viable, sa traduction opérationnelle suppose des dispositifs particuliers pour pouvoir fonctionner. Si Torny pointe la nécessité de tels dispositifs, il ne discute pas (ou peu) de leur détail et de leur articulation avec l'axiomatique pour aboutir à une Cité de l'assurance en santé viable.

Le respect de l'axiome de commune humanité (a1) est confronté à un problème d'adhésion des assurés que connait bien le monde réel de l'assurance. En effet, ce problème provient soit d'un

[41] Nous citons Torny (1995) p.2.

comportement volontaire de l'assuré de refus de l'assurance soit d'un refus de la part de l'assureur d'assurer certains individus jugés trop à risques donc non viables économiquement. Il s'agit d'un phénomène d'antisélection, les assurés les moins à risques ne s'assurent pas, car ils y ont peu à gagner tandis que les assurés avec les plus forts risques ont tendance à acheter plus d'assurance. En réaction les assureurs vont soit pondérer négativement les mauvais risques pour renchérir leur coût soit vont sélectionner les patients, ce qui est officiellement interdit en France (Caussat & Glaude, 1993).

La solution proposée par Torny d'une assurance obligatoire est vraisemblable dans la mesure où l'assurance constitue la forme de coordination choisie par la communauté politique. Ceux qui ne sont pas assurés ne font pas partie de la communauté, l'obligation d'assurance permet donc de garantir l'existence de cette dernière[42]. L'obligation d'assurance supprime l'antisélection. En outre, une obligation légale est justifiée au nom de la cité de l'assurance puisque le juste dans cette cité repose sur la différenciation des personnes en fonction de leur risque. Autrement dit, pour que les individus aient une grandeur, ils doivent connaitre leur classe de risque donc avoir accès à l'assurance. Mais une fois le risque connu (ce qui suppose de lever le secret médical), cela ne fait que déporter la question sur la dimension de l'accès économique à l'assurance, car les personnes les plus à risques se retrouvent avec les primes les plus importantes.

Pour faire face au problème de l'accessibilité économique, que soulève par ailleurs Torny dans le cas de l'automobile (il faut avoir les moyens d'avoir une automobile pour s'assurer), la Cité de l'assurance devrait être nécessairement concrétisée par un système de subvention de l'assurance à condition qu'il soit justifiable au nom de la gestion actuarielle du risque. Un tel dispositif permettrait de rendre viable économiquement le principe de commune humanité (a1) en donnant les moyens minimums à chacun d'avoir une assurance. Ce dispositif rendrait également viable celui de commune dignité (a3) en permettant aux individus de ne pas rester bloqués pour des raisons économiques à un état donné. Ce dispositif de subvention dont les détails exacts seraient à définir pour s'assurer de sa compatibilité avec la Cité de l'assurance apparait comme vraisemblable si l'on fait référence au dispositif d'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) qui existe en France et qui est une aide de l'Etat pour acheter une assurance complémentaire sous critère de revenu. Le financement du dispositif de subvention pourrait être réalisé par ceux qui provoquent le risque ou les facteurs de risque, c'est-à-dire ceux qui indirectement renchérissent les primes des assurés. Cependant, un tel mécanisme ne devrait pas être désincitatif pour les individus dans leur objectif de refus du risque, car c'est ce dernier qui profite à tous (a6).

L'obligation d'assurance ou de possibilité de participation ne suffit pas pour autant notamment dans un contexte où la fourniture d'assurance est une activité concurrentielle. En effet, sous l'effet de la concurrence, les assureurs cherchent à ajuster au mieux le risque et le montant de la prime. Ils y sont contraints par le jeu concurrentiel qui permet à l'assuré de choisir l'assureur qui trouvera la meilleure adéquation risque-prime. Cette gestion individualisée du risque, si on la pousse au maximum[43], contribue à remettre en cause les classes de risques. Plus on affine plus les classes de risque, c'est-à-dire plus affine l'ordre des états de grandeur (a4), plus on exerce une pression à la baisse sur la viabilité du principe de l'assurance qui repose sur la mutualisation dans une classe

[42] Une cité où les personnes en raison de caractéristiques naturelles seraient exclues ne peut être une cité, voir l'exemple de la cité eugénique (Boltanski et Thévenot, 1991 – pp.105-107). Mais pour autant cela n'empêche pas les pratiques discriminatoires (Ghirardello, 2003).

[43] L'individualisation des probabilités à fait de progrès très importants avec le *big data* et de développement de la génétique.

homogène de risque. Il n'y a donc plus d'assurance s'il y a autant de classes que d'individus (on retombe sur H2). Par ailleurs, d'un point de vue pratique, ce raffinement peut contribuer, en renforçant l'homogénéité des classes, à réduire la viabilité économique d'un système assurantiel concurrentiel en diminuant le montant des primes collectées. Cette situation est juste au regard de la Cité de l'assurance (efficacité actuarielle), mais accentue la question des conditions de viabilité économique et celle de la participation des assurés (a1). A l'heure actuelle l'individualisation du risque est perçue comme un moyen par les assureurs de contrôler les comportements à risques (Chelle, 2018) et donc de réduire les primes de certains, mais réciproquement d'augmenter celle d'autres au risque de sanctionner des assurés en raison de leurs caractéristiques propres (*cf.* a3).

Remarquons enfin que dans un contexte d'incertitude radicale au sens de Keynes et sur laquelle insiste l'Economie des conventions, la Cité de l'Assurance a une dimension paradoxale ou de mise en abyme dans la mesure où le risque ne peut être probabilisé que si l'information est connue. Par conséquent en l'absence d'information, dans une situation d'incomplétude, pour déterminer exactement les grandeurs (risques) de chacun, la Cité de l'Assurance repose inévitablement sur des définitions conventionnelles de classes de risque. La dimension conventionnelle porte ici aussi bien sur les facteurs que la causalité que l'on établit entre un risque et certains facteurs explicatifs que sur les classes elles-mêmes. L'attribution ou la surestimation d'un facteur de risque, comme le genre dans les comportements à risques (Genier & Jacobzone, 1998) ou en matière automobile (Charpentier et al., 2020) contribue à modifier la classification qui devrait être si le calcul actuariel était exact, avec toutes les données nécessaires. Si la convention est la solution à l'incomplétude en permettant faute de mieux l'application du principe de justice de la cité assurantielle, elle en constitue également une imperfection. La Cité de l'assurance porte donc en elle une tension entre le principe d'assurance et celui de risque (au sens statistique). Pour dépasser cette tension, il faut faire du risque un principe d'organisation de la société si l'on reprend le développement d'Ewald et de Kessler (2002) sur la société du risque (Ewald, 1986, 2009). Cela revient de le sortir de sa conception en termes uniquement calculable.

> *« L'expérience du risque est placée sous le signe d'une essentielle ambiguïté. C'est une forme de mesure qui, en même temps qu'elle permet de pondérer le pour et le contre, ne permet jamais de s'affranchir d'une décision nécessaire. L'éthique du risque est une éthique de la responsabilité qui impose à chacun, individuellement et collectivement, de se prononcer au cas par cas sur la valeur des valeurs. »* (Ewald & Kessler, 2002 - p.67)

> *« En un mot, le risque constitue notre épistémè. Il est au cœur du rapport des individus à eux-mêmes (morale), des individus avec la nature (épistémologie), du rapport des individus entre eux (anthropologie politique). On s'étonne de la multiplication des risques ; on s'interroge sur une société qui voit ainsi se multiplier les risques en son sein. On se demande si tant de risques, de menaces, de dangers ne compromettent pas définitivement la vieille alliance avec le progrès. Mais on ne récolte que ce qu'on a semé. Les risques sont autant dans notre manière d'objectiver les événements que dans les événements eux-mêmes. Nous avons placé l'aventure humaine sous le signe du risque. D'une épistémè, on ne décide pas. Il faut vivre avec. Elle informe la perception, les modes de*

> *jugement, les analyses. Mais cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas plusieurs manières de la jouer. »* (Ewald & Kessler, 2002, p.68)

Le concept foucaldien d'épistémè qui soutient cette conception du risque comme principe de société est équivalent à celui de convention comme l'a souligné Diaz-Bone, ce qui ne peut que renforcer l'hypothèse d'une possible cité du risque si la démonstration d'Ewald est confirmée.

> *« An episteme is a deeper and preconscious knowledge structure, which endows manifest knowledge with an inner coherence. It is this idea of the organization of the coherence of knowledge that makes EC's concept of convention similar to the one of episteme, whereby convention now is understood (also) as a deeper knowledge structure. »* (Diaz-Bone, 2019, p.314)

La Cité de l'assurance est donc une cité plausible si elle rejoint un projet de société qui dépasse une technique de couverture des risques. Autrement dit, si elle devient une cité du risque, avec la notion de risque au sens d'Ewald. Il faudrait des analyses complémentaires pour vérifier la cohérence effective d'une telle cité. Dans le cas contraire, la Cité de l'assurance doit faire face à de nombreuses contradictions qui lui sont consubstantielles et qui selon nous la rendent impossible. Dans un cas comme dans l'autre, en l'état actuel de la littérature académique, la cité de l'assurance ne semble pas pertinente.

Même si la cité de l'Assurance ne semble pas probante, elle a permis d'introduire la discussion sur l'ambiguïté de la notion de risque social et son articulation avec celui de besoins. En outre, elle a permis de révéler qu'elle devait être soutenue par un projet de société pour être viable. Une tentative de formalisation de cité semble pouvoir intégrer ces deux dimensions : la cité communiste.

2.2.3. La Cité communiste : une cité pour la Sécurité sociale de 1945 ?

Penser la Sécurité sociale dans les termes des économies de la grandeur tout en prenant au sérieux son historiographie communiste est *a priori* contre intuitif. En effet, le cadre idéologique qui sous-tend l'historiographie communiste qu'est le marxisme au sens large a fait l'objet d'un rejet de la part de Boltanski et Thévenot, car ils le jugent totalisant et trop éloigné des acteurs sur le plan méthodologique.

Malgré ces oppositions, on retrouve dans un des premiers textes des économies de la grandeur, *L'amour et la justice comme compétence*, publié par Boltanski en 1990, une esquisse de ce que pourrait être une Cité communiste. Comme le précise Boltanski, à l'inverse de la caractérisation des autres cités, il ne s'agit pas ici d'un exercice de définition très détaillé, car il est réalisé dans le cadre de développements relatifs à *l'agapè*, objet central du livre. La mobilisation par Boltanski de Marx, mais aussi de Mauss, a pour objectif de montrer que certaines philosophies, illustrent les questions qu'il soulève dans les termes de *l'agapè*.

Le concept d'*agapè* est mobilisé par Boltanski dans le cadre d'une analyse plus globale de la manière (« modes d'action ») dont les individus agissent dans une situation de coordination. Comme nous l'avons précédemment vu avec le modèle des économies de la grandeur, les individus se justifient à l'occasion de disputes en justice, mais Boltanski précise ici que les individus ne sont pas amenés dans toutes les situations à se justifier. Pourtant ils agissent et se coordonnent. Ces

situations mobilisent d'autres capacités des acteurs (compétences) que sont l'amour et la violence. Comme dans les économies de la grandeur le raisonnement de Boltanski repose sur des observations empiriques et vise à équiper le chercheur sans pour autant noyer les individus étudiés dans un cadre d'analyse surplombant.

Une fois reconnue la capacité pour les individus d'agir et de se coordonner en dehors de la justice, Boltanski dresse une grille d'analyse (un « tableau de pensée ») afin de pouvoir « comparer les conduites que réalisent les personnes singulières dans les situations ordinaires de la vie quotidienne » (Boltanski, 1990 – p.130).

Boltanski distingue ainsi quatre modes d'action qui croisent deux dimensions : le respect du principe d'équivalence, fondamental pour déterminer un principe de justice, ou son non-respect d'un côté, et de l'autre côté la place des personnes par rapport à celle des choses (objets) qui les équipent. Ces régimes fonctionnent deux à deux : à une dispute en équivalence correspond une paix en équivalence et à une dispute hors équivalence correspond une paix hors équivalence.

Ainsi, le régime de dispute en justice correspond à la situation que nous avons présentée à la section 3.1.1. Il désigne, rappelons-le, une situation où les personnes (individus) doivent se justifier et remonter en généralité, en mobilisant des objets pour prouver et discuter de grandeur, jusqu'au principe supérieur commun. Ce régime s'oppose à un régime de paix en justesse, c'est-à-dire une situation où « les équivalences sont tacitement à l'œuvre dans l'usage que les personnes font des choses ». Il s'agit d'un régime pacifique, un régime d'accord, sur la grandeur. Hors équivalence, la dispute sera en violence et elle mobilisera aussi exclusivement des objets, mais non pas pour asseoir l'accord, mais pour concrétiser le conflit par un rapport de force qui contraint les individus à agir. Les choses ne matérialisent plus une équivalence pour les individus rendant inopérant le processus de justification. Enfin, le régime de paix en agapè est une situation qui engage uniquement des hommes, les choses n'ont pas de prises sur eux au risque de réactiver la dispute, de par leur capacité à porter la grandeur des individus, et par conséquent de permettre un conflit sur les états de grandeur de chacun. L'agapè est une situation sans équivalence où les personnes se réalisent en tant que telles et non les unes par rapport aux autres.

A partir de ce schéma des modes d'action, définis de la manière la plus pure (« utopique »), Boltanski approfondit l'étude de l'action des individus en société au-delà de la justification (justice-justesse) développée dans les économies de la grandeur, de la violence laissée de côté ou marginalement étudiée au profit de l'amour.

La réflexion de Boltanski autour de l'agapè le conduit à s'interroger quant au caractère pratique de ce modèle théorique. Pour illustrer son propos, il se tourne notamment vers la théorie de la justice de Marx. Pour notre part, nous retenons ici du propos de Boltanski uniquement sa tentative à cette occasion de définition d'une Cité communiste. Le concept *d'agapè* est entendu dans son sens le plus strict : un monde sans équivalence, indépendamment des développements réalisés ensuite par Boltanski.

Deux principes de justice sont présents chez Marx d'après Boltanski en reprenant la lecture proposée par Jon Elster[44] : un principe socialiste et un principe communiste. Ces deux principes

[44] La lecture de Marx par Boltanski reprend l'analyse faite par Jon Elster, un des représentants du marxisme analytique, courant qui a la particularité de penser, de reconstruire, le marxisme avec les outils de la philosophie analytique et de l'économie

s'articulent entre eux, car le premier appuie une première phase de dénonciation du capitalisme qui amène la seconde et demeure le principe supérieur de justice tant que la phase de réalisation du communisme ne peut exister. En revanche, ce principe de justice socialiste s'efface au profit du principe de justice communiste.

Le principe « socialiste » consiste en un principe de juste rétribution des contributions et traduit le raisonnement de Marx en termes de valeur-travail et de théorie de la plus-value. Il appuie la critique de l'exploitation qui caractérise le capitalisme du XIXe siècle dont l'esprit constitue un compromis entre les cités marchande et industrielle (*cf.* chapitre 2). Une société juste est une société où chacun reçoit en fonction de sa contribution au processus de travail, « à chacun selon ses contributions ». Le capitalisme n'est pas viable, car il ne réalise pas ce principe (suite à l'extorsion de la plus-value).

Mais ce principe n'est pas suffisant et chez Marx, il faut aller plus loin, vers un principe « communiste » qui consiste en un principe de libre réalisation des besoins, « c'est-à-dire du libre accès à la réalisation de soi par la création ». Ce principe appuie la critique de l'aliénation des travailleurs dans un système capitaliste. Une société juste ici est une société où la réalisation de soi permet à un individu de satisfaire tous ses besoins, « à chacun selon ses besoins ». La notion de besoin dépasse une vision utilitariste et adopte une vision positive du désir qui se traduit en termes de besoin par une existence orientée vers les autres, c'est-à-dire que dans une société communiste « le plaisir, que le créateur prend à considérer son individualité objectivée se confond avec le plaisir d'avoir "satisfait un besoin humain" et d'avoir objectivé la nature essentielle de l'homme » (Elster, 1986, p.87) ». (*Ibid.*, p.243)

A cette esquisse de Cité communiste, Boltanski reproche notamment le caractère irréaliste de trois caractéristiques interdépendantes les unes des autres de la Cité communiste : l'abondance (biens ou désirs) suite à l'abolition de la division du travail qui permet la libération des capacités créatrices des hommes, celle de satisfaire leurs besoins et l'absence de rétribution des contributions individuelles. En reprenant Elster, Boltanski oppose à la fin de la division du travail, un problème de coordination, de l'allocation des ressources rares, ou de la distribution inégale des talents naturels. Ces éléments combinés se traduisent par une situation d'inefficacité de la production industrielle, soit le soubassement de la Cité communiste, ce qui conduit à son impossibilité.

> *« Or, le compromis que Marx cherche à construire ne boucle pas sur un équilibre. Soit il faut abandonner les exigences industrielles, et les préconditions de l'effectuation de soi par la création ne sont plus assurées, soit il faut abandonner le libre accès à la réalisation de soi, et le modèle régresse vers le socialisme comme simple réalisation juste et par là conforme à ses présupposés théoriques et éthiques de l'ordre industriel » (ibid., p.245)*

Dans la perspective qui est la sienne, celle de l'agapè, Boltanski insiste sur le fait que l'échec du second principe tient au refus de Marx du principe même d'équivalence et donc à refuser l'idée

mathématique (Callinicos, 1990). Ce choix est compréhensible de la part de Boltanski, car l'individualisme méthodologique est en partie nécessaire à l'EC, cependant il nous donne à voir une vision très particulière de l'œuvre de Marx.

Par ailleurs, la méfiance certaine de Boltanski vis-à-vis du Marxisme, malgré sa grande diversité, est transparente. L'œuvre d'Elster aurait permis selon Boltanski de « *dégager l'œuvre de Marx de la gangue dans laquelle l'avait enfermée le marxisme, y compris celui de Engels »* (Boltanski, 1990 – p.238).

même de justice, à « l'abolir », si on suit le modèle des économies de la grandeur. Ce refus est motivé par la volonté de Marx de mettre fin à la division du travail, fondation du système capitaliste. Or cette dernière pour exister implique une justice : un principe d'équivalence et des états de grandeur.

> *« Il [Marx] est déterminé par la volonté de maintenir une incertitude radicale sur les puissances dont sont dépositaires les personnes et qui, ne se révélant que dans l'effectuation des actes, ne sont jamais complètement dévoilées parce que la possibilité d'agir n'est jamais close. Or la division du travail qui repose sur une différenciation et sur hiérarchisation des compétences suppose une prédétermination et une stabilisation qui soutient les attentes réciproques des personnes établies dans des positions différentes » (ibid., p.248)*

> *« C'est au désintérêt pour le calcul que fait référence l'abondance de la société communiste. Elle est moins caractérisée par une accumulation de biens matériels que par un abaissement de la concurrence permettant à l'attention de se détacher, non des biens eux-mêmes, mais de la clôture définie par la rareté sur laquelle convergeait jusque-là les désirs, en sorte que l'abondance renvoie d'abord ici à l'absence de limites » (ibid., p.248)*

La théorie de la justice chez Marx et la théorie du don de Mauss qui sont présentées dans l'ouvrage sont deux philosophies politiques disqualifiées dans le monde de la justice par leur statut *d'agapè*, comme utopie d'un monde sans équivalence.

L'interprétation faite par Boltanski à partir du marxisme analytique conclut donc à l'impossibilité ou au peu de vraisemblance d'une Cité communiste, c'est-à-dire d'une communauté politique reposant sur le principe de justice « à chacun selon ses besoins ». Cependant, d'autres interprétations ont été formulées à propos de l'existence d'un principe supérieur de justice chez Marx sous une forme qui regroupe les principes relevés par Boltanski : « *de chacun selon ses capacités à chacun selon ses besoins* » ; principe qui semble cohérent avec l'existence d'un principe d'équivalence et d'ordre si l'on suit la conclusion de (Tarrit, 2019) :

> *« Or, en défendant le principe du besoin, Marx défend avant tout les droits aux moyens du développement personnel et de la réalisation de soi. Le principe de besoin n'est pas un critère d'égalité, mais répond à l'individualité de chacun et donc implique des traitements différenciés. Le critère du besoin implique que pour une même contribution en termes de travail, des personnes ne recevront pas des ressources équivalentes. C'est pourquoi il est nécessaire de définir quel type d'inégalité est moralement pertinente »* (Tarrit, 2019, p. 176)

Dans cette perspective, la Cité communiste semblerait pouvoir exister et soutenir une Sécurité sociale si l'on revient à notre objet d'étude au service de la réalisation des besoins des individus.

Ainsi, pour prendre au sérieux la possibilité d'une Cité communiste, il faudrait donc se replonger dans le détail des analyses de Marx afin de s'assurer que les critiques fondamentales soulevées par Elster et reprises par Boltanski demeurent. Cependant, compte tenu de la diversité des interprétations de l'œuvre Marx, ce travail constitue une entreprise à part entière et de fait en dehors de l'objet d'étude de cette thèse. Remarquons que cette difficulté a été en quelque sorte anticipée par Boltanski et Thévenot dans la constitution de leur modèle des cités. En effet, l'une

des caractéristiques retenues en ce qui concerne les œuvres pouvant servir de point d'appui à la formation d'une cité, est celle de l'unité de l'œuvre choisie. Il faudrait donc trouver au sein de l'œuvre de Marx une œuvre suffisamment autonome et cohérente pour répondre à ce critère. On remarquera que pour réaliser son analyse, Boltanski renvoie vers un texte particulier de Marx, *La critique du programme de gotha,* texte tardif arrivant après son œuvre principale et avec une visée politique indéniable.

Par ailleurs, à l'inverse des autres philosophies politiques classiques, retenues pour une part dans le modèle des cités, Boltanski souligne que si Marx « s'est pleinement consacré à la critique de la société capitaliste », il l'a fait *« sans s'attacher à construire (…) le modèle d'une société juste » (*p.531) ce qui rompt à nouveau à une des caractéristiques communes des philosophiques politiques qui constituent le modèle des cités. Le reproche que l'on pourrait qualifier d'opérationnel fait à Marx par Boltanski trouve selon ses propres mots des réponses dans les œuvres de Luxembourg et Lénine qui seraient un moyen de développer les conditions de mise en œuvre concrète par la classe ouvrière du principe de justice communiste soutenant la réponse à la critique de l'aliénation.

De la même manière, sur le plan empirique, là où les œuvres appuyant les autres cités n'ont pas fait l'objet d'une reprise *in extenso* par les acteurs, l'œuvre de Marx, à son initiative, a fait l'objet d'une très large diffusion et appropriation par les acteurs eux-mêmes. Elle n'agit pas seulement comme une grammaire, mais comme une référence explicite, argument d'autorité, dans les justifications des acteurs. Ce que souligne Boltanski lui-même : la Cité communiste « à peine esquissée » relève dès l'origine d'un « mythe mobilisateur » ou d'une « utopie ».

Les différents arguments développés par Boltanski et la lecture partielle de l'œuvre de Marx soulignent selon nous davantage des difficultés de caractérisation qu'une impossibilité réelle de l'existence de la Cité communiste.

Cela nous conduit à la conclusion prudente que si la cité communiste pose de nombreuses questions, elle n'en demeure pas moins possible. Mais trancher cette question pour passer d'une cité communiste en puissance à une cité de plein exercice conforme au modèle des économies de la grandeur nécessiterait de nombreuses investigations aussi bien dans l'œuvre de Marx elle-même que dans ses multiples interprétations pour lever les doutes soulevés par Boltanski. Une telle entreprise est à la fois hors de notre portée et hors du présent objet étude de cette thèse, elle n'en demeure pas moins envisageable.

In fine, au-delà du cas particulier de la Cité communiste ou de la tentative de définition de la cité assurantielle, l'identification de nouvelles cités a été tentée, mais force est de constater que les travaux viennent confirmer la difficulté de compléter le modèle initial à moins de l'amender (Dodier, 1993). L'exemple de la Cité écologiste est en cela édifiant dans la mesure où presque vingt années de recherche conventionnalistes afin de formaliser une Cité écologiste n'ont pas produit des résultats convaincants (Carnoye, 2016).

La solution trouvée par les auteurs conventionnalistes a été de contourner la rigueur du modèle des cités soit en se tournant vers des concepts plus souples que celui de cité : le concept de critique, le concept d'esprit ou de manière assez diverse en reconnaissant d'autres niveaux d'engagement comme le second pluralisme.

Conclusion

La réforme de 1967 est un moment charnière dans l'histoire du Régime général de la Sécurité sociale. Alors que dès sa création l'institution est combattue (par les médecins, la mutualité, les professions indépendantes et agricoles, le patronat et tant d'autres), ce n'est qu'en 1967 que les principes fondateurs de 1945 sont remis en cause. Les salariés avaient obtenu 75% des sièges dans les conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale, le paritarisme les ramène à 50%. La fragilité financière d'avant-guerre avait conduit à unifier les risques sociaux sous une même caisse permettant au bénéfice des unes de combler le déficit des autres. La séparation des caisses organise un bond en arrière.

Le moment 1967 n'est pas seulement la première réforme d'envergure de la Sécurité sociale. C'est aussi la mère de toutes les autres réformes. 1967 pose un cadre dont, nous semble-t-il, nous ne sommes toujours pas sortis. C'est au cours du débat à l'Assemblée nationale de 1967 que l'argument du déficit de la Sécurité sociale est suffisamment mûr pour devenir un argument d'autorité. Alors même que la réforme est justifiée par l'impératif d'équilibre budgétaire, elle n'implique en rien une meilleure allocation des ressources. L'argument du déficit de la Sécurité sociale devient parfaitement conventionnel et permet de justifier n'importe quel type de modifications, même des modifications non budgétaires.

Si certains députés n'hésitent pas à remettre en cause la réalité du déficit de la Sécurité sociale en raison des charges indues, ils ont perdu d'avance. La convention d'équivalence n'est pas là où l'on pense. Le débat sur les charges indues interroge le statut des dépenses que l'Etat impose à la Sécurité sociale sans compensation financière (que certains députés qualifient donc comme indues). C'est un premier niveau possible de convention d'équivalence. En considérant ces charges comme indues, c'est-à-dire en refusant l'équivalence entre ces dépenses imposées par l'Etat et celles portées normalement par la Sécurité sociale, le déficit n'existe plus et la réforme perd sa raison d'être. Mais, le débat de 1967 révèle que pour la majorité des députés, la Sécurité sociale et l'Etat sont équivalents : dans la concurrence internationale, ils représentent une charge pour les entreprises. C'est le deuxième niveau de la convention d'équivalence. De ce point de vue, peu importe que les charges soient indues ou non, ce qui compte c'est la quantité totale des charges qui pèse sur les entreprises.

Dès lors, derrière les débats organisationnels et financiers, le moment 1967 révèle que c'est la conception même de la Sécurité sociale qui change. En nous inspirant du modèle des cités de Boltanski et Thévenot, nous avons cherché à savoir s'il était possible de définir une cité de la Sécurité sociale afin de comprendre le sens profond de la dispute entre députés. Nourri de la littérature existante, nous avons développé deux hypothèses concurrentes : la Cité assurantielle et la Cité communiste. Malheureusement, l'une comme l'autre ne semblent pas satisfaire à l'axiomatique des cités. Il faut donc poursuivre les investigations pour comprendre sur quelles conceptions du monde se disputent les élus à l'Assemblée nationale en 1967.

Chapitre 2 – Les conventions de Sécurité sociale : un cadre analytique

Introduction

Les débats sur la réforme de 1967 donnent à voir une contradiction étonnante : d'un côté, la majorité gouvernementale justifie la réforme par la nécessité de réduire les déficits chroniques de la Sécurité sociale, d'un autre côté, la réforme proposée par cette même majorité est organisationnelle et rien n'indique que la transformation de l'organisation puisse avoir un effet sur le niveau des dépenses. Le chapitre 1 a permis de démontrer que derrière l'argument d'autorité du « trou de la sécu » se cache une conception de la Sécurité sociale qui cherche à s'imposer face à d'autres conceptions. Ce qui se joue en 1967 est un conflit de représentation sur ce qu'est la Sécurité sociale dans l'économie française.

Il est impératif de replacer ce conflit de représentation dans le contexte de la fin des années 1960. En effet, l'un des aspects importants de la réforme de 1967 est qu'elle permet d'enrichir l'histoire économique de la transition entre fordisme et post fordisme – ou, pour reprendre une terminologie désormais courante, l'histoire du néolibéralisme. La réforme de 1967 permet soit de relativiser la chronologie habituelle du néolibéralisme soit d'en faire l'archéologie. La littérature en sciences sociales a montré que le tournant des années 1980 est préparé idéologiquement bien avant que les idées néolibérales s'emparent matériellement de la société (Audier, 2012; Dardot & Laval, 2010; Denord, 2007). L'originalité de la réforme de la Sécurité sociale de 1967 est qu'elle anticipe matériellement – et pas seulement idéologiquement – ce que Bruno Amable a appelé pour les années 1980-2020 « la résistible ascension du néolibéralisme » (Amable, 2021).

A partir du cadre théorique de l'Économie des conventions, l'objectif de ce chapitre est de définir rigoureusement les différentes conceptions de la Sécurité sociale qui s'opposent en 1967 et leur articulation avec la fin du compromis fordiste.

Le chapitre 1 a démontré que la Sécurité sociale pouvait difficilement relever d'une cité, car il s'agit d'un modèle de justification d'une portée trop générale. En conséquence, ce chapitre poursuit les investigations sur la qualification idéale, dans le langage conventionnaliste, des conceptions de la Sécurité sociale révélée par l'analyse des débats à l'Assemblée nationale. Il s'agira d'explorer les autres formes de convention[1]. Dans cette quête, nous aurons l'occasion de mobiliser et de discuter les concepts d'idéologie, d'esprit du capitalisme ou de second pluralisme.

Ce parcours théorique nous conduira à définir un outil théorique original : les Conventions de Sécurité sociale. Les débats de 1967 portent sur trois grandes conceptions de la Sécurité sociale : une convention anticapitaliste, une convention solidariste et une convention libérale. En 1945 ces conventions existent déjà, mais le contexte particulier de cette période a permis à la convention anti-capitaliste de s'imposer relativement aux deux autres. La conflictualité que l'on observe dans les débats à l'Assemblée nationale de 1949 met déjà en jeu ces trois conventions, mais ce n'est qu'en 1967 que la convention anti-capitaliste est définitivement marginalisée au profit de la convention solidariste – marche pied de la convention libérale qui cherche aujourd'hui à devenir hégémonique.

Ce mouvement de plaque tectonique autour de la Sécurité sociale s'articule à l'évolution du capitalisme français. Dans le langage conventionnaliste, la fin du fordisme peut se concevoir comme le passage d'un compromis civique-industriel à un compromis civique-marchand. Dans ce cadre, la Sécurité sociale est une institution du civique et ne fait jamais l'objet d'une remise en cause radicale. Il n'est à aucun moment question d'en finir avec la Sécurité sociale. L'enjeu est de modifier la façon dont la sécurité sociale s'inscrit dans le capitalisme français. A partir de la fin des années 1960, l'accent mis sur le marché et la concurrence internationale au détriment de l'industrie nationale suppose la remise en cause de la dimension anticapitaliste de la Sécurité sociale. La sécurité sociale devient une politique sociale parmi d'autres, ce qui rend possible et nécessaire sa réappropriation par l'Etat – en contradiction avec les ordonnances de 1945 qui faisaient de la Sécurité sociale une institution non étatique, aux mains des intéressés.

La première section reprend les investigations sur l'outillage théorique le plus adapté pour analyser les débats à l'Assemblée nationale. Les cités étant un cadre rigide du fait de l'axiomatique qui y est associée, nous nous intéressons aux concepts d'idéologie et d'esprit, notamment tels qu'ils ont été développés par Boltanski et Chiapello dans *Le nouvel esprit du capitalisme*. Dans la mesure où leur structure intellectuelle est imbriquée dans celle des cités, nous retombons dans les mêmes problèmes que ceux esquissés au chapitre 1. Cela nous conduit à discuter du second pluralisme et de la W*elfare Convention Approach (WCA)*.

La deuxième section tire profit de tout le travail théorique effectué depuis le chapitre 1 sur la façon dont l'Économie des conventions peut permettre d'analyser la Sécurité sociale. Nous y définissons le concept de Convention de Sécurité sociale comme une forme particulière d'idéologie permettant l'engagement, dont le degré de légitimité n'a pas l'exigence d'une cité, mais qui donne à voir une conception du bien commun. Nous définissons également les trois grandes conventions de Sécurité sociale : anti-capitaliste, solidariste et libérale. La deuxième section propose enfin une lecture des débats de 1967 au regard de l'évolution des compromis caractérisant le capitalisme français de la fin des années 1967. Le moment 1967 peut s'interpréter comme une première grande étape de la réappropriation de la Sécurité sociale par l'Etat à l'aube de l'ère néolibérale.

1. Dépasser le modèle des cités pour analyser la Sécurité sociale

Si l'analyse conventionnaliste des débats de 1967 semble pertinente heuristiquement, la détermination d'un cadre d'interprétation capable de saisir la pluralité des conceptions de la Sécurité sociale dans les termes de la grammaire des *cités* semble elle peu adaptée. Face à cela, une première stratégie consiste à contourner le concept de cité par celui plus général d'idéologie. Mais ce détour conduit à un retour insatisfaisant vers les concepts de compromis et de cité (1.1). Une deuxième stratégie consiste à prendre appui sur les autres formes de convention$_I$ proposées au sein de l'Économie des conventions. Nous développerons les cas de l'éthique médicale et de la convention fordiste comme formes de convention$_I$ alternatives aux cités (1.2)

1.1. Un détour par le concept d'idéologie

Le développement de notre analyse autour de la Sécurité sociale à partir des *cités* a conduit à un point de blocage théorique. Pour y remédier, nous proposons dans cette section de repartir de la notion plus générale d'idéologie afin de voir comment celle-ci s'insère dans le cadre conceptuel de l'Economie des conventions (1.1.1). Mais cette tentative ramène tout de même l'analyse vers la notion de compromis et donc celle de *cité* dont nous voulions échapper (1.1.2). Ces outils offrent néanmoins quelques perspectives pour la compréhension de la Sécurité sociale (1.1.3).

1.1.1. A la recherche d'une *idéologie* de Sécurité sociale ?

Le chapitre 1 a montré que deux cadres d'interprétation majeurs pouvaient être identifiés dans les débats parlementaires de 1967 : le premier, porté par le gouvernement et ses alliés, pense la Sécurité sociale comme un obstacle dans la nécessaire concurrence internationale ; le second, porté par les communistes, insiste sur les contradictions du capitalisme et les possibilités de dépassement offertes par la Sécurité sociale, dont le déficit n'est pas lié à un mauvais fonctionnement, mais aux charges indues imposées par l'Etat[45].

Il y a deux conceptions de la Sécurité sociale qui s'oppose et que l'on ne peut ramener à l'existence d'une cité. Si la recherche d'une cité de la Sécurité sociale n'a pas porté les fruits escomptés, ces cadres théoriques peuvent être assimilés à ce que l'on appelle dans le langage courant une idéologie c'est-à-dire un *« [e]nsemble plus ou moins cohérent des idées, des croyances et des doctrines philosophiques, religieuses, politiques, économiques, sociales, propre à une époque, une société, une classe et qui oriente l'action »*[46].

Une convention$_I$ serait alors entendue comme un cadre d'interprétation s'appuyant sur une idéologie particulière. L'apport de l'EC ne serait donc pas tant comme dans le modèle des cités dans la détermination rigoureuse des différents principes de justice légitimes, mais dans l'identification d'une logique d'analyse conventionnaliste de la coordination. Le moyen employé est celui du rattachement aux sciences économiques d'une question, le rôle des idéologies dans la coordination, habituellement traitée dans d'autres sciences sociales.

Ce changement de perspective est important pour l'EC car elle ne propose pas seulement une compréhension complexe de la coordination par rapport à l'analyse néoclassique. Elle fait l'objet de diverses critiques dénonçant la réduction cognitiviste qu'elle opèrerait de la coordination, et ce aussi bien dans ses deux entrées, au détriment d'une approche de la coordination en termes de politique et de pouvoirs (Ramaux, 1996).

Le lien entre idéologie et convention a été établi dans le cadre de l'explicitation de la prise en compte du politique de l'EC par Biencourt et al. (2001) dans l'ouvrage *Théorie des conventions*[47]. Biencourt et ces co-auteurs font un parallèle entre la démarche de Joan Robinson (1962) et celle de l'Économie des conventions afin de définir ce qu'est une économie politique et de montrer en quoi les conventions$_I$ identifiées par l'EC peuvent être, entendues comme des idéologies au sens

[45] Cf. section 1.2.3.
[46] CNTRL https://www.cnrtl.fr/lexicographie/id%C3%A9ologie
[47] (Batifoulier, 2001)

de Robinson. Elles constituent alors un outil théorique absolument nécessaire pour comprendre le fonctionnement de la société.

> *« Tout d'abord qu'entend-on par politique ? Ou encore, que signifie une « économie politique » par rapport à une économie qui ne le serait pas ? Il s'agit essentiellement de tirer les conséquences du fait que les individus s'engagent dans une activité économique sur la base de valeurs et de croyances partagées, d'une « idéologie » dans la terminologie de Joan Robinson : « Une société ne peut exister sans que les membres aient une perception commune [common feeling] de la bonne manière de gérer ses affaires et cette perception commune s'exprime dans une idéologie »* Robinson (1962) p. 9 » (Biencourt et *al*., 2001, p.209)

Pour comprendre le raisonnement de Robinson, il est nécessaire de rappeler qu'elle développe sa conception de l'idéologie dans le cadre d'une analyse sur la nécessité pour les économistes de prendre en compte les valeurs idéologiques dans leur raisonnement plutôt que de les discréditer au nom d'une distinction stricte entre une proposition idéologique (métaphysique) et une proposition scientifique (Pouchol, 2020). Il s'agit pour Robinson, en proposant cette conception des sciences économiques désignée par l'expression « économie politique », de répondre au procès en idéologie, en non-science, auquel elle fait alors face de la part des économistes néoclassiques dans le cadre de ses travaux postkeynésiens. Autrement dit, elle ne cherche pas à proposer une théorie de l'idéologie, mais ses développements nous semblent d'une grande fertilité pour étoffer les outils de l'Économie des conventions.

La nécessité d'une perception commune, d'une idéologie, pour permettre la vie en société repose chez Robinson sur un raisonnement similaire à celui que nous avons vu avec la centralité du principe d'équivalence au sein de l'économie des conventions. En effet, pour Robinson il ne peut y avoir coordination que s'il y a accord sur la manière de décrire et de désigner les choses nécessaires à la coordination, si les individus utilisent les mêmes catégories. Pour reprendre son exemple, un cygne est un cygne, quel que soit le pays, car un certain nombre de critères suffisamment larges permettent cette généralité tout en permettant de qualifier spécifiquement ce qui détermine ce que l'on nomme un cygne. Une fois cet enjeu de la catégorisation posé, de l'équivalence, Robinson dans la perspective qui est alors la sienne cherche à savoir quels sont les critères qui permettent de distinguer une proposition scientifique d'une proposition métaphysique qui traduit le principe fondamental de l'accord[48]. Elle définit quatre caractéristiques :

> *« [La circularité] Premièrement, si une proposition idéologique est traitée de manière logique, elle se dissout dans un bruit complètement dénué de sens ou s'avère être un argument circulaire. (…)*
>
> *[Le caractère non testable] La caractéristique d'une proposition métaphysique est qu'elle ne peut être testée. Nous ne pouvons pas dire en quoi le monde serait différent si elle n'était pas vraie. Le monde serait exactement le même, sauf que nous en parlerions différemment. On ne pourra jamais prouver qu'elle est fausse, car elle s'échappera de tout argument par sa propre circularité ; elle prétend être vraie par*

[48] Afin d'illustrer son propos Robinson prend l'exemple de la proposition « tous les hommes sont égaux » qui suppose donc de dire en quoi sont-ils égaux, ce qui dépend de la conception que l'on a de l'égalité et induit *in fine* d'une série d'hypothèses sur le monde.

> *définition de ses propres termes. Elle prétend dire quelque chose de la vie réelle, mais nous ne pouvons rien en apprendre. (…)*
>
> *[Soutient l'action] Pourtant, les déclarations métaphysiques ne sont pas sans contenu. Elles expriment un point de vue et formulent des sentiments qui sont un guide pour la conduite. (…)*
>
> *[Propose des hypothèses] Les propositions métaphysiques fournissent également une carrière (quarry) dans laquelle on peut puiser des hypothèses. Elles n'appartiennent pas au domaine de la science et pourtant elles lui sont nécessaires. Sans elles, nous ne saurions pas ce que nous voulons savoir. »* Robinson (1962, p.9, notre traduction)

Ainsi les propositions métaphysiques (les valeurs des idéologies) appuient aussi bien le jugement des acteurs que des chercheurs, et même des philosophes si on fait un parallèle avec les *cités*. Il est nécessaire de définir la proposition métaphysique qui sous-tend le raisonnement pour comprendre la logique du raisonnement. On retrouve ici la même logique[49] que celle des conventionnalistes dans leur recherche des cadres d'interprétations, des tenants et des aboutissants de l'évaluation, ou des *cité*s.

En dépit de cette similarité, définir une convention comme une idéologie ne semble pas aller de soi, ce dernier concept ne faisant *a priori* pas partie de la grammaire traditionnelle de l'Économie des conventions (EC)[50]. Cela constituerait probablement une forme d'appauvrissement de l'EC en laissant de côté son entrée sociologique fondée sur le modèle des économies de la grandeur. Le rapprochement trop rapide entre idéologie et convention sacrifierait la richesse conceptuelle au profit d'une plus grande plasticité. Afin de déterminer le degré de pertinence d'une équivalence entre convention$_1$ et idéologie il nécessaire d'analyser dans quelle mesure l'EC s'est appropriée le concept d'idéologie, dont la signification est particulièrement chargée en sciences sociales. Compte tenu de la grande diversité des auteurs structurants, de leurs multiples inspirations théoriques, et de la double entrée à la fois sociologique et économique et de l'absence d'œuvres de synthèse de l'EC, l'identification des différents concepts, communs ou non, de l'approche conventionnaliste reste difficile. Celui d'idéologie n'échappe pas à la règle.

Pour nous guider, nous sommes donc repartis de la thèse de Franck Bessis qui constitue une des rares présentations synthétiques complètes de l'Economie des conventions. L'évocation du concept d'idéologie par F. Bessis se fait au moment où il présente la dynamique des institutions du capitalisme à partir de l'œuvre de Boltanski et Chiapello *« Le nouvel esprit du capitalisme ».*

> *« À défaut de pouvoir être forcé, l'engagement des personnes dans le capitalisme doit être motivé par des considérations étrangères à son impératif. De cette opposition entre personne « satiable » et processus insatiable [accumulation capitaliste] est déduite la nécessité d'une « idéologie qui justifie l'engagement dans*

[49] Les développements de l'EC n'en demeurent pas moins originaux, car ils ne focalisent pas sur la question de la prise en compte de l'idéologie au sein de l'analyse économique. En outre, pour certains auteurs la démarche de Joan Robinson peut être jugée rudimentaire et nécessite d'être confortée (Harcourt & King, 1995).

[50] L'apport au sein de l'EC via Robinson est tardif, 2001, par rapport aux premiers développements de l'EC, fin des années 1980. Par ailleurs, la question de l'idéologie est peu ou pas soulevée à partir de l'entrée économique dans les travaux conventionnalistes.

> *le capitalisme » (Ibid, p.25), ce que les auteurs nomment esprit du capitalisme, en entendant par idéologie un « ensemble de croyances partagées, inscrites dans des institutions, engagées dans des actions et par là ancrées dans le réel » (Ibid, p.25), c'est-à-dire une convention 1. Cette convention justifie l'engagement dans le capitalisme en termes d'enthousiasme, de sécurité et de bien commun. Elle prend donc appui sur les cités dont elle constitue un compromis. »* (Bessis, 2006, p.91 commentant Boltanski et Chiapello, 1999[51])

A partir de Boltanski et Chiapello (1999), Bessis[52] établit donc une correspondance entre Convention$_1$, idéologie et esprit[53]. Si l'on revient au texte original (notamment le prologue et l'introduction générale) on peut préciser la conception spécifique d'idéologie développée par Boltanski et Chiapello.

Dans leur travail visant à étudier l'évolution du capitalisme, Boltanski et Chiapello (2011) formulent le constat initial d'absurdité du capitalisme aussi bien pour ceux qui le subissent que pour ceux qui en bénéficient.

> *« Le capitalisme est, à bien des égards, un système absurde : les salariés y ont perdu la propriété du résultat de leur travail et la possibilité de mener une vie active hors de la subordination. Quant aux capitalistes, ils se trouvent enchaînés à un processus sans fin et insatiable, totalement abstrait et dissocié de la satisfaction de besoins de consommation, seraient-ils de luxe. Pour ces deux genres de protagonistes, l'insertion dans le processus capitaliste manque singulièrement de justifications. (…) Certains pourront évoquer une motivation matérielle à la participation, plus évidente d'ailleurs pour le salarié qui a besoin de son salaire pour vivre que pour le grand propriétaire dont l'activité, passé un certain niveau, n'est plus liée à la satisfaction de besoins personnels. Mais ce moteur se révèle, par soi seul, assez peu stimulant »* (*ibid.* p.40).

Ainsi, dans un monde où ni la force ni la nécessité matérielle ne suffisent pour expliquer le fonctionnement du capitalisme comme système économique, il est nécessaire pour Boltanski et Chiapello de lui ajouter une idéologie. C'est d'ailleurs l'objet principal de leur travail :

> *« Sans parler des effets systémiques d'une libération illimitée de la sphère financière qui commencent à inquiéter jusqu'aux responsables des institutions du capitalisme, il nous semble peu douteux que le capitalisme devrait rencontrer sur le plan de l'idéologie -auquel cet ouvrage est surtout consacré -, des difficultés grandissantes s'il ne redonne pas des raisons d'espérer à tous ceux dont l'engagement est nécessaire au fonctionnement du système tout entier. » (Ibid. p.27)* ou encore *« Cet ouvrage a pour*

[51] Bessis utilise l'édition originale de 1999, nous nous référons pour notre part à la réédition de 2011.

[52] Remarquons qu'en dehors du travail de Franck Bessis la notion d'idéologie à partir l'œuvre de Boltanski et Chiapello est mobilisée aussi dans la thèse de Leslie Carnoye (2016). A l'image de la thèse de Franck Bessis, la thèse de Leslie Carnoye constitue un précieux guide dans la lecture et la mobilisation des concepts conventionnalistes notamment dans le contournement de l'axiomatique des cités.

[53] « La catégorisation d'une épreuve, à la lumière d'une convention$_1$ (d'une idéologie ou encore d'un esprit), et le décuplement de la vigilance critique dont elle est l'attention, en vertu de son institutionnalisation, permet de tendre progressivement cette épreuve sous l'effet de critiques sensibles aux écarts de la réalité aux principes et d'autorités en quête de légitimité. » (Bessis, 2006, p.99)

> *objet les changements idéologiques qui ont accompagné les transformations récentes du capitalisme »* (*ibid.,* p.33, en italique dans le texte).

La définition d'idéologie proposée par Boltanski et Chiapello entend s'opposer à la « vulgate marxiste » qui, à en croire les auteurs, aurait galvaudé le sens du terme idéologie. Cette critique visant spécifiquement les approches marxistes peut s'expliquer par le fait l'EC s'est posée dès son origine en contrepoint des analyses jugées trop déterministes et globales[54]. En outre, l'analyse du capitalisme, même à la fin des années 1990, reste marquée par des approches inspirées des travaux de Marx – on pense notamment à la Théorie de la Régulation. Le terme d'idéologie fait l'objet de nombreuses définitions et tend à être connoté négativement à cette période, car assimilé à des idées fausses ou non scientifiquement exactes. Boltanski et Chiapello réaffirment leur position dans la postface de l'édiction de 2011 :

> *« Ceux qui nous reprochent d'avoir ressorti la notion d'idéologie du placard où elle dormait depuis la fin des années 70 ne font pas exception, puisque pour ces derniers l'idéologie est clairement un ensemble d'idées fausses, c'est-à-dire d'idées qu'une démarche de type scientifique est à même d'invalider. Or nous avons refusé explicitement une telle conception. Comme nous l'affirmons à plusieurs reprises, l'esprit du capitalisme ne fait pas que légitimer le processus d'accumulation ; il le contraint aussi ; on peut même dire qu'il ne peut le légitimer que parce qu'il le contraint. Et cela parce que nous dotons les personnes de véritables capacités critiques, et que la critique exerce un effet sur la réalité »* (*ibid*., p.933)

Pour eux,

> *« [l'ouvrage] n'est pas seulement descriptif et entend aussi, à travers cet exemple historique,* ***proposer un cadre théorique plus général pour comprendre la façon dont se modifient les idéologies associées aux activités économiques, à condition de donner au terme d'idéologie*** *non le* ***sens*** *réducteur- auquel l'a souvent ramené la vulgate marxiste- d'un discours moralisateur visant à voiler des intérêts matériels et sans cesse démenti par les pratiques, mais celui développé par exemple dans l'œuvre de Louis Dumont*[55]*-* ***d'un ensemble de croyances partagées, inscrites dans des institutions, engagées dans des actions et par là ancrées dans le réel****.»* (*ibid*., p.33, nous soulignons)

Si l'évolution du capitalisme est bien l'objet du livre, l'ambition théorique de ses auteurs est explicite. On retrouve, à travers le lien entre l'idéologie définie de manière multidimensionnelle (complexe, stabilisée et située) et les activités économiques, l'idée conventionnaliste fondamentale de la nécessité d'un cadre d'interprétation pour accompagner l'action, ici l'action économique. Les auteurs appliquent ce principe non pas à des activités ordinaires, mais à la logique globale de fonctionnement des économies modernes : le capitalisme.

[54] Notons que le concept d'idéologie chez Marx et ses commentateurs ne se résume pas à ce que semble en dire Boltanski et Chiappelo (voir Sobel, 2013).

[55] Le travail de Louis Dumont structure les différents développements fait par Boltanski et Chiapello autour du concept d'idéologie.

> *En effet, les contraintes systémiques qui pèsent sur les acteurs ne suffisent pas, à elles seules, à susciter leur engagement. La contrainte doit être intériorisée et justifiée, et c'est d'ailleurs le rôle que la sociologie a traditionnellement accordé à la socialisation et aux idéologies. Participant à la reproduction de l'ordre social, elles ont notamment pour effet de permettre que les personnes ne trouvent pas leur univers quotidien invivable, ce qui est l'une des conditions pour qu'un monde soit durable. » (Ibid. p.44)*
>
> *« La qualité de l'engagement que l'on peut attendre dépend en fait bien plutôt des arguments qui peuvent être invoqués pour faire valoir non seulement les bénéfices que la participation aux processus capitalistes peut apporter à titre individuel, mais aussi les avantages collectifs, définis en termes de bien commun, qu'elle contribue à produire pour tous. Nous appelons esprit du capitalisme*[56] *l'idéologie qui justifie l'engagement dans le capitalisme »* (*ibid.*, p.41, en italique dans le texte)

L'idéologie entendue comme esprit du capitalisme appuie l'engagement des acteurs dans le capitalisme, c'est-à-dire *« le mouvement par lequel on s'élève au-dessus des circonstances en reconnaissant ce qui importe »* (*ibid*., p.163) à travers des justifications. L'insistance portée par Boltanski et Chiapello sur la nécessité pour le capitalisme d'une idéologie particulière qui constitue son esprit tient au rôle central dans la société d'un nouveau groupe social apparu avec l'évolution du capitalisme : les cadres. Si les prolétaires et les capitalistes ont besoin de l'idéologie pour faire face à son absurdité ou pour ne pas tomber dans la violence, les cadres *« à la fois des salariés et des porte-parole du capitalisme »* (*ibid*., p.52) doivent pouvoir justifier leur position au sein du capitalisme face dans le dénuement à la critique.

En définitive, *« **L'esprit du capitalisme est justement cet ensemble de croyances associées à l'ordre capitaliste qui contribuent à justifier cet ordre et à soutenir, en les légitimant, les modes d'action et les dispositions qui sont cohérents avec lui.** » (ibid.,* p.45*).*

Ne peut-on pas considérer que les cadres d'interprétation mobilisés par les députés à l'Assemblée nationale en 1967 sont des idéologies ? Leurs discours ne forment-ils pas un « ensemble de croyances » contribuant à « justifier » et à « soutenir » que la Sécurité sociale doit se fondre – ou non – dans le capitalisme ? N'est-il pas raisonnable d'associer les mots utilisés pour réformer ou pour conserver la Sécurité sociale comme des idéologies au sens de Boltanski et Chiapello ?

Le *Nouvel esprit du capitalisme* permet de poser un principe d'équivalence entre les concepts *d'esprit*, de *convention*[1] et *d'idéologie*, ou même de *cité*, dans la mesure où chacun de ces concepts vise à formaliser ce que pourrait être un cadre d'interprétation, une ressource argumentative, pour les acteurs. Cependant, il semble important de les distinguer, car leur portée normative n'est pas le même. Là où *idéologie* et *convention*[1] apparaissent comme relativement souples, le concept de *cité* comme nous l'avons vu, en raison de son axiomatique notamment, limite de fait la pluralité des cadres d'interprétation possibles. Il en est de même avec la notion d'esprit du capitalisme.

[56] Les développements de Boltanski et Chiapello sur le concept d'Esprit (du capitalisme) repose eux directement sur le travail de Max Weber et sur celui de Albert Hirschman.

1.1.2. Idéologie et compromis : l'esprit du capitalisme face à la critique

La recherche de la place du concept d'idéologie au sein de l'analyse conventionnaliste nous a conduit inévitablement vers ce que Boltanski et Chiapello (1999) appellent l'esprit du capitalisme c'est-à-dire *« l'idéologie qui justifie l'engagement dans le capitalisme. »* (Boltanski et Chiapello, 2011 – p.41). Au-delà de la discussion et de la réappropriation du concept d'idéologie pour définir celui d'esprit du capitalisme, Boltanski et Chiapello s'attachent dans leur travail à montrer en quoi cet esprit consiste, en termes historiques et sémantiques.

En effet, aux *« trois piliers justificatifs centraux du capitalisme – progrès matériel, efficacité et efficience dans la satisfaction des besoins, mode d'organisation sociale favorable à l'exercice des libertés économiques et compatibles avec des régimes politiques libéraux »* (Boltanski et Chiapello, 2011, p.50) mis en avant notamment par les théories économiques, il est nécessaire pour les auteurs de prendre en compte les justifications qui permettent à tout à chacun, « aux hommes ordinaires » d'accepter le capitalisme. L'enjeu pour le capitalisme est de dépasser son caractère absurde décrit précédemment. Pour cela l'esprit du capitalisme doit répondre à trois questions qui pèsent sur les individus :

> *« L'esprit du capitalisme propre à chaque époque doit ainsi fournir, en des termes historiquement très variables, des ressources pour apaiser l'inquiétude suscitée par les trois questions suivantes : - En quoi l'engagement dans les processus d'accumulation capitaliste est-il source d'enthousiasme, y compris pour ceux qui ne seront pas nécessairement les premiers bénéficiaires des profits réalisés ? - Dans quelle mesure ceux qui s'impliquent dans le cosmos capitaliste peuvent-ils être assurés d'une sécurité minimale pour eux et pour leurs enfants ? - Comment justifier, en termes de bien commun, la participation à l'entreprise capitaliste et défendre, face aux accusations d'injustice, la façon dont elle est animée et gérée ? » (ibid., p.54)*

Autrement dit, *l'Esprit du capitalisme* explicite ce qui garantit simultanément une autonomie d'implication des individus indépendamment des logiques du capitalisme, une sécurité minimale face aux conséquences du capitalisme pour les individus et enfin une conception du bien capable de répondre à l'injustice inhérente au capitalisme. Dans cette perspective, une institution comme la Sécurité sociale peut non seulement être conçue comme une institution de dépassement du capitalisme, comme le défendent les députés communistes, mais aussi comme une institution garantissant la soutenabilité du capitalisme – ce qui implique la possibilité de réformes visant à rendre compatible la Sécurité sociale avec le capitalisme, mais ce que rend irrationnel le projet d'une remise cause totale.

La notion d'esprit permet de montrer que le capitalisme doit concilier deux dimensions fondamentales du processus de justification, une reposant sur la recherche du profit (1re question) et une autre en termes de bien commun (3e question) afin d'assurer par la combinaison de ces deux dimensions une certaine stabilité aux acteurs malgré l'incertitude dans laquelle ils évoluent (2e question) :

> *« Les travaux de Weber insistaient sur la nécessité pour le capitalisme de donner des raisons individuelles, tandis que ceux d'Hirschman mettent en lumière les justifications en termes de bien commun.* ***Nous reprenons quant à nous ces deux dimensions en comprenant le terme de justification dans une acception permettant***

> ***d'embrasser à la fois les justifications individuelles (en quoi une personne trouve des motifs à s'engager dans l'entreprise capitaliste) et les justifications générales (en quoi l'engagement dans l'entreprise capitaliste sert le bien commun).*** *» (ibid., p.44, nous soulignons)*

Traduits en termes conventionnalistes, ces développements reposent sur le concept de *cité* forgé par Boltanski et Thévenot[57] :

> *« Ce que nous avons appelé l'esprit du capitalisme contient nécessairement, au moins dans ceux de ses aspects qui sont orientés vers la justice, la référence à de telles conventions. C'est dire aussi que l'esprit du capitalisme, considéré d'un point de vue pragmatique, suppose la référence à deux niveaux logiques différents. Le premier enferme un actant capable d'actions concourant à la réalisation du profit, tandis que le second contient un actant qui, doté d'un degré de réflexivité supérieur, juge, au nom de principes universels, les actes du premier. Ces deux actants indexent évidemment un même acteur décrit en tant qu'il est susceptible de s'engager dans des opérations de montée en généralité. Sans cette compétence, il lui serait en effet impossible d'entendre les critiques adressées au capitalisme en tant qu'il est orienté vers la recherche du profit ni de forger des justifications pour faire pièce à ces critiques. »* (*ibid*., p.63)

Sur le plan normatif, *l'esprit du capitalisme* est donc une idéologie qui articule deux visions du bien commun et qui ensemble permettent de justifier l'engagement dans le capitalisme en permettant aux acteurs de faire face ou de porter les critiques soulevées par le capitalisme. Du point de vue de la logique du modèle des *cités,* cela veut dire que *l'esprit* est une idéologie qui par définition est capable de rendre compatibles les critiques formulées d'une *cité* par rapport à l'autre, c'est-à-dire de porter un compromis entre les cités.

L'*esprit du capitalisme* permet donc d'envisager la coexistence simultanée de deux grandeurs qui se complètent l'une avec l'autre. A cet égard le concept d'esprit du capitalisme apparait plus comme une consolidation que comme un développement nouveau de l'EC puisque le principe de la coexistence de deux cités a été conceptualisé dès *De la justification* en 1991 à travers celui de compromis.

La notion de compromis entre grandeurs a été notamment développée dans le cadre d'une relation entre le monde civique et le monde industriel pour tenter de comprendre l'action de l'Etat entendu non pas comme l'acteur, mais comme l'institution centrale portant à la fois l'intérêt général et le capitalisme, ce qui en langage conventionnaliste se traduit par la grandeur civique et par la grandeur industrielle. Il s'agit avec ce concept de saisir *« les dispositifs composites qui comprennent des personnes et des choses susceptibles d'être relevées dans des mondes différents ne sont pas fatalement défaits par la dispute »* (Boltanski et Thévenot, 1991, p.338). La force du compromis tient par sa capacité à éviter la dispute en trouvant dans les deux mondes qui le soutiennent des arguments qui forment une équivalence[58]. Par ailleurs, l'accord sera d'autant plus

[57] *cf.* chapitre 1 section 2.2.1

[58] Boltanski et Thévenot donnent l'exemple d'une équivalence entre la cité domestique et la cité marchande : « l'ami fidèle est un client solvable » (p.338).

stable que son objectif pourra avoir une portée générale en dehors des acteurs qui cherchent l'accord. Mais le degré de généralité est plus faible que pour une *cité*.

Le compromis en cherchant à concilier deux grandeurs est par définition fragile dans les *économies de la grandeur*, car il ne se réfère pas à un principe de justice unique. Il est donc nécessaire de le consolider par une *multitude d'objets composites* capable de réunir les deux grandeurs et de se former une identité propre faisant oublier, au moins dans un premier temps, les deux grandeurs d'origine. Plus un compromis se concrétise par des objets qui s'articulent entre eux ou se *corroborent*, plus il parviendra à se *frayer* entre les grandeurs et à se maintenir.

La force du compromis repose sur différents arrangements possibles entre les grandeurs qui vont chacun contribuer à le faire exister : « des êtres ou des qualités *équivoques* au sens où ils peuvent relever, selon des acceptions différentes, de plusieurs mondes », par la renonciation (*la profanation*) à une partie de la grandeur à partir de laquelle on cherche à trouver un compromis (*on tend la main*) en signe (*gage*) de bonne volonté, ou encore par la recherche de « désignation spécifique qui fondent dans un même énoncé les références aux mondes d'origine » (Boltanski & Thévenot, 1991, pp.339-343).

L'autonomisation progressive du compromis vis-à-vis de ses grandeurs d'origine grâce aux différentes formes d'arrangements que nous venons d'évoquer et par la multiplication des objets composites qui le soutiennent peut conduire à l'émergence d'un nouveau principe de justice. Mais si le compromis peut soutenir la controverse pendant un temps, il est inexorablement confronté à un défaut de cohérence interne en raison de la nature composite des objets sur lesquels il repose. Soit le compromis réussit à se réarranger soit il réussit à aboutir sur une nouvelle cité, sinon le compromis tombe.

De manière générale, la notion de compromis prise comme la combinaison de deux *grandeurs* apparait du point de vue de la justice comme conceptuellement faible en faisant passer un souci d'efficacité (*l'accord*, éviter la *dispute*) avant celui de justice (un *principe supérieur*)[59]. Il revient à faire transiger les acteurs avec leurs valeurs au risque de les placer dans une « compromission gênante » (Ghirardello, 2003).

Le compromis nous ramène donc vers le problème que nous avons soulevé dans le chapitre un sur l'absence de cité. Le compromis entre deux cités n'est pas une cité, car la cité ne laisse pas de place au compromis. L'Économie des conventions sans cité apparait, quoi qu'il arrive, comme prisonnière du modèle des cités pour penser les conventions$_1$. Confronté au même problème, mais pour la question écologique et la cité verte, Carnoye (2016) suggère de s'appuyer sur le concept de critique du capitalisme développé par Boltanski et Chiapello (1999) pour éviter de rester sur un « échec » de la démarche conventionnaliste. Le concept de critique est étroitement lié à celui d'idéologie, que nous avons présenté précédemment, non pas dans ses développements, mais dans sa raison d'être même. Reprenons succinctement le raisonnement conduisant au concept d'idéologie.

[59] « D'autant que la notion de compromis renvoie davantage à une considération d'efficacité – il résout un problème de coordination – qu'à une recherche de justice. Ainsi, « [l]e moment du compromis est typiquement économique : la nécessité de maintenir une certaine efficacité dans la coordination prend le pas sur le souci de justice des acteurs… Comment, en effet, les principes du juste pourraient naître du basculement de l'impératif de justice derrière celui d'efficacité ? » (Postel [1998, pp. 1485-1486] cité par Ghirardello, 2003 p.192 »

Comme nous venons de le voir, l'esprit du capitalisme correspond à l'idéologie qui permet de satisfaire les deux dimensions qui soutiennent l'engagement des individus en sa faveur, celle de l'intérêt personnel et celle de l'intérêt général, chacune appuyée par une cité. Si le capitalisme a besoin d'un esprit pour soutenir l'engagement des individus cela veut dire en contrepartie qu'en l'absence de cette idéologie le capitalisme n'apparait pas comme légitime et doit donc s'imposer par le recours à la force. Sinon le capitalisme ne peut pas exister ou être durable. Il existe ainsi *de facto* la possibilité de faire sans le capitalisme, de faire autrement. Autrement dit, le capitalisme peut faire l'objet de critiques à partir de ce qui ne relève pas du capitalisme lui-même, mais d'un autre mode de production ou d'organisation de la société. Il peut être jugé au regard d'autres principes, des *sources d'indignation* pour reprendre la terminologie de Boltanski et Chiapello.

> *« Selon Boltanski et Chiapello (1999) : « La nécessité d'apporter des justifications au capitalisme et de le donner à voir sous un jour attrayant ne s'imposerait pas avec une telle urgence si le capitalisme n'était affronté, depuis ses origines, à des forces critiques de grande ampleur. L'anticapitalisme est en effet aussi ancien que le capitalisme » (p.81). […]*
>
> *« La critique puise son énergie dans des sources d'indignation » (p.587), lesquelles « se présentent dans des formulations historiquement situées tout en s'enracinant sans doute dans des anthropologies de validité très générales. Elles peuvent être considérées comme des expressions émotionnelles d'ancrage méta-éthique et concernent des atteintes dont on estime, au moins implicitement, qu'elles touchent aux possibilités de réalisation de l'humanité des êtres » (ibid.). » (Carnoye, 2016 – pp.223-224)*

Boltanski et Chiapello identifient deux critiques, la critique artiste et la critique sociale. C'est sous l'effet de ces critiques que l'esprit du capitalisme se transforme afin d'y répondre. Carnoye y ajoute la critique écologiste. Ces critiques font évoluer l'esprit du capitalisme lorsque ce dernier se réarrange pour faire face aux critiques. Le tableau n°2.1. présente les principales caractéristiques des 3 esprits du capitalisme (EK) successifs.

Tableau n° 2.1 – Les trois formes historiques d'esprit du capitalisme

	EK1	EK2	EK3
Epoque	Fin du XIXe siècle	Trente Glorieuse (1930-1960)	A partir des années 1990
Figures idéales typiques et formes d'organisation des entreprises	Le bourgeois entrepreneur et les valeurs bourgeoises ; Le capitalisme familial, dans lequel les salariés/ouvriers ont un accès direct aux propriétaires/patrons.	Le directeur et l'organisation centralisée et bureaucratisée ; Le capitalisme des grandes entreprises industrielles ; production de masse ; économies d'échelle, standardisation des produits, organisation rationnelle du travail et techniques de marketing.	Le manager, le chef de projet, le leader, le médiateur. Le capitalisme mondialisé, organisé en réseau, en partenariats, en ayant recours à la sous-traitance et à l'externalisation des tâches. Mise en œuvre des NTIC.
Compromis	Domestique-marchand	Industriel-Civique	Par projet-marchand
Autonomie	L'entrepreneur, « *chevalier d'industrie* » a la capacité de prendre des risques et de la spéculer. Pour les autres catégories sociales, le travail salarié permet. L'émancipation sociale et géographique des communautés locales, de l'asservissement à la terre et de la dépendance familiale traditionnelle.	Opportunités, pour les jeunes diplômés, d'accéder à des positions de pouvoir et de faire carrière. Pour le grand nombre : libération du besoin, réalisation des désirs grâce à l'accès à la consommation de masse.	Propriété de soi : chacun est le producteur de sa propre autonomie. La mobilité permet (pour ceux qui savent l'être) De s'affranchir des distances temporelles, spatiales et institutionnelles. Pour les autres, le développement de l'autocontrôle réduit les rigidités bureaucratiques et l'importance de la hiérarchie.
Sécurité	Développement de la rationalité économique (épargne, rationalisation de la vie quotidienne, comptabilité, calcul, prévision) et importance des dispositifs traditionnels (famille, lignée, patrimoine, relations patriarcales et paternalistes, formes de subordination personnelle, charité).	Rationalité et planification à long terme. Gigantisme des organisations qui constituent des milieux protecteurs offrant perspectives de carrière et prise en charge de la vie quotidienne (logements de fonction, centres de vacances, organismes de formation…). Sécurité fournie par les diplômes et par la garantie d'une retraite.	Assurée par les connexions et les réseaux professionnels, par les relations de confiance, par le maintien de son employabilité et de son adaptabilité, par le volontariat. Déficit de dispositifs de sécurité pour le plus grand nombre (l'attachement familial est une barrière à la mobilité, alors que l'Etat est un dispositif centralisé et bureaucratique).
Bien commun	Croyance dans le progrès, dans le futur, dans la science, dans la technique, dans les bienfaits de l'industrie. Utilitarisme vulgaire mis en avant pour justifier les sacrifices qu'exige la marche en avant du progrès. idéal de la prospérité des grandes familles bourgeoises.	Idéal d'un ordre industriel incarné par les ingénieurs, croyance dans la productivité et dans l'efficacité ; Idéal civique : accent mis sur la solidarité institutionnelle, sur la socialisation de la production et de la consommation. Collaboration des grandes firmes et de l'Etat dans une visée de justice sociale : constitution de la catégorie des cadres ; droit des salariés et règles de gestion du personnel ; dissociation de la propriété du capital et transfert du contrôle de l'entreprise vers la « technostructure »	A atteindre : idéal de la cité par projets. Multiplication des liens, des connexions, des activités et des projets et tous genres (qu'ils soient capitalistes ou non), réengagement permanent de soi-même et des autres grâce à la communication, à l'écoute et à la tolérance. Néanmoins, dans le monde connexionniste plane toujours un soupçon sur le caractère égoïste et utilitariste de l'expansion des connexions et sur l'intentionnalité d'en tirer un profit personnel qui met en danger la réalisation du bien commun.
Dénonciation	Hypocrisie bourgeoise, amalgame de dispositions et de valeurs très différentes, voire incompatibles (profit et moralisme, avarice et charité, scientisme et traditionalisme familial)	Critique artiste et critique sociale cristallisées autour des évènements de Mai 1968.	A reconstruire, sur la base d'une théorie de l'exploitation ajustée au monde connexionniste. Statut lié à l'activité ; égalité des chances de mobilité ; dispositifs contraignant l'expansion de la sphère de la marchandise.

Source : Adapté par Carnoye (2016) à partir de Boltanski et Chiapello (1999) et notamment des chapitres 1 (p.54-28) et 3 (p.154-236) – Extraits du texte.

1.1.3. La Sécurité sociale face à l'esprit du capitalisme

Que peut-on retenir des développements précédents dans la perspective d'une construction théorique permettant d'analyser rigoureusement les débats de 1967 ?

La réforme de 1967 de la Sécurité sociale a pour objectif d'adapter le modèle de protection sociale français à l'imminente entrée de la France dans le marché commun au 1er janvier 1968. L'enjeu est donc d'adapter l'économie française dans son ensemble à un nouveau contexte concurrentiel européen. Là où la période des Trente glorieuses avait connu un modèle productif caractérisé par la puissance industrielle marquée par l'excellence technologique et par un marché protégé, voire captif, l'ouverture de l'économie française au marché européen traduit le choix du gouvernement de faire passer au second plan de la politique économique le primat de la performance industrielle au profit de celui de la concurrence. Dans cette perspective, on peut défendre que la période pré-1967 se caractérise en France par un compromis industriel-civique tandis que la période suivante s'ouvre sur un compromis marchand-civique. Au contraire du type d'intégration du capitalisme français dans la concurrence internationale, la Sécurité sociale comme l'Etat providence dans leur ensemble ne sont pas (encore) remis en cause : ils restent le pilier civique du compromis socio-politique en France.

Ainsi, plus qu'un changement de justifications du capitalisme en termes de la grandeur civique, la réforme de 1967 traduit un changement dans les justifications dans la sphère du profit. La défense de l'intérêt général reste présente dans la mesure où il n'est pas question pour le gouvernement de supprimer la Sécurité sociale qui incarne cet intérêt général. Il affirme même défendre la Sécurité sociale, mais la rhétorique du marché se développe et l'emporte. Au nom de la concurrence, il est nécessaire de réformer la Sécurité sociale en limitant son autonomie et la charge qu'elle représente pour l'économie nationale. La défense de l'intérêt général se transforme également dans la mesure où le gouvernement porte une vision moins solidaire de cet intérêt général qui se traduit par des mesures visant à responsabiliser les patients, notamment par la hausse du ticket modérateur et les modifications gestionnaires de la Sécurité sociale (séparation en risques). La force stabilisatrice de l'institution qui instrumente le compromis apparait comme plus faible, car plus dépendant des deux grandeurs qui la soutiennent.

Cependant, bien que l'on identifie en 1967 les prémices d'un compromis marchand-civique, il faudrait des investigations supplémentaires au cours des décennies 1970-1980 pour confirmer son existence. En effet, en matière de santé et de protection sociale, l'Etat va se renforcer au cours de cette période et une partie des mesures de 1967 ne vont pas être appliquées. De manière générale, la Sécurité sociale même réformée continuera à se développer et à voir ses dépenses augmenter. Il faudra attendre la fin des années 1980 pour que l'idéologie en faveur du marché et la reformulation de la relation entre salariat et protection sociale se traduisent par une importante transformation de la Sécurité sociale. Boltanski et Chiapello retracent dans leur ouvrage une partie de ces changements qui conduisent au troisième Esprit du capitalisme appuyé par les cités marchande et par projets.

Cette lecture de l'évolution du capitalisme des années 1940 aux années 1970 fait écho à la conceptualisation proposée par la Théorie de la Régulation en termes de régime d'accumulation fordiste et de compromis institutionnalisé (André & Delorme, 1983; Boyer & Saillard, 2002). Le troisième esprit du capitalisme renvoie au (long) tournant néolibéral identifié en France à partir de la fin des années 1980. L'EC rejoint ainsi avec ses propres concepts une périodisation de l'histoire

adoptée par divers courants théoriques des sciences sociales. Du point de vue des sciences économiques françaises, la publication du *Nouvel Esprit du capitalisme* de Boltanski et Chiapello, par sa démarche, son objet et ses résultats ancre durablement et explicitement l'Économie des conventions du côté des approches hétérodoxes en économie ce dont certains observateurs avaient jusqu'alors douté[60]. Cependant, cette convergence dans les conclusions et entre les courants ne doit faire oublier ni la démarche intermédiaire prônée par l'EC ni le détail de l'analyse de la transformation du capitalisme proposée par l'EC.

Dans le cas de l'analyse de l'évolution du système de santé et de protection sociale français, les approches par le compromis ou l'esprit permettent de comprendre en termes conventionnalistes le rôle de stabilisateur joué par la Sécurité sociale pour le capitalisme et de la société française. Elle ne permet cependant pas d'envisager une dynamique idéologique propre à la Sécurité sociale. Dans cette perspective, cette dernière n'est que le support, l'instrument permettant d'assoir un compromis plus général. Dans l'approche régulationniste, la Sécurité sociale n'existe pas pour et par elle-même, mais uniquement par sa capacité à faire cesser (*apaiser*) momentanément un conflit (une *dispute*) entre deux principes (*grandeurs*) consubstantiels d'une étape (*esprit*) du capitalisme ; ici l'intérêt général contre la performance, pour permettre temporairement la stabilité et l'engagement des acteurs dans ce dernier. Et cela alors même que la Sécurité sociale est l'incarnation et le fruit de ce conflit consubstantiel au capitalisme, qu'elle porte la capacité de dépasser le capitalisme si on suit son historiographie communiste c'est-à-dire un conflit de classes ou un conflit capital-travail.

Le concept d'esprit, tel que défini ici, semble difficile à appliquer au cas de la Sécurité sociale, car il reste indissociable de l'analyse du capitalisme tant chez Weber que chez Boltanski et Chiapello. On observe même un chevauchement historique pour la période des trente glorieuses dans les compromis identifiés entre, d'un côté le compromis industriel-marchand pour appuyer le fordisme (Boltanski et Thévenot) et, d'un autre côté le compromis civique-industriel (Boltanski et Chiapello). Les deux analyses sont complémentaires, mais le premier compromis identifié se situe au niveau des organisations tandis que le second se situe au niveau du capitalisme. Sans son rôle d'identification des deux piliers (profit-intérêt général) qui engagent les individus dans le capitalisme, le concept d'esprit perd son originalité heuristique par rapport à celui de compromis. Par ailleurs, envisager d'appliquer le concept d'esprit comme grille de lecture, définir un esprit de la Sécurité sociale peut sembler problématique, car il faudrait réussir à caractériser un esprit dans toutes ses dimensions : compromis, réponses aux questions, etc.

Une autre piste de recherche serait de se tourner vers les critiques du capitalisme comme suggéré par Carnoye. La Sécurité sociale type 1945 pourrait être interprétée comme la matérialisation d'une critique anticapitaliste et non pas comme le produit de l'accord entre deux grandeurs. Elle correspondrait à une manifestation de ce que Boltanski et Chiapello ont désigné sous le concept de critique sociale. Mais au regard des développements que nous avons présentés autour de la cité communiste, on peut se poser la question de la pertinence de la séparation entre la critique de l'exploitation et celle de l'aliénation que reproduit la séparation entre critique sociale et critique

[60] En raison de son entrée par la coordination, de son souhait de rupture avec les approches dites déterministes ou totalisantes, des importantes discussions des théories néoclassiques et de l'apparente plasticité de son concept principal de convention, l'EC fait face à la fin des années 1990 et au début des années à de vives critiques hétérodoxes.

artiste. De plus, ce que l'analyse des débats met en évidence est qu'il existe plusieurs interprétations de la Sécurité sociale et donc de la critique sociale, si l'on considère que la première est la manifestation de la seconde. Se pose donc la question des raisonnements qui appuient ces différents cadres d'interprétation dont nous avons vu qu'ils dépassaient la question même de la Sécurité sociale en posant celle du système économique dans son ensemble. Le détour par les critiques ne fait que décaler momentanément la question de l'identification des cadres d'interprétation, des conventions$_1$.

En outre, l'explication de Boltanski et Chiapello centrée autour de la responsabilité du mouvement communiste dans la chute ou l'affaiblissement, de la critique sociale au cours des Trente glorieuses et son incapacité à absorber la critique artiste nous semble devoir être relativisée au moins dans le cas de la Sécurité sociale. En effet, on observe au cours des années 1960 à la fois une permanence de la ligne de conduite du mouvement communiste et de ses alliés face une offensive ininterrompue de la part du gouvernement et de la majorité Gaulliste ou conservatrice qui se manifeste par les différents rapports et discours appelant à la réforme de la Sécurité sociale. On assiste également à une récupération de la critique sociale avec les extensions successives de la Sécurité sociale qui permettent au gouvernement en 1967 de se prévaloir d'un bilan social favorable à ceci près que ces extensions ne concernent pas les ouvriers (salariés) et le régime général, mais les indépendants et les agriculteurs, électorat conservateur et les professions qui avaient refusé la Sécurité sociale en 1945. Alors certes le mouvement communiste n'a surement pas été en mesure de porter la critique sociale de manière suffisamment convaincante comme le montrent Boltanski et Chiapello, mais, en matière de Sécurité sociale, le mouvement communiste a dû faire indéniablement face à une récupération de la critique sociale et à un rapport de force institutionnel en sa défaveur dans la sphère de la démocratie politique.

Cette sous-estimation de la dimension conflictuelle portée par la Sécurité sociale tient selon nous à la fois aux périodes de références aussi bien pour *De la justification* en 1991 que pour *Le nouvel esprit* en 1999. Dans le premier livre, la notion de compromis a été forgée à partir d'une analyse du rôle des corporations et de la démocratie sociale au XIXe siècle et dans les années 1930 ce qui tend de fait à minorer la rupture des années 1940. Dans le second, l'objet principal du livre porte sur la période post-1968 et cherche à montrer un processus d'évolution global et long du capitalisme ce qui offre donc une vision synthétique, aseptisée, de la période des trente glorieuses. Avec cette grille d'analyse, l'Économie des conventions est aveugle sur la période 1945-1967.

Ainsi, pour retrouver des perspectives d'analyse en termes conventionnalistes, il faut s'affranchir du modèle des cités en développant une nouvelle forme de convention$_1$ et en prenant au sérieux la période dite des Trente glorieuses et les dispositifs qui assurent son esprit, dont la Sécurité sociale. Il est nécessaire de considérer avec attention et d'un point de vue conventionnaliste le contenu sémantique du compromis malgré l'absence de cités. L'économie des conventions propose plusieurs outils en ce sens.

1.2. Le second pluralisme et la Welfare convention approach : des alternatives pour comprendre la Sécurité sociale ?

La tentative de dépassement des cités par l'idéologie nous conduit à retrouver la centralité des *cités* existantes ou celle d'une *cité* potentielle. Il s'avère alors nécessaire de tenter de sortir du modèle des *cités* au profit de formes conventionnelles plus autonomes et auxquelles l'EC accorde de l'importance. Nous en distinguerons deux. La première est l'approche conventionnaliste de l'éthique médicale développée par Batifoulier qui constitue selon nous une mise en œuvre du *second pluralisme* de l'Économie des conventions permettant d'envisager une autre forme de *convention*$_1$ (1.2.1). La deuxième est celle de la *Welfare Convention Approach* et ses développements autour de la *convention fordiste* qui tente de donner une forme conventionnelle au compromis (1.2.2).

1.2.1. Le second pluralisme, complément ou dépassement du modèle des cités ? Le cas de l'éthique médicale

La coordination pour l'Économie des conventions ne se résume pas au modèle des *cités* et à un processus de *justifications publiques*. L'identification des cadres d'interprétation autres que les cités des économies de la grandeur ont donc été largement développées par les auteurs conventionnalistes. Il s'agit notamment pour ces auteurs de se détacher de la contraignante axiomatique des cités qui, par définition, limite l'identification de nouveaux modèles d'évaluation. L'EC par son approche pragmatique ou néo-pragmatique (Diaz-Bone, 2011) veille en effet à étudier simultanément les acteurs en situation et les cadres normatifs qui appuient ces actions. Il n'y a pas de rupture entre ces deux dimensions, mais une interdépendance.

Ces développements sont regroupés sous ce que les conventionnalistes appellent le « second pluralisme » (Eymard-Duvernay et al., 2006) au sein de l'Economie des Conventions. Dans cette perspective, il n'est plus seulement question de l'existence d'une pluralité horizontale (au même niveau) de cadres de justification, entendus comme des *conventions*$_1$ ou des *cités*, mais d'une pluralité verticale de *régimes d'engagement* pour les individus (schéma n°2.3).

Ce développement vise à caractériser le constat réalisé dès les premiers travaux conventionnalistes sur le fait que les processus de coordination entre les acteurs à un niveau plus situé, ou plus proche des relations interindividuelles que celui de l'espace public prenaient des formes spécifiques. Le fait de réaliser une action (engagement) dans le cadre d'un processus de coordination ne repose pas systématiquement sur un accord généralisable à l'ensemble de la société (relevant d'une cité).

On remarquera au sein du second pluralisme à nouveau une entrée sociologique et une entrée économique, entrées qui à la fois se rejoignent et sont complémentaires. Ces entrées se sont développées de manière concomitante dès le début des années 1990. On retrouve ainsi toute une réflexion sur ce pluralisme vertical aussi bien chez Boltanski et Thévenot (1991, esquisse en postface) ou Dodier (1993)[61] que chez Eymard-Duvernay (1989) à partir d'un raisonnement en termes de conventions de qualité qui sera développé ensuite avec Marchal (1994, 1997). On doit à Thévenot (2006) d'avoir caractérisé avec précision ces régimes d'engagement.

[61] Pour les développements préliminaires de régimes d'engagement, du *régime du plan* et de celui du *familier* de Thévenot lui-même, voir (Thévenot, 1990, 1994, 1995).

L'EC, comme nous l'avons vu au chapitre 1, divise l'espace des conventions en deux niveaux d'intervention : les *conventions*$_1$ ou *Modèle d'évaluation conventionnel (MEC)*, et les *conventions*$_2$ ou des *règles conventionnelles* qui doivent être interprétées. Le modèle des *cités* fournit aux *conventions*$_1$ un cadre sémantique fort qui le rend difficile à remettre en cause comme nous l'avons vu précédemment, mais l'EC ne suppose pas que le modèle des cités est le seul modèle pour définir les conventions$_1$. Il constitue le modèle privilégié quand le degré de généralité est au plus haut.

La notion d'engagement au sein de l'économie des conventions a été pensée après celle de coordination (Thévenot, 2006), mais elle joue un rôle fondamental comme nous l'avons vu avec l'esprit du capitalisme afin de lier justification et individu par la médiation des objets[62]. Lorsque l'individu cherche à se justifier pour se coordonner, il doit mobiliser des objets eux-mêmes porteurs d'un sens qui lui permettent de traduire sa position par rapport au monde avec lequel il cherche à être en accord. Pour Thévenot, la notion d'engagement va plus loin. Elle vise à réinterpréter une relation de dépendance entre un individu et le monde qui l'entoure pour en faire un pouvoir c'est-à-dire une capacité à utiliser son environnement dans une situation donnée pour se réaliser. L'individu n'est pas sujet de son environnement, mais bien acteur du processus de coordination[63]. Chaque régime d'engagement traduit le pouvoir à disposition de l'individu en fonction du degré de généralité du besoin de coordination[64]. Thévenot définit trois régimes d'engagement « du lointain au proche » : le régime du bien commun (les cités), celui du plan, celui de la familiarité.

L'approche de Thévenot cherche à enrichir la compréhension du processus de coordination en mettant en avant l'importance de l'action dans ce processus. La coordination pour Thévenot se traduit par deux exigences indissociables que nous avons vues au moment de la présentation des cités. La première est *« L'arrêt d'un jugement délimitant les contours d'une action, identifiant ce qu'il advient*[65] *»* c'est-à-dire l'identification du cadre d'interprétation[66] qui permet de qualifier l'action. La deuxième est *« l'épreuve critique de remise en cause de ce jugement au fur et à mesure du déroulement des évènements »* (Thévenot, 1990, p.48). La focalisation sur le rôle de l'action (individuelle) au sein de ce processus permet de déplacer la focale d'analyse du cadre d'interprétation, du respect du principe supérieur commun, à la manière dont les individus trouvent

[62] « La notion d' engagement des personnes rend bien compte de ce processus : une fois que les personnes cherchent à satisfaire sous un certain rapport la coordination avec autrui, elles sont engagées malgré elles dans l'ensemble des associations déjà préparées par le passé. » (Dodier, 1993, p.74) Le processus renvoie ici à la coordination mobilisant des objets (des choses).

[63] Il existe toujours la tension caractéristique de l'EC entre holisme et individualisme. A la fois l'individu dispose d'une autonomie d'action et en même temps il reste encadré par son environnement. Thévenot parle « relationnisme méthodologique » (Thévenot, 2006 – p.238).

[64] De la même manière que pour *l'agapè* nous ne détaillons pas les changements de régime.

[65] « Si je n'ai pas de formes servant au repérage de ce que je fais ou de ce que l'autre fait, il n'y a pas de recherche possible de cohérence, de conséquence. Une tâche prioritaire dans la théorie de l'action est donc d'étudier l'opération consistant à sélectionner ce qui importe, aux dépens de ce qui n'est pas significatif. Cette opération suppose de réaliser des rapprochements, de reconnaître des formes, de qualifier. ». (Thévenot, 1990, p.48).

[66] Thévenot précise que le terme de jugement pourrait être remplacé par celui d'interprétation, mais le premier présente l'avantage « de suggérer l'arrêt de la recherche, la clôture d'un dossier d'éléments qualifiés mis en relation. » (Thévenot, 1990) p.49. Nous avons utilisé le terme d'interprétation au chapitre 1.

l'accord, accomplissent l'action, en fonction des circonstances : « le cadre d'identification de l'action est lié au mode d'appréciation de sa réussite, de la façon dont elle convient ».

> *« L'idée d'action-qui-convient éclaire l'articulation des deux termes « agir » et « convenir ». Elle incite à modifier le partage des rôles impartis respectivement à une notion d'action qui enferme toute l'ouverture de l'initiative individuelle, et à une notion de convention qui supporte toutes les exigences de l'accord. Elle est solidement ancrée dans le langage où nous disposons d'une large palette de qualificatifs pour désigner la convenance d'un acte, en disant qu'il est ajusté, adéquat, approprié, heureux, réussi, normal, naturel, raisonnable. Ces épithètes ont en commun de placer l'intervention dans la perspective d'un jugement sur son accomplissement »* (Thévenot, 1990, p. 51)

Cette conception particulière de la coordination permet à Thévenot de construire trois régimes d'engagement dans l'action : de la justification, du plan et du familier (Tableau n°2.2). Chacun de ces régimes se distingue par leur degré de mise en commun : du *jugement* aux *justifications*, des *convenances personnelles* aux *justifications*.

Tableau n° 2.2 – Les régimes d'engagement

RÉGIMES D'ENGAGEMENT	En familiarité personnelle	En plan projeté par l'individu	En justification publique par le bien commun
a. Pouvoir investi *Les engagements sont investissements de pouvoirs de se coordonner, sur lesquels reposent des coordinations avec autrui d'inégale portée selon les régimes. Ne sont pris en considération que des pouvoirs capitaux pour la consistance de la personnalité et de la communauté.*	aisance dans l'attachement	autonomie du porteur de projet individuel	grandeur qualifiant pour le bien commun
b. Bien engagé *L'engagement entretient un bien assuré par la façon dont la personne se lie à elle-même via un certain rapport de dépendance au monde. Ce par quoi elle tient au monde la maintient, son défaut est éprouvant.*	aise (convenance personnelle)	réalisation de soi dans le projet (convenable du plan)	participation au bien commun
c. Réalité engagée *L'engagement est gagé par la réalité du corps de la personne et d'un environnement convenablement disposés, (c') selon un format de l'approprié qui spécifie l'éprouvé.*	personnellement accommodée	en fonctionnalité	qualifiée pour le commun
c'. Format de l'éprouvé [information]	indice perceptuel local et personnel	indication de fonctionnement normal	indicateur de qualification en grandeur
d. Les deux faces: *Le régime dynamique comporte deux phases qui font voir les deux faces de l'engagement dans une quête inquiète d'assurance :* **d1. repos confiant (d1) s**'*arrêtant à ce qui fait foi, en « fermant les yeux »*/ **d2. doute éprouvant** *ouvert à ce qui a été sacrifié, en « ouvrant les yeux »*	routinier/tâtonnant	normal/indécis	justifié/critique
Engagement mutuel	attentionné (aimant, amoureux amicalement proche)	projeté à plusieurs, par accord, contrat	qualifié en collectif pour le bien commun
Aider autrui pour qu'il/elle s'engage	prendre soin, témoigner de la sollicitude	affermir la volonté, donner confiance dans son projet	préparer à l'épreuve de qualification publique
Réifier autrui	prendre des familiarités avec, en faire sa chose	instrumentaliser	réduire à un objet qualifié

Source : adapté de (Thévenot, 2011) – Nous avons réintégré dans la première colonne les définitions proposées par Thévenot pour chacune des caractéristiques (texte en italique) qu'il propose dans son article juste avant le tableau.

La démarche de Thévenot se distingue d'un « conventionnalisme classique »[67] et en cela en partie d'une application mécanique[68] des formes de coordination comme les conventions de qualité formalisées par Eymard-Duvernay ou les *cités*.

Au sein des trois régimes, le régime du plan nous intéresse plus particulièrement, car il permet de caractériser l'action normale qui ne relève en premier lieu ni des convenances personnelles ni des justifications de par son statut intermédiaire. Ce régime articule la réalisation de l'individu et en même temps la définition d'un projet (plan) qui cadre le jugement. Ce régime repose sur une série d'objets caractéristiques du plan déterminé par l'acteur. L'action qu'il encadre n'est pas immédiate, mais s'inscrit dans le temps, dans plusieurs séquences, le temps de sa réalisation. On retrouve ici le sens ordinaire du plan associé à la planification et au monde industriel.

> *« L'action planifiée spécifie non seulement une conduite traitée comme action parce qu'elle prend appui sur une intention (par opposition à d'autres comportements réactifs ou instinctuels), mais, en outre, suppose que l'intention soit mise dans la forme objectivable d'un plan »* (Thévenot, 1995 - p.418).

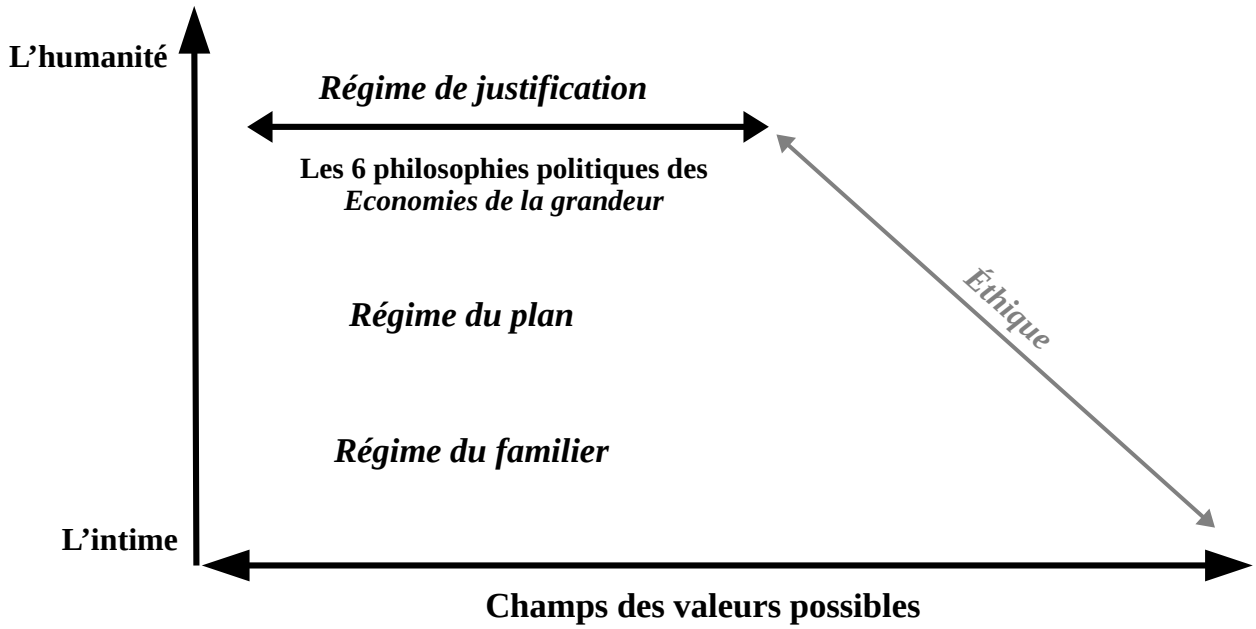
Si ces régimes sont hiérarchisés par le degré de généralité qu'ils représentent dans le processus de coordination des individus, ils restent cependant autonomes les uns des autres avec leur propre logique interne. Le régime de justification ne se décline pas à des niveaux inférieurs, mais s'articule avec ces niveaux. Par exemple, un régime de justification dans la cité marchande ne suppose pas un régime du plan ou familier « marchand » puisque ces régimes ne relèvent pas de la logique de justifications de la grandeur, mais de « modalité différente de reconnaissance de l'être humain » (ibid. – p.241). Cela n'empêche pas ces régimes de mobiliser des éléments qui viennent d'autres régimes, le régime du plan mobilisera pour se déployer efficacement à la fois des dimensions (objets) du familier et des justifications. Comme le souligne Thévenot, cette extension hors des justifications complète les préoccupations d'analyse développées en la matière par Boltanski avec la notion *d'agapè* (cf. section 3.2.3).

Enfin, seuls les dispositifs qui satisfont ce « double pluralisme » sont ceux qui « peuvent prétendre à la composition démocratique d'une chose publique qui favorise une large participation des personnes concernées » (Thévenot, 2006, p258). Le schéma n°2.1 synthétise l'enjeu des pluralismes dans l'économie des conventions.

[67] « qui stipule que des conduites se coordonnent parce que les agents se conforment à des conventions » Thévenot (2006) p.134

[68] Le qualificatif mécanique désigne ici une application du modèle des cités (ou celui des conventions de qualité) uniquement comme une grille.

Schéma n° 2.1 – Pluralismes au sein de l'économie des conventions



Source : Adapté de (Bessis et al., 2009) – *Nous avons ajouté l'axe de base « Champs des valeurs possibles » et l'Ethique.*

Le second pluralisme n'a pas fait l'objet d'application à la Sécurité sociale. Cependant, une application a été faite dans le secteur de la santé, dans le cadre d'une analyse conventionnaliste de la profession médicale et du rôle de son éthique professionnelle.

L'objectif de Batifoulier (2009) est d'expliquer à partir de l'EC le comportement des médecins en montrant le caractère conventionnel de l'éthique médicale c'est-à-dire sa capacité à constituer un cadre d'interprétation permettant aux médecins de justifier leur action.

> *« L'interprétation et l'argumentation ne sont cependant pas réservées à des philosophes professionnels. Pour exprimer « ce qui est bien », les individus, dans leur activité ordinaire, n'en appellent pas aux philosophies politiques et n'invoquent pas Saint-Simon ou Bossuet. Les critiques et justifications ordinaires font appel à une normativité ordinaire que Thévenot (2006) a clarifiée. La normativité ne relève ainsi pas toujours du bien commun. Elle prend appui sur une convenance ordinaire ou sur un engagement local ou familier. »* (Batifoulier, 2009 - p.94)

L'éthique professionnelle dans une perspective conventionnaliste constitue un ensemble de valeurs qui forme une image de la profession médicale à laquelle les médecins adhèrent et se soumettent parce qu'ils ont le sentiment de faire partie du même groupe (Batifoulier, 1999). Le sentiment d'appartenance à la même communauté permet aux médecins de poser un principe d'équivalence entre ceux qui sont médecins et ceux qui ne le sont pas. Mais, comme le souligne Boltanski (1990), l'accord ne repose pas sur des caractéristiques consubstantielles aux médecins, mais sur une

multitude d'arrangements et de dispositifs qui procurent ce sentiment d'appartenance. Le terme « sentiment » peut sembler flou, mais il traduit le souci de ne pas perdre de vue que même si un groupe social est clairement objectivé, il n'en reste pas moins le résultat du jugement des individus en situation en fonction des objets à leurs disposions et du degré de généralité de la coordination. L'éthique médicale constitue une ressource pour l'engagement des médecins dans l'action[69]. On retrouve ici un point central soulevé par la théorie de l'action proposée par Thévenot sur le respect de l'autonomie des représentations au sein des collectifs par rapport à une définition de ce collectif à travers de pratiques qui s'imposent aux individus. L'enjeu est donc de réussir à la fois à garder une trace de ce qui fait le collectif, ce qui est commun, tout en laissant la possibilité d'une différenciation des acteurs dans leur comportement et donc leurs représentations. L'éthique médicale en combinant à la fois une représentation de l'action normale du soin, entendu dans un sens large, et en même temps une représentation de l'action propre à chaque médecin est susceptible de s'exprimer, d'être visible, dans le régime d'engagement du plan.

La pluralité des valeurs mobilisées pas les médecins permet la diversité des représentations entre les médecins tout en formant une représentation partagée de la profession médicale (Tableau n°2.3). Ces valeurs s'expriment plus ou moins en fonction des situations. Elles ne sont pas figées et elles évoluent dans le temps.

> *« La normativité des médecins est faite d'une diversité de valeurs qui permettent d'interpréter les règles. Ces valeurs sont mobilisées différemment selon les segments professionnels et les lieux d'exercice de l'activité médicale. Le médecin en hôpital public est sans doute plus sensible à la qualité de service public que le médecin en exercice libéral intégral ou en clinique privée à but lucratif. Les médecins, comme les autres corporations, ne forment pas un tout uniforme. Mais, à un certain niveau d'identité, celui de la profession, une forme d'unité (qui ne suppose pas identité des représentations) peut s'organiser autour de valeurs distinctives, dans laquelle peut se reconnaître chaque médecin, même si le poids donné à chacune de ces valeurs peut varier d'un médecin à l'autre. On peut, dans cette perspective, recenser trois types de valeurs propres qui soutiennent la capacité de jugement éthique des médecins : les valeurs hippocratiques, les valeurs de la santé et les valeurs libérales. » (Batifoulier, 2009. - pp.94-95)*

[69] Un raisonnement complémentaire de celui de Batifoulier est esquissé dans Dodier (1993) et met plus en avant comme nous avons essayé de le faire la notion d'engagement.

Tableau n° 2.3 – Valeurs propres et rationalité médicale

Valeur	Hippocratique	De la santé	Libérale
Régit les rapports du médecin avec	Ses confères	Les patients	La tutelle
Contenu	« Principes » de l'éthique médicale	Promotion et éducation à la santé	Charte de la médecine libérale
Accent mis sur	Valeurs humanistes	Bien commun	Libéralisme politique
Type de souveraineté	Socialisation professionnelle	Indépendance vis-à-vis du patient	Résistance à l'Etat social
Conception de la prestation médicale	Bien professionnel dédié au malade	Bien en soi	Bien de gré à gré

Source : Batifoulier (2009) – p.100

Si on suit Batifoulier, la valeur hippocratique regroupe des principes de bienveillance ou de bien-être du malade, la valorisation du paternalisme médical comme expression du « care », exprimant un médecin soucieux de son malade. Ces valeurs humanistes sont héritées d'un passé ancien, valorisé et préservé, et forgent l'identité minimale de la médecine.

La valeur libérale construit le libéralisme politique de la médecine. Il s'est construit contre l'Etat social et affirme que pour bien soigner, le médecin doit bénéficier de libertés de toute sorte (liberté d'installation, liberté tarifaire, entente directe, etc.). L'affirmation de la liberté et l'indépendance de la profession traduit la primauté des devoirs envers les malades sur ceux envers l'Etat social.

Enfin la valeur de la santé valorise un bien précieux dont le médecin se fait le porte-parole : la santé. Le médecin, contrôlé par la profession, est dépositaire de l'importance que chacun accorde à la Santé. Il œuvre pour la promotion de la Santé. Sa prestation ne contribue pas seulement à l'amélioration du bien-être du patient particulier, mais aussi à la qualité du système de santé dans son ensemble. A l'instar des avocats qui transmettent à leurs clients les principes véhiculés par la Justice, les médecins prodiguent les valeurs de la Santé à leurs patients.

Remarquons que si ces trois types de valeurs sont propres à la communauté médicale, elles ne sont ni déconnectées des justifications ni des convenances personnelles. C'est une condition nécessaire pour exister à la fois en dehors du groupe, à un niveau de généralité plus élevé et pour pouvoir être entendues lors de relations interpersonnelles (Batifoulier, 1999). Le souci des médecins par exemple pour l'excellence technique ou pour leur relation avec le patient relèvent dans la grammaire des cités des grandeurs industrielle et domestique sans pour autant que les médecins remontent dans leur pratique à ce niveau de généralité. La capacité de l'éthique médicale à soutenir

des dispositifs dans les deux pluralismes fait d'elle une forme conventionnelle qui si elle n'a pas le niveau de généralité des cités n'est pas pour autant une forme conventionnelle de second rang.

Ainsi, les valeurs regroupées au sein de l'éthique médicale transcendent les régimes d'engagement pour former un tout capable d'appuyer les médecins dans l'action. La mise en évidence de la nature complexe de l'éthique permet de lier un conventionnalisme plus classique et les développements en termes de régime d'engagement. Elle s'appuie sur les deux entrées de l'EC[70], sociologique et économique. La notion d'éthique professionnelle dans une perspective conventionnaliste semble donc répondre pleinement à ce que l'EC qualifie de convention$_1$ sans pour autant être une cité.

Mais comme le souligne Batifoulier (2009), l'éthique médicale n'est pas un ensemble indéfini constitué de toutes les valeurs et de toutes les grandeurs possibles, même partagées par les médecins. Elle est insérée dans une dynamique économique et sociale d'ensemble qui à travers la politique économique, la formate en cherchant à transformer les représentations et donc le comportement des médecins, à changer leur(s) plan(s). L'analyse de cette action politique sur l'éthique médicale a été réalisée en termes conventionnalistes dans les termes du référentiel d'action publique pour saisir le tournant néolibéral.

1.2.2. Welfare convention approach et convention fordiste

Afin de saisir les changements économiques qui interviennent au cours des années 1990 avec l'avènement du néolibéralisme[71] en France, l'Économie des conventions dans son entrée économique utilise la notion de *référentiel d'action publique* issue des sciences politiques (Jobert & Muller, 1987). Il s'agit pour ces auteurs conventionnalistes de s'affranchir *de facto* du cadre des cités, c'est-à-dire de ses contraintes axiomatiques et de son fort degré de généralité, pour pouvoir mettre en évidence précisément en des termes conventionnalistes les phénomènes qui caractérisent le néolibéralisme, notamment la marchandisation de l'Etat social et du secteur de la santé (Domin, 2015).

En effet, pour l'EC s'affranchir de la grammaire des cités, et donc de l'opération intellectuelle cherchant à rattacher *in fine* toutes justifications analysées à cette grammaire, permet à la fois de gagner en précision en ayant une liberté dans la caractérisation du cadre de justification d'une évolution observée et de se rapprocher, ou de reprendre, des caractérisations effectivement employées par les acteurs pour identifier leurs cadres de justification. On retrouve donc dans les développements conventionnalistes en termes de référentiel une proximité certaine avec la démarche du second pluralisme et les développements en termes d'éthique présentés à la section précédente : un degré de généralité des justifications plus faible et une caractérisation des cadres d'interprétation en dehors des philosophies politiques. Par ailleurs, et comme nous allons le voir par la suite, on retrouve également une similitude dans les questionnements entre l'EC utilisant le concept de référentiel et la Théorie de la Régulation (TR) : la notion de compromis, l'analyse de secteurs (méso économique) ou le tournant marchand de l'économie. Ainsi, outre sa pertinence

[70] Notre propos n'est pas de réifier, de durcir, cette distinction, mais il nous semble nécessaire d'insister sur leur complémentarité qui tend selon nous à être mise de côté, car cela s'avère pertinent heuristiquement et montre l'unité de l'EC.

[71] Nous ne discutons pas ici la notion de néolibéralisme. Nous l'entendons comme le mouvement de rupture observé à partir des années 1980 face à la fin des Trente glorieuses (cf. introduction du chapitre 1).

heuristique, la mobilisation par l'EC de la notion de référentiel lui permet de renforcer ses dialogues avec les autres sciences sociales ou courants institutionnalistes.

L'articulation entre l'approche de Jobert et Muller et l'Économie des conventions nous est donnée par Thévenon (2003) dans le cadre de l'analyse des politiques publiques familiales en Europe. Thévenon en articulant référentiel et économie des conventions permet ainsi de répondre la critique portée sur les référentiels quant à la difficulté de pouvoir « administrer la preuve » pour la caractérisation du référentiel global. Il confirme la piste soulevée plus tard par Giraud (2004) quant à la capacité de l'EC à conforter l'analyse en termes de référentiel en fournissant avec le modèle des cités une liste limitée de principes légitimes qui permettent d'appuyer les justifications sans tomber dans une identification approximative : « La justification permet de mettre en cohérence les pratiques d'un secteur particulier – et les institutions qui les régulent – avec un fonctionnement global efficient de l'ensemble du système. » (Thévenon, 2003 – p.292)

La notion de référentiel sera ensuite mobilisée par Batifoulier et ses coauteurs pour mettre en évidence l'effet du néolibéralisme dans le secteur de la santé c'est-à-dire une orientation, une coloration marchande de la politique de santé et de protection sociale de plus en plus forte et ayant pour objectifs de modifier les pratiques médicales ou le comportement des patients (Batifoulier & Ventelou, 2003). Une reprise de la notion de référentiel d'action publique sera faite ultérieurement par Rauly (2016) afin d'analyser la mise en œuvre des politiques de télémédecine.

Au sein de l'analyse conventionnaliste, l'approche à partir du concept de référentiel a fait l'objet indirectement d'un renouveau en des termes exclusivement conventionnalistes avec l'application à la protection sociale française par Batifoulier et al. (2021) de la *Welfare Convention Approach* (WCA) développée par Chiapello et Knoll (2020) pour analyser les *Social Impact Bonds* (SIB). Avant de nous intéresser à cette nouvelle perspective d'analyse conventionnaliste de la protection sociale, nous allons revenir plus en détail sur la *Welfare Convention Approach* afin de mettre en évidence sa proximité avec le concept de référentiel au sein de la grille d'analyse conventionnaliste.

La W*elfare Convention Approach* propose d'analyser les dispositifs de protection sociale comme des « arrangements conflictuels où diverses visions/liens politiques doivent être alignées et faire l'objet d'un compromis »[72]. Cette approche cherche à comprendre les tensions qui guident le gouvernement des politiques sociales et la façon dont sont créés de nouveaux appareillages sociaux (*welfare apparatuses*) (Rose & Miller, 1992). Les instruments des politiques sociales ne sont pas que des techniques, mais incarnent des idées morales, historiquement diverses et des façons de faire qui renvoient à une conception de la justice. Une telle conception est propice à une analyse conventionnaliste. Elle est aussi sensible à la notion de référentiel en combinant des jeux d'acteurs et des outils gouvernementaux.

Cette démarche reprend celle de l'Économie des conventions présentée dans le cadre des cités qui consiste à étudier comment la justice et la justesse se manifestent à l'occasion de dispute et la mise en œuvre d'objets. Afin de définir leurs « welfare convention », Chiapello et Knoll ne vont pas s'appuyer sur des philosophies politiques, mais sur quatre caractéristiques : l'identification et la

[72] "According to this approach, welfare apparatuses such as SIBs can be studied as conflicted arrangements, where diverse polities have to be aligned and compromised." (Chiapello et Knoll 2020 - p.7 - nous traduisons). Le terme "polities" est ambivalent dans sa traduction.

définition d'un problème social à résoudre avec les solutions adéquates à ce problème, l'acteur responsable pour résoudre ce problème, le flux financier du dispositif et son principe de fonctionnement, la nature de la quantification. Le tableau n°2.4 résume les différentes conventions identifiées.

Tableau n° 2.4 – *Welfare convention approach*

Welfare conventions	Philanthropy	Communitarian	Civic	Full employment	Market	Entrepreneurial	Financial	Behavioral
Political rationalities								
Social problem Reason for being in need	Destiny, immorality	Isolation, egoism	Lawlessness, socio-economic inequalities	Lack of good-quality jobs, economic recession Contra-cyclical	Inertia, nepotism, inefficiency	Passive, shy, and risk-adverse behavior	Below-market return on investment	Irrational behavior, habits, and emotions
Solution	Compassion, mercy, giving	Self-organization, mutualism, membership, corporatism	Entitlements, rights, law-based social service provision	interventions, industrial policy, protective labor law	Efficacy of competition and the marketplace	Empowerment, capacity building, activation, network, innovation	Impact investing, micro-credit, investment readiness policies	Behavioral therapy, nudging
Responsible actors Who should care?	Chivalry of wealth, aristocracy, foundations, volunteers	Community, group, association	Politicians linked to public administrations	Keynesian macroeconomists, economy planners	Rational individuals for themselves	(Social) entrepreneurs	Financial investors, banks	Therapists, neuroscientists, behavioral economists
Governmental technologies								
Financial circuits Flows in money and in kind	Charity, donation	Reciprocity, solidarity, sharing, mutual insurance	Taxation, redistribution, public service provision, budget plan	Wages, salaries, industry subsidies	Market exchange, vouchers, consumer subsidies	Contracts, deals, pay-for-performance	Investments, return on investment	Stimulus and answers (non-monetary)
Knowledge Statistics, accounting, quantification	Living conditions of those in misery	Membership statistics, collective group interests	Inequality, income and wealth distribution, social policies	National accounts, economic growth	Market indicators (e.g. volume, price, market shares, liquidity)	Business plans, performance, marketing	Risks and returns, (social) ratings	Psychological individual traits, behavioral patterns

Source : Chiapello & Knoll, 2020

Par leur souplesse et leur cohérence intrinsèque, les sept *Welfare Convention* apparaissent donc comme un outil pertinent, et de fait plus abouti en termes conventionnalistes que le référentiel sectoriel, pour analyser différents dispositifs de protection sociale au-delà même des *Social Impact Bonds*.

Batifoulier, Domin et Rauly (2021) s'appuient sur cette approche et sur celle des Conventions de Sécurité sociale (Batifoulier, Da Silva, et Duchesne, 2019, voir plus loin) pour proposer une analyse conventionnaliste originale de l'évolution de la protection sociale française, de la « solidarité nationale » pour reprendre leurs termes, afin de montrer comment une convention fordiste de la protection sociale a laissé la place à une convention libérale de protection sociale caractérisée notamment par le rôle central de l'assurance maladie complémentaire dans la couverture santé des Français. Si cette analyse se veut conventionnaliste en premier lieu, elle laisse apparaitre une forte influence régulationniste à travers l'emploi du qualificatif fordiste et du concept d'ordre.

Le système national de protection sociale français (SNPS) en termes régulationnistes ou « la solidarité nationale » à la française est dans la perspective des auteurs dans une position similaire à celle des SIB dans l'analyse de Chiapello et Knoll, celle d'un dispositif de protection sociale entendu comme, rappelons-le, « un arrangement conflictuel où diverses visions/liens politiques doivent être alignées et faire l'objet d'un compromis »[73]. Notons une différence importante quant à l'ampleur entre les dispositifs analysés. Là où les SIB sont un dispositif particulier de protection sociale, le SNPS est un ensemble constitué d'une multitude de dispositifs qui étudiés en détail peuvent relever de logiques propres. Nous nous situons donc ici à un niveau d'analyse méso économique de la protection sociale et pas au niveau d'un dispositif particulier.

La convention fordiste de protection sociale développée par Batifoulier et ses co-auteurs (2021) articule deux compromis : un global au niveau du système économique dans son ensemble et un sectoriel spécifique à la protection sociale.

Le premier compromis correspond aux deux piliers sur lesquels fonctionne le système économique capitaliste d'après la Seconde Guerre mondiale. Le développement du capitalisme après-guerre n'a été socialement acceptable (légitime) que parce qu'il assurait l'amélioration de la protection sociale des individus : le principe d'accumulation était doublé d'un principe de justice sociale distributive.

> *The justification for accumulation is based on a compromise around the use of the gains of the economic growth. The social protection and the capitalism exert a commutative power that leads to reciprocal legitimacy. Capitalism is acceptable because the associated economic growth improves the living conditions of citizens. In the Fordist convention, the regime of accumulation refers to a form of social capitalism.* (Batifoulier et al., 2021, p.40)

Ce compromis a été rendu possible par une organisation particulière du système économique centrée autour d'un objectif de plein emploi bénéficiant à la fois aux entreprises et aux travailleurs : le fordisme. Le partage des gains de la croissance issue des gains de productivités continus de la période permettait à chacune des parties d'en sortir gagnante.

[73] "According to this approach, welfare apparatuses such as SIBs can be studied as conflicted arrangements, where diverse polities have to be aligned and compromised." (Chiapello et Knoll 2020 - p.7 - nous traduisons). Le terme "polities" est ambivalent dans sa traduction.

Le deuxième compromis est incarné par l'organisation spécifique du système de protection au cours des Trente glorieuses qui permet de rendre compatibles les trois ordres de protection sociale qui constituent la société[74] :

> *« What is particular about the Fordist convention is the fact that this representation of the common good cuts across the three orders of social protection (political, economic, and domestic). »* (Batifoulier et al., 2021).

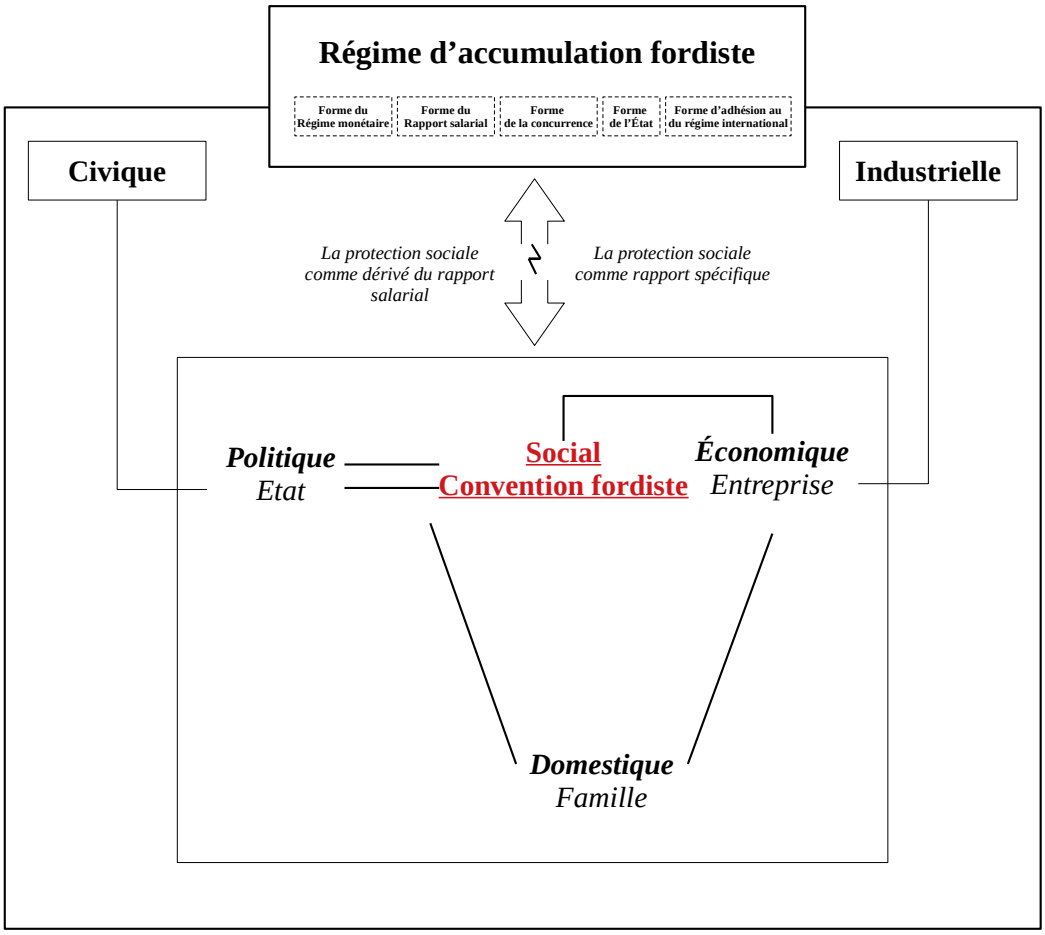
On retrouve par l'articulation de ces deux compromis, la tension qui existe au sein de la littérature régulationniste sur la question de l'autonomie de la protection sociale vis-à-vis du régime d'accumulation (Gallois & Nieddu, 2017). En effet, la centralité du travail sous sa forme salariale aussi bien au sein du régime d'accumulation fordiste que du système de protection sociale principalement mis en œuvre par la Sécurité sociale a pour conséquence de n'envisager la protection sociale que comme étant un dérivé de l'organisation salariale du travail. En termes régulationnistes cela se traduit par une conception de la protection sociale comme une des caractéristiques de la forme institutionnelle que constitue le rapport salarial. Mais la Théorie de la Régulation a développé une autre approche où la Protection sociale[75] peut être pensée pour elle-même et qui est plus proche des travaux conventionnalistes

Développée par Bruno (Théret, 1996) cette approche caractérise la protection sociale comme *« un système relationnel réinstituant l'unité de la société en dépit de son fractionnement en ordres de pratiques économiques, domestiques et politiques hétérogènes, voire contradictoires. »* (Théret, 1996 – p.2) que l'on peut présenter sous la forme simplifiée, comme « d'une molécule de protection sociale » composée « d'un ensemble de quatre relations dont le rapport salarial d'insertion directe de la population dans l'ordre économique et trois relations spécifiques de protection sociale qu'on dénomme de consubstantialité économique, d'alliance politique et de protection domestique. » (Théret, 1996 – p.2). La protection sociale (S : forme structurelle de la protection sociale) se retrouve en mesure de relier ainsi les ordres.

[74] « L'auteur qui, le premier, a donné un sens à l'expression est Karl Polanyi [1944] : selon lui, la société, au tournant du XIXe siècle, se « protège » contre le marché qui la menace de destruction. Dans la perspective polanyienne, la protection sociale renvoie à un processus général qui a trait à la différenciation de la société en de multiples sphères de vie relativement autonomes les unes vis-à-vis des autres. Parmi ces sphères, outre l'ordre économique marchand de l'entreprise capitaliste (avec son conflit interne entre capital et travail), il faut compter l'ordre politique de l'État (structuré autour du conflit entre gouvernants et gouvernés) et la sphère domestique de la famille (structurée, quant à elle, autour de l'opposition hommes/femmes » (Barbier & Théret, 2009).

[75] Pour plus de détails on pourra se reporter à (Delouette, 2020) qui dresse une analyse large de cette question au sein de la Théorie de la Régulation.

Schéma n° 2.2 – Molécule de protection sociale et convention fordiste



Source : auteur, nous intégrons notre raisonnement conventionnaliste dans le schéma de la molécule de protection sociale proposé par Théret (1996).

La traduction conventionnaliste de cette approche opérée par Batifoulier et ses co-auteurs régulationniste permet d'établir un lien entre les deux niveaux d'analyse à travers les justifications et la correspondance entre les ordres de la TR et ceux de l'EC. Les compromis régulationnistes rejoignent ainsi le compromis conventionnaliste, ce dernier offrant au premier une explication de sa légitimité sociale (Schéma n°2.2).

L'ordre politique (P) en tant que sphère de vie régulant les rapports entre les gouvernants et gouvernés est appuyé par la grandeur civique qui traduit le souci de l'intérêt général. L'ordre économique (E) en tant que sphère de vie centrée autour du rapport capital-travail est organisé selon la grandeur industrielle. Ces deux grandeurs qui fournissent les justifications nécessaires pour être légitimes à ces deux sphères forment un compromis, un Esprit du capitalisme (EK2). Cet esprit est mis en œuvre, instrumenté, par la convention fordiste qui régit l'ordre de social (S) et qui indépendamment des grandeurs qui la fonde acquiert son autonomie et forme à sa manière une nouvelle grandeur. Enfin

demeure l'ordre domestique (D) relatif au rapport au sein de la famille. S'il ne fait l'objet d'aucune traduction au sein de l'Économie des conventions, c'est en raison de son rôle secondaire au cours de la période des Trente glorieuses. Comme le souligne Thévenon (2006) si l'on s'intéresse plus spécifiquement à la politique familiale, cette dimension domestique est visible et reliée logiquement à la grandeur domestique. Mais dans le cas de la France et de cette période, « la vie familiale s'est 'démocratisée' et d'autres principes d'expression et de décisions sont de plus en plus présents dans la sphère familiale. », des principes appuyés par d'autres grandeurs notamment la grandeur civique.

Le rôle central de la protection sociale, mis en avant par les auteurs, interroge quant à l'emploi du qualificatif fordiste qui reste attaché principalement à la sphère économique et au régime d'accumulation, à sa forme institutionnelle rapport salarial comme le soulignait la critique régulationniste. Ce doute est renforcé lorsque l'on ne peut que constater la ressemblance flagrante entre le développement des auteurs et celui de Théret (1994) à propos du mode de régulation solidariste, qualifié de la manière suivante :

> *« The solidarist mode of regulating the social can be seen as an instrumentalization of the economic by the State, which uses the contradictions of the wage-labour exchange nexus as a means to reconstruct the mode of domination on a basis that is more in keeping with the requirements of the new economic order »* (*ibid*., p.36).

Le mode régulation solidariste repose sur une conception large du principe de solidarité tel que pensé par Durkheim qui régit l'ensemble des rapports sociaux[76].

> *« The Great Book of the social debt thus becomes a representative table of social debts and credits guaranteed by the State, which must cover them in the last resort. Hence the general principle of solidarity that founds the mode of social regulation usually described as Keynesian- Fordist. It would, I believe, in fact be more accurate to describe it as Durkheimian or solidarist, in the sense that its goal is, on the one hand, the universal organization of a better representation of the social bonds of solidarity between actors so as to ensure that everything holds together and, on the other, the establishment of general principles which can balance out rights and duties and, if need be, allow the State to make up the deficit, should private debtors default."* (*ibid*., p.33)

Dans un travail collectif (Batifoulier et al., 2019), nous avons montré également l'existence de la convention solidariste de Sécurité sociale. Le qualificatif solidariste que l'on retrouve ainsi dans les approches conventionnalistes et régulationnistes de la protection sociale permet d'insister sur le rôle central joué par l'instrument du compromis : la Sécurité sociale ou la protection sociale plus généralement. Le qualificatif tend à relativiser la logique économique à l'œuvre, le pilier économique du compromis au sens de l'Esprit du capitalisme chez les conventionnalistes. Dans la terminologie régulationniste cela traduit un changement important puisque le capitalisme ne caractérise plus principalement le mode d'accumulation.

On remarque à la fois un effort d'intégration à la logique conventionnaliste d'une approche régulationniste de la protection sociale et un approfondissement à partir d'une reformulation régulo-conventionnaliste de l'approche en termes de référentiel grâce à la *Welfare Convention Approach.* D'un point de vue analytique, convention fordiste, mode de régulation solidariste, et référentiel

[76] Les développements de Théret autour de la protection sociale reposent sur ceux qu'il a développés à propos du système économique dans son ensemble (Théret, 1992).

(convention) keynésien occupent la même place, ils sont interchangeables. Dans un cas l'EC tente de s'enrichir à partir des sciences politiques, dans les deux autres, à partir de la Théorie de la Régulation. Les liens avec cette dernière, esquissés ici, pourraient être vraisemblablement développés comme nous avons essayé de le montrer.

Ainsi, hormis les quelques difficultés d'articulation, notamment avec la TR que nous avons exposées, on retiendra du dialogue avec ces deux approches théoriques l'articulation entre un secteur et un cadre plus global, articulation méso économique - macroéconomique. Plus spécifiquement, pour chacune des approches, on retiendra de celle en termes de référentiel le lien entre politiques publiques et formalisation des comportements et de représentations des individus ; pour l'approche régulationniste on retiendra la capacité d'autonomie du système de protection sociale, traduction régulationniste de l'autonomie du secteur, et la démonstration de l'existence d'un régime solidariste ou fordiste au cours de la période des Trente glorieuses.

2. Définir des Conventions de Sécurité sociale

La grille d'analyse conventionnaliste que nous déployons depuis le chapitre 1 ne cesse de s'enrichir à la fois en raffinant la logique des cités et en s'en détachant simultanément au profit de l'identification d'autres formes de conventions. Appliquée aux débats de 1967 cette démarche conventionnaliste s'avère être pertinente puisque l'on y trouve matière pour analyser la Sécurité sociale. Cependant, le cadre tutélaire des cités reste prégnant et les alternatives conventionnalistes aux cités doivent être renforcées. L'objectif de cette section est donc de montrer que l'on peut penser, à partir des développements de l'Économie des conventions, une forme conventionnelle de Sécurité sociale qui n'est pas une cité (2.1) et que cette forme conventionnelle trouve pleinement sa logique dans le raisonnement conventionnaliste (2.2). Nous proposons d'appeler ces conventions, les Conventions de Sécurité sociale.

2.1. Les Conventions de Sécurité sociale comme cadre de justification

Après avoir retracé la logique théorique des conventions de Sécurité sociale en prenant appui sur les concepts développés précédemment (2.1.1) nous identifierons les éléments des débats parlementaires présentés au chapitre 1 qui soutiennent trois conventions de Sécurité sociale (2.1.1)[77].

2.1.1. Faire vivre le système de Sécurité sociale – Une pluralité de conventions

Dans le cadre de notre analyse conventionnaliste de la Sécurité sociale, les outils habituellement utilisés par les auteurs conventionnalistes pour décrire les cadres d'interprétations qui sous-tendent les ensembles de règles se sont avérés à la fois éclairants et insuffisants. Eclairant, car à chaque fois une dimension de la Sécurité sociale pouvait être saisie à travers ces outils. Insuffisant, car la Sécurité sociale n'était pas pensée pour elle-même d'un point de vue conventionnaliste.

[77] Cette section repose sur l'article suivant : Philippe Batifoulier, Nicolas Da Silva et **Victor Duchesne** (2019), The dynamics of critique: the case of the French Social Security System, Historical Social Research, vol.44, n°1, pp.258-289, DOI : 10.12759/hsr.44.2019.1.258-284.

A partir de ces développements, nous allons donc dans cette section définir ce que nous appellerons par la suite des *Conventions de Sécurité sociale*. Ni des *cités* ni des *conventions inférieures* au sens du *second pluralisme,* ces conventions permettent de décrire de manière précise et cohérente une pluralité de cadres d'interprétation capables de saisir les différentes conceptions de la Sécurité sociale portées par les acteurs et ce qu'elles impliquent au-delà de la Sécurité sociale.

Le développement de conventions spécifiques à la Sécurité sociale apparait comme nécessaire afin de dépasser une analyse aseptisée en termes de compromis au profit d'une analyse capable de saisir la dimension conflictuelle consubstantielle du modèle de Sécurité sociale français, dimension qui constitue notre point de départ (*cf.* chapitre 1).

En effet, l'avènement de la Sécurité sociale n'est pas sans douleur et fait l'objet de luttes intenses. La Sécurité sociale française n'est pas le fruit du consensus, mais du conflit. Elle est le produit de la domination, à un moment donné, d'une représentation de ce que doit être la protection sociale sur une autre représentation. Les règles fondatrices portent la marque de cette domination.

Confier la gestion de la Sécurité sociale en 1945 aux ouvriers et aux syndicats (en l'occurrence à la Confédération générale du travail [CGT], proche du parti communiste) signifie à la fois la mise à distance de l'Etat (la Sécurité sociale n'est pas du registre de l'Etat) et du patronat (Rosanvallon, 1993; Valat, 2015). Des configurations historiques majeures peuvent expliquer ces évictions : les parlementaires (ou la grande majorité d'entre eux) ont voté les pleins pouvoirs à Pétain et le régime de Vichy a collaboré avec l'occupant nazi. En 1946, la démocratie parlementaire est discréditée. Le patronat s'est également compromis avec l'occupant alors que les ouvriers se sont plus largement engagés dans la résistance. Par ailleurs, les dispositifs d'assurance sociale d'avant-guerre n'ont pas fait la preuve de leur efficacité probablement parce qu'ils étaient dirigés essentiellement par des notables et échappaient aux cotisants (que ce soit les assurances sociales ou les mutuelles) (Gibaud, 2008; Hatzfeld, 1971; Simon, 1987).

Le rapport de force en 1946 est moins défavorable au mouvement ouvrier et notamment au parti communiste. Ceci explique qu'ils conquièrent la gestion du budget de la Sécurité sociale qui devient rapidement plus important que le budget de l'Etat. Ceci explique aussi pourquoi c'est un ministre communiste Ambroise Croizat qui va construire pas à pas la Sécurité sociale et l'organiser concrètement. Il ne suffit pas de décréter que l'on va rembourser des soins et verser des aides aux familles. Il faut créer des organismes qui vont le faire et auxquels les assurés vont pouvoir s'adresser. Il faut leur verser l'argent nécessaire et le collecter au préalable.

Ainsi, la Sécurité sociale nait d'un rapport de force qui va s'inverser avec le temps. On sait aujourd'hui qu'il ne reste plus grand-chose des règles fondatrices (le patronat est entré dans la gestion et l'Etat a pris progressivement le pouvoir, la cotisation sociale finance de moins en moins les risques sociaux, etc.). Si l'institution Sécurité sociale perdure, la représentation dominante qui l'anime a beaucoup évoluée avec le temps. C'est l'identification de ces représentations qui nous occupe ici. Une telle démarche est conventionnaliste dans la mesure où nous considérons que ce sont les conventions qui font vivre les institutions. L'institution Sécurité sociale prend son sens dans la convention qui l'anime. Or, comme l'enseigne l'EC, il y a plusieurs conventions possibles et elles sont en concurrence. L'histoire de la Sécurité sociale française est celle de la concurrence de différentes conventions et de la domination d'une convention sur les autres à un moment donné de l'histoire. Pour l'Économie des conventions, la domination n'est pas une affaire de légitimité, mais

de rapport de force. Les conventions sont également légitimes, mais l'une va s'imposer sur toutes les autres pour donner la « couleur » de la Sécurité sociale à un moment donné.

Cette histoire de la Sécurité sociale tranche nettement avec celle que la littérature retient habituellement (*cf.* chapitre 1). Vouloir la saisir avec l'Économie des conventions, c'est-à-dire associer conflit et convention, tranche également avec l'image ordinaire de l'Économie des conventions.

En effet, la tradition conventionnaliste a tendance à mettre l'accent sur le consensus au travers des représentations partagées. Dans le même temps, les détracteurs de l'Économie des conventions la réduisent à une théorie du consensus pour mieux la disqualifier. Il va de soi qu'une approche théorique qui ignore le conflit et les rapports de force donne à lire le monde comme un « conte de fées ». De plus, si les individus sont d'accord sur tout, il ne reste plus rien à dire sur la coordination entre agents.

L'insistance sur la notion de consensus qui serait intrinsèquement liée à celle de convention prête aisément le flanc à la critique. Nous pensons au contraire que la notion de convention peut très bien se passer de la référence au consensus. Elle tire sa substance de l'existence de désaccords. Boltanski et Thévenot (1991) ont construit leur théorie sur l'observation des disputes ordinaires. L'existence d'un désaccord et la façon dont il est justifié par les acteurs produisent des arguments qui sont ensuite classés à la fois selon leur degré de généralité et leur référence à un type de bien commun : les « cités ».

En ce sens, la construction des désaccords sur un principe de légitimité et de recevabilité des arguments est le moteur de l'analyse conventionnaliste. L'espace conventionnaliste ne couvre pas les cas de parfaite harmonie que Boltanski (1990) a désigné sous les termes de « justesse » ou « d'agapè ». Dans ce cas, il existe une équivalence tacite entre les personnes et la critique n'est pas activée. L'« agapé » désigne une forme d'amour fondé sur un don gratuit sans attente d'un contre-don. Le désaccord visé par l'analyse conventionnaliste doit aussi donner lieu à justification pacifique ce qui exclut les cas où la violence est le moyen utilisé pour défendre son point de vue.

Le désaccord n'est pas un mode de vie des personnes, mais une situation activée à certains moments. Pour l'analyse conventionnaliste, les acteurs peuvent argumenter (justifier ou critiquer) à partir de plusieurs ressources de légitimité : des conventions. L'étude de la construction des désaccords proposée par l'approche conventionnaliste est donc forcément pluraliste, ce qui, là aussi, met à distance la notion de consensus et oppose l'Économie des conventions aux autres approches des conventions, dans l'économie *mainstream* en particulier. Pour l'approche *mainstream* des conventions qui formalise une interaction sociale sous forme d'un jeu de coordination, l'existence de plus d'une convention est une anomalie, car il est nécessaire de chercher un équilibre unique et stable (Batifoulier, 2001; de Larquier & Batifoulier, 2005). Le programme de recherche du modélisateur est alors de sélectionner une convention (un équilibre du jeu) parce la pluralité est (dans cette conception) le marqueur de l'imperfection.

Pour l'Économie des conventions au contraire, l'unicité d'une convention serait une anomalie et, dans les faits n'aurait pas de sens. Du fait de la pluralité des conventions, la coordination n'est pas réductible au consensus. Une convention n'est pas universelle même si elle peut avoir un degré élevé de généralité. Les acteurs peuvent défendre et critiquer plusieurs conceptions du système de Sécurité sociale à partir de différentes conventions qui lient les membres d'un collectif à un moment donné. Parce qu'elles sont le produit des communautés politiques, les conventions ont un caractère social,

dépassant le cadre des stratégies individuelles (Gilbert, 1992). Elles ne prennent sens que dans des collectifs.

Afin d'intégrer le conflit entre les représentations collectives dans un cadre conventionnel, nous utilisons la notion d'idéologie développée précédemment. Voir les conventions comme idéologies, c'est souligner leur capacité à fournir des ressources pour l'engagement sur la base de valeurs et de croyances partagées. En associant conventions et idéologies, nous voulons souligner la double caractéristique des conventions qui soutiennent le système de Sécurité sociale : les conventions sont des ressources pour des justifications générales (en termes de bien commun) et des justifications individuelles (en termes de raisons personnelles d'engagement).

Les conventions définies ici comme des idéologies expriment une image normative du système de Sécurité sociale. Le choix de s'appuyer sur l'idéologie repose sur les deux sens « conventionnalistes » du concept d'idéologie que nous avons définis précédemment. D'un côté, en lien avec les travaux de Joan Robinson, les idéologies définissent un ensemble de croyances individuelles et générales qui justifient et légitiment le système de Sécurité sociale. De l'autre, en lien avec l'Esprit du capitalisme et la lecture de Carnoye (2016), les idéologies ne se limitent pas au capitalisme et peuvent donc fournir un cadre d'interprétation qui relève d'autres modes de production. Ainsi, s'il peut y avoir une idéologie dominante à un moment donné, il n'y a pas une seule vision du monde possible et l'idéologie dominante fait l'objet de critiques aussi bien internes qu'externes au capitalisme.

Ces conventions ainsi définies ne sont pas des *cités* au sens de Boltanski et Thévenot (1991) pas plus qu'elles ne cherchent à se caler dans une normativité plus ordinaire au sens des régimes d'engagement (Thévenot, 2006). Du modèle des cités, nous retenons le fait qu'il n'y a pas autant de références normatives pour porter la Sécurité sociale que de personnes, sinon on retomberait dans le monde des préférences de la théorie économique néoclassique (Latsis et al., 2010). Il existe un nombre réduit de références partagées que l'on peut appeler conventions et ces conventions sont des représentations collectives du collectif que forme la Sécurité sociale. L'un des acquis de l'Économie des conventions est d'avoir mis en avant une diversité de représentations.

Nos conventions s'écartent des cités, car elles ne cherchent pas à en satisfaire l'axiomatique et la contrainte très forte de légitimité. Les conventions ainsi définies ont à voir avec la justice, mais ne représentent pas un idéal de justice. Elles ne prétendent pas à l'universel même si elles peuvent être rapprochées de philosophies politiques. Elles donnent cependant une représentation normative d'un fonctionnement acceptable de la Sécurité sociale qui implique une vision spécifique de la justice ou du bien commun. Le concept d'éthique nous a permis de démontrer l'existence de telles conventions dans l'analyse conventionnaliste en complément des développements autour du concept d'idéologie.

L'idée de réaliser un bien commun de chaque convention se reflète dans leur capacité à fournir des ressources pour la justification, la dénonciation et la critique.

Pour décrire les changements idéologiques qui ont accompagné les transformations du système de Sécurité sociale, nous distinguons :

- Une ***convention anticapitaliste*** où la Sécurité sociale est pensée comme une alternative au capitalisme par la création d'un secteur qui échappe au marché.
- Une ***convention solidariste*** où la Sécurité sociale a pour objet de redistribuer les richesses des riches vers les pauvres pour assurer la cohésion de la société.

- Une ***convention libérale*** où la Sécurité sociale est prioritairement réservée à ceux qui ne peuvent pas exercer leur libre arbitre et leur responsabilité individuelle.

Nous montrerons par la suite comment ces trois conventions se sont exprimées dans le temps et sont entrées en concurrence pour penser la Sécurité sociale et la faire vivre au travers de dispositifs. Le lecteur a déjà deviné que l'histoire est celle d'un cheminement progressif de la convention anticapitaliste qui présidait aux destinées de la Sécurité sociale en 1945 vers une convention libérale qui compose avec une convention solidariste.

En ce sens, ces trois conventions sont légitimes. Parce qu'elles ont la « propriété intrinsèque d'être publiquement reconnues comme légitimes », les trois conventions identifiées ont un « contenu sémantique » comme le dit Diaz-Bone (2016), en contradiction avec les règles-conventions qui n'ont pas de contenu sémantique. Les premières ont un degré élevé de cohérence dans le sens où elles peuvent intégrer différents discours et arguments allant dans la même direction. Les conventions de Sécurité sociale sont difficiles à déstabiliser en dépit des critiques dont elles font l'objet non pas parce qu'elles seraient arbitraires, mais parce qu'elles sont légitimes au sens où elles peuvent être justifiées par une visée du bien commun.

Comme ces visées du bien commun sont en concurrence, l'espace des conventions de Sécurité sociale est un espace conflictuel où les arguments échangés pour soutenir ou contester une vision normative de Sécurité sociale s'opposent. Les conventions sont en concurrence parce qu'elles relèvent de conceptions normatives opposées portées par des communautés politiques antagonistes.

La concurrence entre conventions n'empêche pas la domination pas plus que la légitimité. Si les conventions sont à égalité dans le monde normatif, elles ne le sont pas dans le monde politique. En effet, comme en témoigne le jeu parlementaire, la situation de domination d'une convention n'est pas affaire de légitimité, mais de rapport de force. Insistons à nouveau sur le fait qu'une convention ne domine pas parce qu'elle serait plus légitime, mais du fait de l'état du conflit. La pluralité n'empêche pas la domination. Elle permet d'en donner une compréhension.

Notre analyse des verbatim des débats à l'Assemble nationale vise à rendre compte des justifications, dénonciations et critiques et d'en faire une taxinomie en s'appuyant sur trois représentations distinctes.

2.1.2. Les conventions de Sécurité sociale au prisme des débats parlementaires de 1949 et 1967

Pour définir les trois conventions de Sécurité sociale brièvement évoquées précédemment (anticapitaliste, libérale et solidaire) nous avons fait le choix de nous appuyer non pas sur la littérature académique ou la littérature grise consacrée à la Sécurité sociale, mais toujours sur les débats parlementaires autour de la réforme de 1967 de la Sécurité sociale. On trouvera donc une correspondance manifeste entre nos conventions et la diversité des conceptions de la Sécurité sociale portées par les acteurs de la protection sociale en France, notamment politiques ou syndicaux ou avec les différents modèles de Protection sociale identifiés dans la littérature académique (*cf.* Chapitre n°1, section 1).

En tant que source, rappelons que les débats parlementaires présentent deux avantages majeurs : de manière générale, ils constituent une source que l'on peut juger comme représentative et légitime d'un rapport de force et des positions existantes dans un système politique démocratique. Ensuite, dans une perspective conventionnaliste, ils constituent un moment de *dispute* c'est-à-dire une

situation faisant apparaitre les justifications des acteurs, tout du moins de leurs représentants. On pourra se reporter à l'encadré n°2.1 pour les précisions méthodologiques.

Avant de nous intéresser spécifiquement aux débats qui entourent la réforme de 1967 nous allons faire un détour d'analyse en revenant à une autre période de débats parlementaires, juillet 1949, afin de mettre en évidence la permanence dans le temps des conventions de Sécurité sociale et de renforcer leur formalisation. En effet, cette période plus spécifiquement analysée par Da Silva (2017) présente la particularité d'être le premier des principaux débats de la 4e république consacrés à la Sécurité sociale alors naissante. Si la Sécurité sociale a fait l'objet de nombreux débats avant sa mise en œuvre, elle est instaurée par les ordonnances prises par le gouvernement en octobre 1945. Elle est portée largement par les mouvements populaires, communistes notamment, ou par certains groupes réformateurs. Elle n'a pas en tant que telle fait l'objet de débats au sein de l'enceinte parlementaire pour son installation. De par leur nature, les débats de juillet 1949 constituent un moment fondateur pour identifier les différentes conventions de Sécurité sociale.

Encadré n° 2.1 – Précisions méthodologiques

L'étude des deux moments historiques retenus dans ce chapitre repose sur l'analyse des débats parlementaires correspondants. La même méthode a été utilisée pour le chapitre 1. Ce qui change ici est l'ajout dans l'analyse des débats parlementaires de 1949 en plus de ceux de 1967. Le traitement des débats de 1949 a été réalisé par Nicolas Da Silva.

A partir de la version numérisée au format .pdf du Journal Officiel de la République Française section Assemblée Nationale – Débats parlementaires, par le service des archives de l'Assemblée Nationale, nous avons procédé à une sélection d'extraits. Dans le cadre du débat de 1949, pour faciliter le travail de relecture et la recherche de redondances (mots, noms propres, noms de partis, etc.), le document a été recréé au format Word en excluant toutes les sections du JO ne concernant pas le débat étudié. Les scanners étant de qualité médiocre, des corrections ont été effectuées à la main. Le document Word complet avec les quatre jours de débat comporte 1 061 623 caractères espaces compris. En ce qui concerne le moment 1967, compte-tenu du fait que les débats relatifs à Sécurité sociale sont dispersés parmi ceux d'autres questions, nous avons procédé à une sélection en amont de jours précis à partir de la littérature historique et des tables analytiques et nominatives des débats de la IIIe législature de la Vème république (voir le chapitre 1). Les débats pour leurs versions numériques peuvent être téléchargés en ligne pour la IVe (http://4e.republique.jo-an.fr/) et la Vème république (http://archives.assemblee-nationale.fr/3/cri/index.asp).

Pour rappel, les élections législatives de novembre 1946 sont remportées par le Parti communiste français (PCF ; 28,26% des suffrages). Les autres élus se répartissent comme suivent de gauche à droite : Section française de l'internationale ouvrière (SFIO), Union démocratique et socialiste de la résistance (UDSR), Radical et radical-socialiste (RSS), Mouvement républicain populaire (MRP), Parti républicain de la liberté (PRL), Républicain indépendants (RI). Pour rappel, en 1949, le tripartisme (rassemblant les trois plus gros partis ; PCF, MRP, SFIO) est révolu et a laissé place à la troisième voie. Il s'agit d'une alliance entre la SFIO, le MRP et d'autres plus petits partis en opposition au PCF (Noiriel, 2019).

L'examen des débats permet de mettre au jour trois positions principales sur la Sécurité sociale qui recoupent souvent, mais pas systématiquement l'appartenance au gouvernement (Da Silva, 2017) :

- La reconnaissance de défaillances : la position majoritaire (MRP, SFIO, PRS) considère que la Sécurité sociale remplit depuis sa création en 1945 correctement son rôle même si certaines défaillances plus ou moins mineures doivent être corrigées. De nombreux députés membres de ces partis adoptent cependant une position critique plus radicale.
- La nécessité de la réforme : la position la plus critique, défendue à la fois par les RI (dont aucun membre n'est au gouvernement) et par certaines personnalités dont les partis sont présents au gouvernement (PRL, MRP, PRS), considère que l'absence d'une réforme restrictive importante condamne la Sécurité sociale et la France elle-même à une crise économique et morale particulièrement sévère.
- La défense inconditionnelle : seul le PCF porte une défense inconditionnelle de l'institution et propose une extension des garanties. Il faut y ajouter certains Députés d'Alsace-Moselle qui proposent d'étendre le tiers payant (la dispense d'avance de frais de santé) à l'ensemble du pays.

Sans développer le contenu des débats sur chaque point, il est possible de souligner l'existence de trois conventions de la Sécurité sociale qui recoupent les positions politiques que nous venons de présenter. Mis à part les partis les plus à droite, ouvertement libéraux, le positionnement des différents partis n'est jamais totalement tranché. Le PCF propose principalement une vision anticapitaliste de l'institution, mais reprend certaines fois les thèmes solidaristes. Si la SFIO est clairement solidariste, le MRP tangue entre solidarisme et libéralisme. Le PRS, le PRL et principalement les RI sont ouvertement libéraux sur la question de la Sécurité sociale.

La ***convention anticapitaliste*** de la Sécurité sociale se donne à voir notamment sur la conception de la cotisation. La cotisation sociale est profondément anticapitaliste dans la mesure où elle est conçue comme une conquête ouvrière sur les profits. La cotisation sociale prend aux profits pour donner au salariat. Il est alors cohérent que dans un monde anti-capitaliste, pour que ce soient les intéressés eux-mêmes qui gèrent la Sécurité sociale. Dans une vision anticapitaliste, la gestion même partagée avec le patronat (ce qui deviendra le paritarisme) est incongrue. Une institution anticapitaliste ne doit pas être gérée par les capitalistes. Il est remarquable de noter que sur le sujet de la cotisation sociale, même les députés MRP flirtent avec la ligne anticapitaliste, expliquant que la Sécurité sociale est une forme nouvelle de salaire dans la mesure où ce sont les travailleurs qui payent par la modération salariale et par la part ouvrière de la cotisation sociale. Cette lecture est également celle de la SFIO et du PCF, ce dernier ajoutant que les difficultés que connait l'institution proviennent directement de la lutte du patronat contre les salaires (notamment *via* l'augmentation du chômage et l'inflation). Dans ces conditions, il y a un accord relatif autour de l'idée selon laquelle la Sécurité sociale est la chose des ouvriers, mais les débats montrent qu'il s'agit d'une source de conflit entre ces deux partis, car il est reproché à la Sécurité sociale d'avoir son appareil administratif contrôlé par les militants communistes au détriment de la bonne gestion et de l'intérêt de tous. L'autonomie de la classe ouvrière est ainsi un sujet de débat implicite au travers de l'inefficacité supposée de l'institution contrôlée par des ouvriers, communistes. Alors que pour les communistes c'est le gouvernement qui empêche la Sécurité sociale de faire son travail correctement, pour la droite l'inefficacité de l'institution, lorsqu'elle ne justifie pas sa liquidation, justifie son étatisation.

La ***convention solidariste*** exprime une vision de la solidarité humaniste où la Sécurité sociale a pour objet de limiter les effets du sort ou de la naissance en donnant d'abord aux plus pauvres. Elle est surtout portée par la SFIO et le MRP. Par exemple, pour le Député Charles Viatte qui discute de

l'importance du budget de la Sécurité sociale, « 11 % du revenu national pour les plus défavorisés de nos concitoyens, croyez m'en, ce n'est pas quelque chose d'insupportable ». Cette conception est alors également celle du Ministre SFIO en charge de la Sécurité sociale Daniel Mayer.

La Sécurité sociale relève de l'obligation morale face aux nécessiteux et non, comme dans la convention anticapitaliste, de l'auto-organisation de la classe ouvrière réputée plus efficace et plus juste que l'organisation capitaliste. Pour le Ministre, cette solidarité nécessaire ne doit pas exclure de pointer du doigt des limites à la Sécurité sociale. Elle serait ainsi d'une taille trop importante ce qui expliquerait l'existence de fraudes et d'abus de la part des assurés. Un remède à ce problème serait le recours à la mutualité comme autre forme de solidarité pertinente en complément de la Sécurité sociale. Sa conception de la solidarité se donne également à voir sur sa position du Ministre concernant le versement ou non des allocations familiales en cas d'absence des enfants à l'école. Selon lui, « si des enfants d'âge scolaire ne fréquentent pas effectivement l'école, il est infiniment vraisemblable que c'est parce que ces enfants sont utilisés plus ou moins régulièrement à des besognes rémunérées et qu'ils cessent alors d'être une charge pour leur famille ». Pour le Ministre socialiste, le non-versement est alors la sanction du dévoiement de l'institution et la solidarité n'a pas à s'appliquer à ceux qui obtiennent des ressources par leur travail.

La ***convention libérale*** privilégie la libre prévoyance et la responsabilité individuelle. C'est pourquoi, elle propose les critiques les plus abouties et les plus « modernes » de l'institution (voir Da Silva, 2017). L'une des questions qui a suscité le plus de débats porte sur les abus présumés des assurés sociaux qui seraient la cause de la déconvenue financière actuelle et/ou à venir. Face au relatif silence du MRP et de la SFIO sur la question des abus des assurés, le PCF adopte un point de vue résolument offensif. Il reproche au gouvernement par la voix du ministre Daniel Mayer de mépriser la classe ouvrière et explique que les abus ne sont pas où on le pense : ce sont ceux du patronat qui refuse de verser les cotisations sociales. La plus grande des fraudes serait celle des employeurs.

La thématique de la place de la Sécurité sociale dans l'économie générale du pays est également très marquée par la convention libérale. Par exemple, le député Paul Reynaud (RI) propose de replacer la question de la Sécurité sociale dans le « cadre du problème français ». Comme les nationalisations, la Sécurité sociale serait un problème pour l'économie du pays qui pèserait sur les prix et l'inflation. Pour Pierre André, « si l'Union européenne […] devenait une réalité, et si les barrières douanières tombaient, comment pourrions-nous aligner nos prix sur ceux de la concurrence étrangère, alors que les charges sociales chez nos voisins sont inférieures aux nôtres ? » Cet argument renvoie à celui de Reynaud qui n'hésite pas à déclarer : comment faire face à « des ouvriers japonais qui continuent à se nourrir d'un bol de riz comme leurs ancêtres ? » (Da Silva, 2017)

Si le Ministre Daniel Mayer, répond que l'harmonisation des normes sociales ne se fera pas en fonction du pays le moins avancé, mais en fonction du régime « le plus favorable à la classe ouvrière », les communistes accusent l'impérialisme américain soutenu par l'ensemble des partis de gouvernement.

Au total, malgré une argumentation critique très avancée, le débat de 1949 ne débouche pas sur la remise en cause complète de l'institution. Le régime général est toujours combattu en tant que porteur de la convention anticapitaliste : les années 1950 voient la création de caisses alternatives au régime général contre l'augmentation du taux de cotisation du régime général. Ainsi, l'évolution macroéconomique de la Sécurité sociale est en trompe-l'œil : le taux de cotisation augmente

effectivement, mais pas celui du régime général. La convention solidariste domine politiquement à l'assemblée et la convention libérale rode déjà ses arguments.

Entre le débat parlementaire de 1949 et la réforme de 1967, la Sécurité sociale type 1945 a fait l'objet de nombreux développements qui tendent à concrétiser l'un de ses objectifs initiaux : assurer une couverture sociale pour tous. A la différence de 1945-1946, la mise en place de la Sécurité sociale au cours de la période 1946-1966 va se faire au coup par coup et avec les oppositions soulevées lors du débat de 1949.

En effet, les différentes réformes qui vont se succéder ont pour point commun de prendre en charge au fur et à mesure les populations qui ne sont pas couvertes par le régime général de Sécurité sociale. Il s'agit de corriger l'échec de la tentative de généralisation réelle de la Sécurité sociale en 1946. Les principes qui président à cette pseudo généralisation relèvent d'une façon générale de la domination de la convention solidariste, sur la convention anticapitaliste. Cela se concrétise par la création de régimes de protection sociale pour les agriculteurs et les indépendants. Ces nouveaux régimes de Sécurité sociale sont portés par des valeurs mutualistes (soucis à la fois d'égalité et aussi de responsabilité individuelle). La Sécurité sociale se construit désormais à côté du régime général et par conséquent d'une partie de ses valeurs, préfigurant la victoire d'une certaine conception de la Sécurité sociale (solidariste) sur une autre (anticapitaliste).

Ainsi à la veille de la réforme de 1967, cette montée en puissance de la Sécurité sociale (régime général et régimes spéciaux) s'est traduite par une couverture sociale de 98% de la population selon le gouvernement[78]. Mais elle s'est aussi traduite par une augmentation significative de son poids dans l'économie, ce qui n'est pas sans provoquer de vives inquiétudes comme en témoignent de nombreux rapports émanant notamment de la Cour des comptes ou de commissions spécialisées (Kocher-Marboeuf, 2013; Valat, 2001). Face à cela, après 22 années d'existence et de développements de la Sécurité sociale, le gouvernement du Premier Ministre « gaulliste » Georges Pompidou, reconduit au pouvoir à la suite des élections de mars 1967, décide de réformer en profondeur la Sécurité sociale. Il s'agit pour le gouvernement de trouver une solution au problème du déficit budgétaire croissant auquel serait confrontée, selon lui, la Sécurité sociale depuis le début des années 1960. Comme nous l'avons vu précédemment cette préoccupation du rétablissement de l'équilibre budgétaire de la Sécurité sociale s'inscrit dans un contexte plus large de réforme globale du système économique et social français afin de l'adapter à l'entrée en vigueur du Marché Commun au 1er janvier 1968. *In fine* l'objectif du gouvernement est d'assurer la compétitivité des entreprises françaises face à l'ouverture du marché national à la nouvelle concurrence des pays du marché commun, notamment l'Allemagne.

L'analyse des débats parlementaires autour de la réforme de 1967 (*cf.* chapitre 1) permet d'obtenir un panorama synthétique des différentes options qui coexistent dans la sphère politique à propos de la Sécurité sociale, tant spécifiquement pour l'année 1967 qu'au cours de la décennie qui précède. A partir de la grille de lecture conventionnaliste, on peut caractériser le moment de 1967 comme celui du renversement de la convention anticapitaliste au profit de la convention solidariste sous pression de la convention libérale. Comme en 1945, la convention libérale n'apparait que de manière sous-jacente, en appui de la convention solidariste. Elle transparait à la fin des débats à travers l'argument de la concurrence européenne.

[78] On peut constater l'extension importante de la Sécurité sociale au cours de la période des Trente glorieuses avec le taux de personnes ne bénéficiant pas de la Sécurité sociale : 25.3% en 1953, 4.4% en 1970 et seulement 0.8% en 1980 (Rosanvallon, 1993, p.187).

Dans cet affrontement, ce processus « concurrentiel » entre conventions de la Sécurité sociale, deux camps se distinguent pour chacune des conventions dominantes : le gouvernement et sa majorité parlementaire pour la convention solidariste et l'opposition formée par quelques députés socialistes et les communistes pour la convention anticapitaliste.

Le moment de 1967 en cristallisant ainsi les différentes positions dans un moment court, de quelques mois, nous permet d'identifier le processus argumentatif du basculement de la convention anticapitaliste à la convention solidariste qui s'opère depuis la fin des années 1950 à l'initiative du camp gouvernemental. On distingue plusieurs temps dans ce processus : le premier temps est celui de l'expression d'un point de vue progressiste du gouvernement au nom de la solidarité nationale. Il correspond à l'expression de la convention solidariste. Le deuxième temps traduit le durcissement de la convention solidariste à travers le discours gouvernemental de bonne gestion. Cela conduit à l'expression de la convention anticapitaliste de la part de l'opposition avec la mobilisation de la dimension ouvrière de la Sécurité sociale. Les raisons profondes de la nécessité d'une bonne gestion au sens gouvernemental émergent seulement dans un troisième temps avec la mise en équivalence entre les charges indues et les charges pour l'économie française au nom de la compétitivité européenne. On observe un affrontement entre la convention anticapitaliste et la convention libérale.

Le premier temps consiste pour le camp gouvernemental à défendre un point de vue progressiste en rappelant les acquis en matière de Sécurité sociale dont il serait à l'origine, c'est-à-dire l'extension de la Sécurité sociale. Il s'agit d'un trait caractéristique de la convention solidariste qui par son caractère intermédiaire neutralise l'éventualité d'une vive opposition frontale puisqu'elle promeut de manière « apolitique » une avancée en termes de droits sociaux. Cela est particulièrement identifiable au moment des différentes extensions de la Sécurité sociale portées par le camp gouvernemental, comme le rappelle le Premier Ministre G. Pompidou, le 18 mai 1967, il ne s'agit pas pour le gouvernement de remettre en cause la Sécurité sociale, mais d'améliorer son fonctionnement et d'achever le projet de la Sécurité sociale par son extension aux populations non couvertes. Le souci du Premier ministre est alors selon ses mots d'améliorer la gestion de la Sécurité sociale et d'associer plus largement les parties prenantes.

La réforme de 1967 est alors présentée comme un simple ajustement technique jugé nécessaire pour assurer la viabilité de la Sécurité sociale dans l'intérêt de tous et notamment des plus pauvres.

Le deuxième temps se caractérise par la marginalisation du cœur de la réforme, la gestion directe par les intéressés, ou démocratie sociale, alors même qu'il s'agit de l'un des trois piliers de l'anticapitalisme de la Sécurité sociale. Le gouvernement se limite à ramener la question de la gouvernance de la Sécurité sociale à une question de bonne gestion en vue de gérer le déficit de la Sécurité sociale. Il faut attendre le débat du 25 octobre, organisé à l'occasion du projet de loi de finances pour l'année 1968, pour que le Ministre J-M. Jeanneney précise le propos du Premier Ministre en annonçant l'organisation en caisses, l'affectation des cotisations et le paritarisme.

Dans la suite du débat sur le projet de loi de finances pour 1968, l'opposition répond au Ministre en mettant en avant l'enjeu politique de la réforme. Elle insiste sur le fait que la réforme confierait la Sécurité sociale au patronat. Le Député communiste Georges Bustin accuse explicitement le gouvernement de transférer la propriété de la Sécurité sociale des travailleurs au patronat. Le député communiste fait ici explicitement référence aux élections à la Sécurité sociale et au contrôle ouvrier (salarié) des conseils d'administration ; et également au lien de propriété de par la « nature salariale des prestations » en raison du financement par les cotisations.

Le gouvernement entérine une nouvelle vision de la démocratie sociale : non pas une démocratie ouvrière, mais un paritarisme entre syndicat et patronat. Il donne au patronat les mêmes prérogatives que les salariés alors que les prestations sociales ne sont pas à destination des employeurs, mais des employés. Cette nouvelle vision de la démocratie sociale repose sur une approche technique et non politique de cette dernière. Comme si « la gestion par les intéressés » n'était qu'une simple modalité de gouvernement inefficace et non pas une modalité de l'émancipation des travailleurs.

Le troisième temps conduit le gouvernement à mobiliser un argument d'autorité chiffré, celui du déficit de la Sécurité sociale, estimé alors à 3 milliards de francs. Face à cela, l'opposition dénonce le fait que le déficit a été construit par le gouvernement en faisant porter sur la Sécurité sociale des dépenses qui ne relèvent pas de ses missions initiales. Cela provoque une bataille de chiffres et fait apparaitre très clairement le caractère conventionnel de la notion de « déficit » que nous avons montré au chapitre 1. Au travers de la question du déficit, l'enjeu fondamental qui transparaît dans l'ensemble des débats depuis le début de la législature est celui du choix du modèle économique que doit adopter la France. C'est pourquoi le renversement de la convention anticapitaliste s'exprime aussi par le recours aux arguments de la concurrence internationale et de la mondialisation qui imposent de discipliner la Sécurité sociale. Le gouvernement défend un système qui permettra à la France de rester (d'être) compétitive alors qu'elle s'ouvre à la concurrence européenne avec l'entrée en application au 1er juillet 1968 des mesures prévues par le traité de Rome et sous l'impulsion des négociations du *General Agreement for Trade and Tariffs* (GATT). De son côté l'opposition plaide pour une augmentation des salaires et une réforme de la propriété des moyens de production. Chacune des conventions de la Sécurité sociale véhicule une vision du système économique nécessaire pour soutenir leurs conceptions respectives de la Sécurité sociale. Ainsi, sous couvert d'un débat sur la Sécurité sociale, se posent les questions de la répartition capital-travail et du modèle productif à adopter. Dans le cadre de la convention solidariste-libérale portée par le gouvernement, il est nécessaire de préserver le profit des entreprises et d'ouvrir l'économie à la concurrence. Pour la convention anticapitaliste, il faut au contraire défendre les salaires et revoir la structure de l'économie nationale et internationale. L'argument de la « compétitivité » ou de la « concurrence internationale » est évoqué à plusieurs reprises.

Cette période consacre le discours, aujourd'hui habituel, de dénigrement des cotisations sociales et donc le financement de la Sécurité sociale par les salaires, considérés comme des « charges » pour les entreprises. Comme la conception de la cotisation sociale est un marqueur fort de la convention anticapitaliste de la Sécurité sociale, c'est celle-ci qui va s'anémier.

En faisant le lien entre les cotisations et les charges salariales totales, le Ministre Jeanneney explique que face à la concurrence européenne les entreprises devront faire le choix entre augmenter les salaires et absorber les hausses de cotisations sociales. En dehors de la modération de la part directe ou indirecte du salaire, il ne serait pas possible de faire face à la concurrence européenne.

Ce raisonnement fait de la compétitivité des entreprises et de la discipline budgétaire l'alpha et l'oméga de la préparation de l'avenir. Les prestations sociales sont dorénavant considérées comme un coût pour la société et non comme une composante essentielle du bien-être ou un investissement collectif. L'inversion du partage de la valeur ajoutée en faveur des propriétaires des entreprises va entrer en conflit avec le financement social à partir de l'augmentation des cotisations sociales. Les arguments libéraux qui s'étaient exprimés contre le développement de la Sécurité sociale vont redevenir au premier plan et les digues construites par les réformateurs sociaux vont progressivement

sauter. La convention libérale va avoir plus d'audience et composer avec la convention solidariste pour mettre à distance la convention anticapitaliste.

2.2. Dynamiques des conventions de Sécurité sociale

L'analyse des conventions de Sécurité sociale se veut pas être uniquement descriptive dans la mesure où elle permet de compléter la dynamique d'évolution du capitalisme identifiée par l'Économie des conventions en prenant au sérieux la notion de compromis (2.2.1). Mais cette complexification du compromis ne doit pas faire oublier la nature profondément conflictuelle de la Sécurité sociale c'est-à-dire le fait qu'elle repose sur un rapport de classe autour du conflit de répartition entre le capital et le travail. L'évolution de la Sécurité sociale et des conventions qui l'animent ne peut donc être dissociée de celle des rapports de pouvoir entre les différents groupes politiques qui traduit ce conflit autour de la Sécurité sociale (2.2.2).

2.2.1. De la Sécurité sociale au capitalisme : conventions de Sécurité sociale et compromis

On peut définir les trois conventions de Sécurité sociale que nous avons identifiées à partir de l'analyse des débats parlementaires comme des ensembles cohérents de ressources argumentatives pour la justification et la critique qui articulent à la fois des dimensions propres à la Sécurité sociale relative à son objet (qui et comment protéger ?), une dimension politique (qui dirige, quel objectif de société ?) et économique (comment financer, quel système économique pour soutenir la dépense ?).

La convention anticapitaliste dénonce l'exploitation dont sont victimes les travailleurs. Ce n'est pas la pauvreté et les aléas de la vie (accident du travail, maladie, etc.) qui sont mis en avant pour justifier la Sécurité sociale, mais le mode de production capitaliste qui est un obstacle au bien vivre. Le système de Sécurité sociale est justifié au nom d'une construction politique démocratique valorisant l'autogouvernement et fondé sur la participation de tous aux règles qui les gouvernent, contre une forme de pouvoir venant de l'Etat ou des intérêts privés (Friot, 2012; Vahabi et al., 2020).

La convention solidariste porte pour sa part l'ambition du progrès social et dénonce la fausse liberté que l'on a octroyée aux citoyens (avec la Révolution française de 1789). On ne peut pas être libre quand il n'existe pas de sécurité et que l'on est constamment menacé par les aléas de la vie quotidienne. La solidarité doit créer une société d'appartenance pour tous. La Sécurité sociale vise à l'harmonie collective. En émancipant les individus par la solidarité, La Sécurité sociale constitue le socle d'une société juste. Elle donne vie au fait que les individus sont interdépendants et que chacun a des obligations envers les autres (Bec, 2014).

Enfin, la convention libérale fait au contraire l'éloge de la prévoyance individuelle. Dans une société bien ordonnée, les individus doivent compter uniquement sur leurs ressources ou leur propriété pour pouvoir à leurs besoins. L'autonomie est à la fois la condition de la réalisation de soi et de l'harmonie collective. La société serait menacée si les individus pouvaient reporter sur les autres la charge des évènements indésirables. La convention libérale dénonce donc l'assistanat et la fraude ou les abus qui lui seraient consubstantiels. Elle se nourrit d'affects tristes. La Sécurité sociale ne peut s'affranchir de l'horizon de la responsabilité individuelle et doit donc être résiduelle et réservée à ceux qui, parce qu'ils sont trop pauvres ou trop malades, ne peuvent pas exercer leur libre arbitre.

Décrites ainsi les conventions de Sécurité sociale permettent de ne pas dissocier l'ensemble des éléments qui permettent aux acteurs de justifier entièrement une conception particulière de ce que doit être pour eux la Sécurité sociale, dans toutes ses dimensions : du taux de remboursement au système économique dans lequel doit s'insérer la Sécurité sociale. Elles permettent, au chercheur, au commentateur des évolutions de la Sécurité sociale de résumer en un concept synthétique et une typologie un ensemble d'idées complexes habituellement compartimentées. Pour autant, il ne s'agit que d'une définition synthétique à partir d'un travail empirique partiel. Seule une analyse plus détaillée permettrait de stabiliser cette typologie.

Au-delà du monde des idées, ces conventions ont une dimension concrète, par ailleurs visible dans les débats, à travers des dispositifs juridiques ou techniques qui assurent leur matérialité et contribuent à établir leur pérennité et leur caractère saisissable par leurs acteurs. On peut prendre comme exemple exemplaire la cotisation sociale qui à la fois constitue une dimension vécue pour le travailleur, ligne sur un bulletin de salaire, ou pour l'entreprise, les fameuses charges, et une dimension conceptuelle du financement de la Sécurité sociale : par le travail. La référence au dispositif de cotisation sociale permettra donc soit la défense d'une conception soit sa critique à la faveur d'une autre conception de la Sécurité sociale sans nécessiter pour les acteurs de développer tout leur raisonnement.

La dimension conventionnelle de ces conventions de Sécurité sociale, définie comme des idéologies qui soutiennent les différentes conceptions de la Sécurité sociale, s'identifie dans les débats parlementaires par leur stabilité et leur persistance dans le temps. Le concept de convention de Sécurité sociale permet d'insister sur le fait que les jugements effectués à un moment donné par les acteurs sur l'institution qu'est la Sécurité sociale ne dépendent pas tant d'une situation conjoncturelle, un déficit ou une réforme, que d'une certaine conception idéologique plus structurelle de l'idée qu'ils se font de la Sécurité sociale lorsque la nécessité de se justifier se fait grandissante. Si l'on reprend le schéma conventionnel identifié au chapitre 1 ou si l'on compare les arguments mobilisés contre la Sécurité sociale lors du débat de 1949 et ceux mobilisés aujourd'hui, on remarque qu'ils restent les mêmes indépendamment de leur réalité présente à chacun de ces trois moments différents. Le changement dans le temps se fait non pas quant au contenu sémantique de l'argument, mais quant à leur capacité respective à être mobilisés, jugés légitimes et imposés comme réalité vraie par les acteurs comme élément de justification. Là encore, la logique d'équivalence identifiée précédemment en ce qui concerne le déficit supposé de 1967 de la Sécurité sociale illustre ce processus. C'est parce que le gouvernement réussi alors à disqualifier l'argument des charges indues au nom d'une conception libérale de l'économie, que la nécessité de réformer la Sécurité sociale au nom d'un déficit désormais incontestable s'impose, et ce quand bien même la réalité comptable ou le caractère sans rapport de nombre des mesures de la réforme. Autrement dit, l'argument du déficit de 1967 ne vaut que si l'on a une conception libérale ou solidariste de la Sécurité sociale et que si l'on parvient à imposer cette conception.

Dans notre perspective conventionnaliste, la réforme de 1967 n'apparait donc pas comme un moment de rupture traduisant un changement de régime en matière de Sécurité sociale ou plus globalement de fonctionnement du système économique[79], un tournant néolibéral où tout change, mais plutôt comme le renversement du rapport de domination entre la convention anticapitaliste et la convention solidariste face à la montée en puissance de la convention libérale. En effet, sur le plan opérationnel

[79] Sur le plan économique général même si l'on observe des signes avant-coureurs de la crise du régime fordiste il faudra attendre les années 1970 pour identifier une rupture.

le contrôle de la Sécurité sociale par l'Etat et sa subordination à ses intérêts est déjà visible, depuis 1958 par exemple si on veut retenir une date marquante[80], mais ils ne seront pleinement concrétisés qu'à partir de 1995 avec le plan Juppé. On remarquera par ailleurs que différentes mesures de la réforme de 1967 apparaissent alors comme peu originales et seront remises en cause dès l'année suivante. En outre, nombre de dispositifs que l'on peut rattacher à la convention anticapitaliste en premier desquels la cotisation sociale perdurera jusqu'à aujourd'hui. On observe donc un changement, mais pas une rupture.

En revanche, la réforme de 1967 parvient à concrétiser l'objectif, de remise en cause de la dimension politique de la Sécurité sociale type 1945, la démocratie sociale ouvrière élective, et ce à la fois au nom de la préservation des équilibres financiers de la Sécurité sociale dans son propre intérêt (convention solidariste), considérations rendues d'autant plus importantes que l'économie française doit désormais s'adapter à la concurrence européenne (convention libérale). Insistons sur le fait que ces trois arguments (critique de la gestion par les intéressés, impératif de bonne gestion, frein à la compétitivité) ont été énoncés dès la création de la Sécurité sociale et que leur réalité effective dépend elle-même d'un processus de construction qui s'est fait en parallèle de celui de la Sécurité sociale et résulte de choix politiques, comme ici la question de la construction européenne à travers le marché commun.

In fine, le raisonnement en termes de conventions de Sécurité sociale met en évidence une continuité idéologique entre un moment originel de création d'une institution et différents moments d'évolution. Les évènements conjoncturels sont donc relus au prisme de cette grille conceptuelle des origines comme des réagencements entre conventions en concurrence. Précisons qu'à l'image des autres formes de convention[1] les conventions de Sécurité sociale ne sont pas immuables ou figées. Nous avons principalement cherché à montrer la pertinence heuristique de ce concept dans le cadre d'une analyse conventionnaliste de la Sécurité sociale. Les conventions de Sécurité sociale que nous avons définies tirent leur force empirique du fait de définir des ensembles de justifications effectivement mobilisées par les acteurs comme nous l'avons montré à partir des débats parlementaires.

Cependant, saisir et comprendre les rapports entre les différentes conceptions idéologiques de la Sécurité sociale qui coexistent nous conduit à dépasser rapidement la sphère de la Sécurité sociale elle-même pour nous intéresser à l'environnement institutionnel dans lequel elle évolue c'est-à-dire à nous intéresser au système économique dans lequel elles s'insèrent : le capitalisme. Comme nous l'avons vu précédemment l'Économie des conventions saisit l'évolution du capitalisme à travers la notion de compromis entre grandeurs et cités, qui forme ce que les conventionnalistes appellent l'Esprit du capitalisme. Dans cette perspective, rappelons-le, la Sécurité sociale est pensée comme un instrument de ce compromis. Elle n'a pas d'existence pour elle-même, mais pour sa capacité à apaiser le conflit de valeur entre la grandeur civique et la grandeur industrielle.

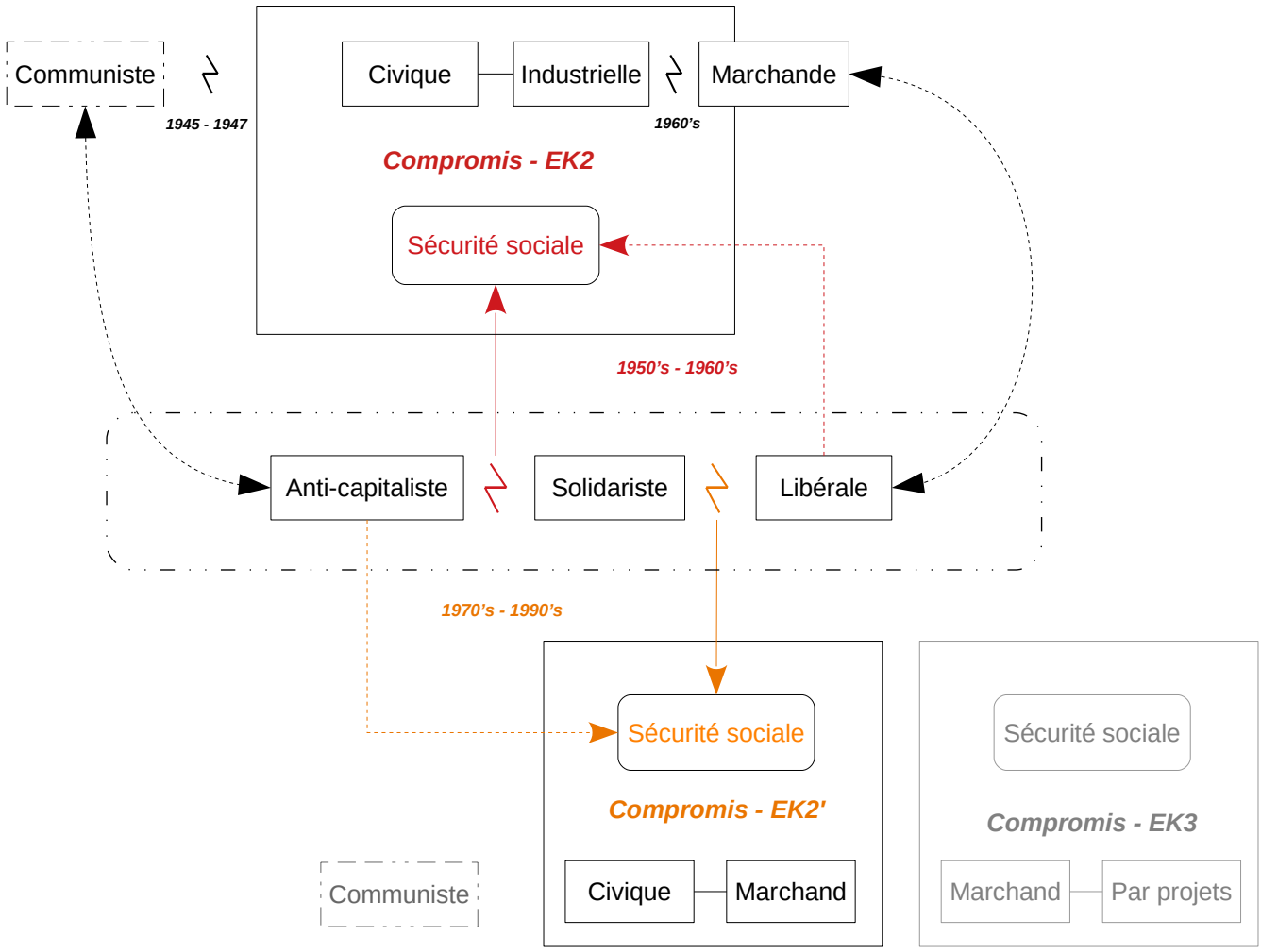
Face à cette vision instrumentale, le concept de conventions de Sécurité sociale vise à montrer que l'instrument de l'apaisement fait lui-même l'objet d'un conflit de valeurs. En effet, à l'inverse du principe de compromis, une convention de Sécurité sociale traduit une vision unitaire de la grandeur qui anime la Sécurité sociale. Autrement dit, la Sécurité sociale animée par une idéologie dominante porte en elle la déstabilisation du compromis pour tendre vers une des deux grandeurs qui le forme ou même potentiellement une autre grandeur. C'est la domination relative par sa mise en concurrence

[80] Nous faisons ici références aux conséquences pour la Sécurité sociale du Plan Pinay-Rueff (Antonelli, 1959; Mills, 1981)

avec d'autres grandeurs de Sécurité sociale qui empêche cette déstabilisation du compromis. Du conflit nait le consensus. Les conventions de Sécurité sociale mettent en évidence un rapport dialectique en termes conventionnalistes entre l'évolution de la Sécurité sociale et celui du capitalisme.

La convention de Sécurité sociale anticapitaliste dominante au cours de la période 1945-1947 n'a pas réussi à s'imposer et la grandeur communiste (ou socialiste) n'a pas non plus pu s'imposer comme cadre d'interprétation dominant. La Sécurité sociale mue par cette convention anticapitaliste entre alors dans une phase de contradiction avec l'Esprit du capitalisme de ce qui sera la période des Trente glorieuses (EK2). Cet esprit, compromis entre grandeurs civique et industrielle, est remis en cause dans la sphère du profit par la grandeur marchande et doit pour exister s'appuyer sur la Sécurité sociale afin d'être soutenable en termes de justifications. D'un côté, un conflit s'engage alors entre une Sécurité sociale mue dans ses principes par la convention anticapitaliste et la nécessité pour l'EK2 d'assurer l'intérêt général à travers la Sécurité sociale dans sa conception Solidariste. La convention Solidariste en contrebalançant la convention anticapitaliste vient donc stabiliser l'EK2 en empêchant la Sécurité sociale d'être une des forces de son dépassement vers une hypothétique cité communiste par exemple. Tandis que de l'autre côté la combinaison du conflit entre la grandeur marchande et la grandeur industrielle avec le conflit entre la convention libérale et la convention solidariste de Sécurité sociale pousse vers la détermination d'un nouvel Esprit (EK2') traduisant un compromis entre les grandeurs civiques et marchandes qui préfigure selon nous le troisième Esprit (EK3) identifié par Boltanski et Chiapello (1999). Le schéma 2.3 propose une synthèse de l'argumentation.

Schéma n° 2.3 – De la Sécurité sociale au capitalisme : conventions de Sécurité sociale et *compromis 1945-1967*



Source : auteur

L'évolution que nous avons décrite précédemment entre conventions de Sécurité sociale identifiées dans l'enceinte policée et intégrée au système capitalisme qu'est l'Assemblée nationale ne doit pas nous faire oublier que notre point de départ est celui du conflit. Ainsi si nous avons décrit l'évolution de la Sécurité sociale à travers l'évolution des idées qui lui donnent du sens il est nécessaire de développer l'évolution du rapport de force qui explique pourquoi une convention s'impose au-delà des effets du jeu concurrentiel des idées et du débat démocratique.

2.2.2. Rapport de force et réappropriation de la Sécurité sociale

La domination d'une convention sur une autre ne peut être expliquée que par le rapport de force. Comme nous l'avons vu, les positions de chacun des camps qui portent les conventions en opposition ne peuvent pas s'exprimer de la même manière en raison du poids politique de chacune des forces et de leurs rôles respectifs.

En effet, la domination d'une convention est affaire de pouvoir qu'Eymard-Duvernay (2017) a désigné sous le terme de pouvoir de valorisation. Dans un monde de rapport de force, tout le monde n'a pas le même pouvoir de trancher. Certains détiennent un pouvoir de valorisation que d'autres n'ont pas. La convention dominante en tant qu'idéologie dominante distingue ce qui vaut et ce qui ne vaut pas ou moins pour définir ce que doit être le système de Sécurité sociale. Le conflit n'empêche pas l'accord, mais cet accord est contraint. Les plus puissants imposent leur accord tant que celui-ci est jugé légitime. Ainsi, de 1949 à 1967, si le pouvoir de la convention anticapitaliste a diminué, celui de la convention solidaire s'est maintenu, et celui de la convention libérale a augmenté. Dans le même temps, les rapports de force se sont ré agencés. Cette évolution suit la recomposition du paysage politique français comme en témoigne l'évolution de la composition de l'Assemblée nationale.

Tableau n° 2.5 – Contextes parlementaires en 1949, 1962 et 1967

Contexte parlementaire de 1949	
Groupes parlementaires	**Sièges**
Mouvement République Populaire (MRP)	173
Section Française de l'Internationale Ouvrière (SFIO)	102
Parti républicain, radical et radical-socialiste (PSR)	43
Parti républicain de la liberté (PRL)	38
Républicains indépendants (RI)	29
Union démocratique et socialiste de la Résistance (UDSR)	11
Mouvement pour le triomphe des libertés démocratiques	8
Non-inscrits	9
Parti Communiste Français (PCF)	182
Total	**586**

Contexte parlementaire de 1967			
1962		**1967**	
Groupe parlementaire	**Sièges**	**Groupe parlementaire**	**Sièges**
Union pour la Nouvelle République (UNR)	*233*	*Union Démocratique pour la V^{ème} République (UDV^{e}R)*	*201*
Républicains indépendants (RI)	*35*	*Républicains indépendants (RI)*	*43*
Centre démocrate (CD)	55	Progrès et démocratie Moderne (PDM)	42
Socialistes (SOC)	66	Fédération de la Gauche Démocratique et socialiste (FGDS)	121
Rassemblement démocratique (RD)	39	-	-
Communistes (PCF)	41	Communistes (PCF)	73
Isolés	13	Isolés	9
Total	**482**	**Total**	**487**

Les débats de 1949 se font dans un contexte particulier marqué par la sortie de la guerre, la puissance du mouvement communiste et en même temps un certain retour à la normale sur la scène politique française avec la montée de l'anticommunisme et le rétablissement progressif de l'Etat.

La réforme de 1967 est elle aussi portée par un contexte politique particulier. Les élections de mars 1967 ont fragilisé la majorité gouvernementale à l'Assemblée Nationale. Le Premier Ministre G. Pompidou, qui disposait au cours de la précédente législature d'une majorité assurée avec 268 sièges, ne dispose désormais plus que de la stricte majorité absolue avec 244 sièges. En outre, la majorité gouvernementale, toujours constituée de l'Union Démocratique pour la Ve République (UDVeR) et des Républicains Indépendants (RI), doit composer avec la méfiance d'une partie des Républicains Indépendants à l'égard des Gaullistes de l'UDVeR (Charlot, 1971). De son côté, l'opposition sort renforcée des élections. Les forces socialistes et radicales se sont unifiées avec la création de la nouvelle Fédération de la Gauche Démocratique et Socialiste (FGDS). Les communistes (PCF) disposent, quant à eux, d'un groupe constitué de 73 sièges contre 41 auparavant. Le succès de la gauche au parlement est renforcé par les syndicats, notamment la CGT, qui se mobilisent face aux premières esquisses des réformes envisagées. Cependant, malgré un certain regain momentané sur le plan parlementaire, le mouvement communiste est nettement plus faible qu'en 1949 (*cf.* tableau n°2.5), considérablement affaibli par 20 années d'anticommunisme institutionnalisé (Becker & Berstein, 1987).

Ces rapports de forces électoraux demeurent une indication imparfaite du rapport de force réel dans la société. Malgré le recul du mouvement communiste, la Sécurité sociale ne s'est pas effondrée. L'Économie des conventions accorde une place centrale aux objets qui appuient les conventions. Dans le cadre de la réforme de 1967 nous avons pu voir que les débats reposaient sur un jeu d'équivalences autour du déficit de la Sécurité sociale lui-même reposant sur une multitude d'institutions qui portent une conception différente de la Sécurité sociale et lui donne de la voix. On pensera notamment au rôle de la Cour des comptes ou du CNPF dans la diffusion de la nécessité d'une réforme. La construction européenne est elle aussi largement mobilisée pour appuyer la réforme. L'argument de la construction européenne permet de monter en généralité au-delà de l'échelle nationale. *In fine*, la Sécurité sociale malgré toute sa légitimité se retrouve confrontée à des institutions et des objets sur lesquels n'a pas prise. Arriver à cette conclusion semble cohérent avec le degré de généralité moindre, des conventions de Sécurité sociale, que les cités ou que la dynamique du compromis évoqué à la section précédente. Cela signifie que par définition la Sécurité sociale n'est pas en mesure de clore la controverse sur des objets qui la dépasse.

Si le rapport de force dans l'Assemblée nationale change au cours des années 1960, il serait coupable de notre part de ne pas mentionner une autre cause majeure de ces bouleversements : la guerre d'Algérie (1954-1962) et la constitution de la Vème république en 1958. Sans rentrer dans le détail des évènements historiques, la violence et l'indétermination du processus de décolonisation ont contribué à la destruction des institutions de la IVe République qui avaient été le socle sociojuridique de la sécurité sociale de 1945.

Or, force est de constater une certaine forme de complémentarité institutionnelle (Amable et al., 2002) entre la sécurité sociale type 1945 et la IVe République d'un côté et, la sécurité sociale post-1967 et la Vème République d'un autre côté. En effet, bien que la période située entre 1945 et 1967 soit souvent considérée comme celle d'une main mise de l'Etat sur l'économie et le politique, c'est sous certains aspects une période de plus grande démocratisation économique et politique vis-à-vis de l'Etat. Comme on le sait, la sécurité sociale est une institution de la démocratie sociale où les représentants de salariés occupent 75% des sièges et la IVe République est un régime avec un fort pouvoir parlementaire et des élections à la proportionnelle. A l'inverse, la Vème République renforce

le pouvoir d'Etat par un rôle prépondérant du président de la République par rapport à l'Assemblée nationale – où le mode de scrutin défavorise par ailleurs les partis minoritaires. On peut donc interpréter la réforme de 1967 de la sécurité sociale comme la suite logique d'un processus d'étatisation de la société française.

Pour reprendre le vocabulaire de Vahabi et al. (2020), l'ordonnance de 1967 est pour la Sécurité sociale un moment primordial de sa réappropriation par l'Etat. La réforme de 1967 supprime les élections et redistribue les sièges avec 50% de représentants de salariés contre 75% auparavant. A cette époque l'étatisation est encore loin d'être achevée pour la Sécurité sociale. Il faudra attendre les ordonnances Juppé de 1996, mais la voie est ouverte. En concentrant le pouvoir politique, principalement par la main mise sur les dépenses des administrations centrales et des administrations de Sécurité sociale[81], l'Etat est, au tournant des années 1960, bien plus fort que ce qu'il n'était en 1945. Le renforcement continu du pouvoir d'Etat est sans doute le plus grand paradoxe de l'ère néolibérale. En ce qui concerne la sécurité sociale, c'est en 1967 que s'amorce ce processus d'étatisation.

Conclusion

Ce chapitre avait pour objectif de poursuivre et clore les investigations sur l'outillage théorique le plus adapté pour donner du sens aux débats de 1967 à l'Assemblée nationale sur la réforme de la Sécurité sociale. Dans le langage de l'Économie des conventions, les cités tout comme l'idéologie et l'Esprit (au sens du nouvel Esprit du capitalisme) sont dotés d'un degré de généralité trop important pour prétendre à analyser utilement la Sécurité sociale. Si l'étude du second pluralisme et de la *welfare convention approach* nous a donné des pistes de réflexion stimulantes, nous avons choisi de définir un type de *convention*$_1$ original : les conventions de Sécurité sociale. Les conventions de Sécurité sociale sont des idéologies à portée limitée permettant de donner du sens et de construire des formes d'engagement autour de la Sécurité sociale.

La convention de Sécurité sociale anti-capitaliste pense la Sécurité sociale comme une alternative au capitalisme dont les contradictions conduisent à la crise économique, politique et sociale. La Sécurité sociale échappe au marché et la cotisation sociale symbolise cet au-delà du marché : la Sécurité sociale n'est ni le marché ni l'Etat, elle est une institution de démocratie populaire ou de démocratie sociale. Dans cette conception, la Sécurité sociale n'est pas une politique sociale comme les autres et la cotisation sociale n'est pas une charge pour les employeurs, mais une part salariale originale.

Face à la convention de Sécurité sociale anticapitaliste, les conventions solidariste et libérale s'inscrivent dans le capitalisme. Selon les représentations qu'elles véhiculent, l'enjeu de la Sécurité sociale n'est pas le dépassement du mode de production dominant, mais la prise en charge des effets indésirables du capitalisme. La convention solidariste repose sur l'impératif humaniste de redistribution des richesses des plus fortunés vers les plus pauvres. Indépendamment des mérites des uns et des autres, les lois du marché produisent de la misère et de la souffrance qu'une politique généreuse à destination de tous les citoyens doit permettre d'éradiquer. Si la solidarité envers les plus

[81] La comptabilité nationale distingue encore aujourd'hui trois grands types d'administrations publiques : les administrations publiques centrales, les administrations publiques locales et les administrations de sécurité sociale.

démunis est évidente, l'enjeu de la Sécurité sociale est aussi la cohésion sociale ce qui implique que tous les citoyens doivent bénéficier des prestations indépendamment de leur niveau de vie.

A l'inverse, la convention libérale défend une conception minimaliste de la Sécurité sociale : celle-ci doit aider ceux qui n'ont pas les moyens de la libre prévoyance. Le marché est conçu comme un mécanisme de coordination et de justice efficace. La Sécurité sociale demeure indispensable, mais simplement comme filet de sécurité pour ceux que le marché a rejetés.

La réforme de 1967 et la focalisation sur l'argument d'autorité du « trou de la sécu » marquent la fin de la convention anti-capitaliste de la Sécurité sociale. La Sécurité sociale n'est plus une institution à part dans le capitalisme français. La réforme de 1967 acte le recul de la démocratie sociale au profit du pouvoir patronal et étatique. Si le moment 1967 n'en finit pas avec la représentation des intéressés (paritarisme), elle interdit l'expression de la convention de Sécurité sociale anti-capitaliste. L'omniprésence de l'argument du déficit en témoigne : ce qui compte ce n'est plus la cohérence interne de la Sécurité sociale, mais sa compatibilité avec les évolutions du capitalisme français.

Or, au même moment où la convention de Sécurité sociale anticapitaliste perd du terrain, le capitalisme français change profondément le compromis qui le fonde : du compromis civique-industriel au compromis civique-marchand. La relativisation des justifications industrielles au profit des justifications marchandes se donne à voir notamment par l'évolution de l'insertion du marché français dans la concurrence internationale. Rappelons-nous que la réforme de 1967 se fait au nom de l'entrée en vigueur du traité de Rome. Au nom de la concurrence internationale, la Sécurité sociale ne peut plus être une institution à part. La Sécurité sociale comme les autres politiques sociales de l'Etat doivent être conçues comme une charge pour les entreprises françaises qui se démènent dans la compétition européenne et mondiale. C'est pour cela que le débat sur les charges indues n'a pas de sens pour de nombreux députés : pour l'entreprise capitaliste une charge est une charge, qu'elle abonde les comptes de la Sécurité sociale ou les comptes de l'Etat. La victoire de cette convention d'équivalence est la première victoire dans le processus de réappropriation de la Sécurité sociale par l'Etat.

Au terme de ce second chapitre, il apparait que la réforme de 1967 est d'une modernité rare en ouvrant la voie à la période néolibérale par un double mouvement : elle détruit l'originalité économique et politique que constitue la Sécurité sociale comme forme de démocratie sociale et elle renforce le pouvoir d'Etat qui peut construire les marchés tout en conservant une politique sociale « raisonnable » : c'est-à-dire soit solidariste, soit libérale.

Deuxième partie. Administrer la santé. Une Etatisation par agencification

Introduction de la deuxième partie

Le moment 1967 signe la fin de la Sécurité sociale telle qu'elle a été pensée en 1945. Cependant, la Sécurité sociale perdure et continue même à se développer selon la convention solidariste, pour reprendre la terminologie du chapitre précédent. Les années 1980 se caractérisent par une remise en cause plus marquée de ses fondamentaux avec les nombreux plans de sauvetage de la Sécurité sociale et l'arrêt de la hausse du taux de cotisation. Il faut cependant attendre les années 1990 pour assister à une remise en cause aussi fondamentale que celle du moment 1967 avec les gouvernements Rocard en 1991 et surtout Juppé en 1995-1996.

On doit ainsi au Premier ministre socialiste Michel Rocard la création de la Contribution Sociale Généralisée (CSG)[82] qui constitue une révolution en matière de financement de la Sécurité sociale puisqu'elle amorce le processus ininterrompu de fiscalisation du financement de la Sécurité sociale au détriment de la cotisation sociale. Si la réforme de 1967, avec la mise en place de la première taxe affectée, ouvre le champ des possibles en matière de financement de la Sécurité sociale, le gouvernement Rocard prépare sa remise en cause totale, sous couvert de justice sociale. Sur le plan plus spécifique de l'organisation de la santé, on doit également au gouvernement Rocard la préfiguration de la régionalisation sanitaire et de la gestion par contrat.

Dans la continuité du gouvernement socialiste, c'est au tour du Gouvernement Juppé de porter en 1995 un plan d'ensemble à la fois de réforme de l'assurance maladie et du système hospitalier. Si le plan suscite une importante contestation qui aura partiellement raison de son volet de réforme des régimes de retraite, notamment des régimes spéciaux, le volet santé qui nous intéresse est réalisé dans sa quasi-totalité. Le plan Juppé se traduit par la poursuite notamment de la fiscalisation du financement de la Sécurité sociale avec l'augmentation de la CSG pour financer la Santé, la mise en place d'un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), la préparation de la réforme du financement des hôpitaux, et de la création d'une nouvelle administration sanitaire : les Agences Régionales de Santé (ARH). Autrement dit, le plan Juppé met en place les fondements de l'organisation actuelle du système de santé et de protection sociale français, dans la lignée de la réforme de 1967.

Aussi bien la réforme Rocard que le plan Juppé répondent à la même logique de maîtrise des dépenses et de restructuration du financement au nom de la compétitivité économique. D'un côté, dans un contexte de renforcement de la concurrence mondiale et Européen il n'est alors plus acceptable de faire reposer le financement du système de santé et de protection sociale exclusivement sur l'activité économique. De l'autre côté, dans un contexte d'assainissement des finances publiques en vue de l'intégration européenne et de la création de la monnaie unique, la maîtrise des dépenses est une nécessité à la fois dans ce contexte de contrainte sur l'assiette de financement de la Sécurité sociale, mais également de contrainte sur les dépenses publiques.

Le principe de subordination de la politique de sécurité sociale aux objectifs économiques de compétitivité et d'intégration européenne portés par l'Etat est acté en 1967 prend toute son ampleur à partir des années 1990. Ainsi, après que la réforme de 1967 ait exclu politiquement le monde du travail de la gestion de la Sécurité sociale, la réforme Rocard initie son exclusion en matière de

[82] La création de la CSG a initialement pour objectif de financer la branche famille de la Sécurité sociale en compensation des baisses de cotisations patronales. Les hausses successives serviront en revanche à financer l'Assurance Maladie.

financement. Le plan Juppé confirme cette tendance et réitère l'exclusion de la Sécurité sociale en matière d'administration du système sanitaire et de protection sociale au profit de l'Etat. Ce processus sera pleinement réalisé avec la loi Hôpital patient Santé et Territoire (HPST) en 2009. Il faudra attendre 2020 pour que les cotisations représentent moins de 50% des recettes du régime général au profit des impôts, taxes et transfert de l'Etat.

Pour y parvenir, l'Etat a dû s'équiper, c'est-à-dire s'appuyer sur des outils qui lui permettent d'exercer son contrôle. Ces outils ou instruments d'action publique comme l'ONDAM, les référentiels de bonnes pratiques ou la Tarification à l'Activité ont fait l'objet d'une attention particulière dans la littérature. Il en est de même pour la perspective plus générale du pilotage de l'action publique par les indicateurs de performance ou du gouvernement par les nombres. En revanche, les organisations qui mettent en œuvre ces indicateurs tendent à être oubliées au profit des outils eux-mêmes ou de leurs justifications d'action publique.

L'objectif de cette deuxième partie est de montrer comment l'accentuation du processus de subordination du système sanitaire et de protection sociale se traduit par des dispositifs d'action publique concrets qui permettent à l'Etat d'assurer son contrôle. La prise de contrôle de l'Etat ne se dévoile pas uniquement par des outils, mais aussi par des institutions. La mise en œuvre d'un objectif de politique économique se concrétise opérationnellement par le déploiement d'un appareil administratif d'Etat. L'étatisation de la santé est une administration de la santé qui emprunte des canaux spécifiques que ce chapitre cherche à mettre en avant. L'administration de la santé n'est pas qu'un monde silencieux qui ne fait qu'appliquer des directives. Les changements dans l'organisation administrative sont symptomatiques de l'étatisation de la santé.

Ainsi la multiplication des agences sanitaires n'est pas uniquement un épisode de la prise de contrôle par l'Etat. Elles indiquent comment se fait l'étatisation. La forme agence porte la dissolution de la sécurité sociale de 1945. En effet, la sécurité sociale est devenue au fil du temps, une agence comme une autre. La forme agence porte également une conception sécuritaire en matière de santé.

Pour étudier l'évolution de l'appareil d'administration sanitaire, nous proposons de revisiter l'histoire administrative depuis les années 1990 autour de l'analyse du déploiement de la forme organisationnelle du *New Public Management* que constituent les agences. L'analyse de ce processus d'agencification permet de montrer à la fois la centralité de l'objectif de contrôle du système de santé porté par l'Etat et le processus d'agencification de la Sécurité sociale.

Le ***chapitre* 3** revient sur le processus d'agencification en santé. Il s'agit dans ce chapitre de donner une perspective d'ensemble à une administration du système de santé qui à première vue ressemble plus aujourd'hui à un vaste ensemble hétéroclite d'organisations qu'à un véritable système cohérent répondant à des objectifs politiques communs. Le processus organisationnel d'agencification permet de saisir simultanément une multitude de logiques sectorielles en santé (sécurité sanitaire, démocratie sanitaire, transformation du secteur hospitalier, etc.) et de mouvements de transformation (privatisation, marchandisation, *accountability*). Si l'agencification en santé permet de remettre les questions de santé au centre de l'action publique, elle véhicule cependant une vision pauvre de ces dernières en les envisageant principalement en termes sécuritaire et gestionnaire. Autrement dit, le développement de l'administration sanitaire ne conduit pas au développement d'un Etat sanitaire, mais à l'extension de l'Etat régalien (gendarme) au domaine de la santé. Dans la continuité de la première partie, le chapitre conceptualise les agences en termes conventionnalistes, comme manifestation organisationnelle d'un nouvel esprit de la bureaucratie.

Le ***chapitre 4*** développe le cas particulier des Agences Régionales de Santé au sein du système d'agences de l'Etat sanitaire pour montrer qu'elles constituent le bras armé de l'Etat en santé tout en utilisant des techniques, issues du *New Public Management*, compatibles avec l'organisation bureaucratique. Si l'Etat sanitaire se développe, ce n'est pas tant pour des raisons de santé que pour des raisons économiques. En prenant le contre-pied de la littérature académique, ce chapitre cherche donc à mettre en évidence que si les ARS consacrent bien la prise de pouvoir de l'Etat en santé, elles constituent néanmoins une réponse organisationnelle originale aux objectifs de maîtrise des dépenses et de contrôle de l'offre de santé, explicitement affichés par les pouvoirs publics depuis le début des années 1990. Nous montrons qu'elles réussissent à tirer le parti à la fois de l'organisation bureaucratique traditionnelle française, modèle préfectoral, et d'une administration sous *New Public Management* pour former le pivot d'une hiérarchie contractuelle entre un Etat central renforcé et des établissements sous autonomie contractualisée. Outre le fonctionnement administratif du système de santé, le cas de la construction des Agences Régionales de Santé permet de mettre en évidence le caractère incrémental et la continuité qui existe au sein de l'administration sanitaire française : des velléités de réformes formulées à la fin des années 1960 à l'avènement dans les années 1990 du *New Public Management*, en passant dans les années 1970 par une brève tentative de planification.

Chapitre 3 - L'agencification dans le secteur sanitaire et social français – Vers un Nouvel esprit de la bureaucratie

> *« --- - --- - --- ARS-CRSA-CNS-HCSP-HAS-CEPS-IVS-INPES-ANSM-ANSES-INERIS-ABM-ASN-IRSN-EFS-INCA-EPRUS-ATIH-ASIP-IDS-ANAP-CNG-CPAM-UNCAM-UNOCAM-UNPS-URPS-CNSA - --- - --- - Le message est codé, mais il n'est pas réservé à un énigmatique destinataire détenant de précieuses clefs de décryptage. Il s'agit de la simple liste des principales institutions intervenant dans le pilotage ou la régulation du système de santé en France ! »* Tabuteau (2013)

Introduction

Comme en témoigne la citation de Didier Tabuteau[83], il est actuellement difficile pour une personne non initiée de se repérer dans la complexe organisation du système sanitaire et social français. À première vue, en effet, ce système ressemble plus à un vaste ensemble hétéroclite d'organisations qu'à un système cohérent. Derrière ces différents sigles se trouvent des organisations qui ont toutes la particularité d'être statutairement indépendantes ou autonomes de l'État, sans pour autant en être extérieures et complètement détachées. Autrement dit, elles constituent une nouvelle forme d'organisation publique qui cherche par ses caractéristiques propres (statut, financement, etc.) et son mode de fonctionnement spécifique, à rompre avec l'organisation bureaucratique traditionnelle de l'État marquée par son caractère hiérarchique et sa rigidité.

Ces organisations se sont développées principalement au cours des années 1990, aussi bien en France qu'à l'international, dans un contexte de réforme générale de l'État menée sous l'impulsion du *New Public Management* (NPM) et des politiques néolibérales (Dardot & Laval, 2010). Ce dernier traduit alors le développement des logiques de performance et l'ambition du recul de l'État au profit du secteur privé (Hood, 1991).

Si le NMP prend des formes différentes selon les contextes nationaux et les secteurs d'activité, il s'appuie sur le développement massif et généralisé d'agences. C'est pourquoi les chercheurs en management public vont utiliser le terme « d'agencification » en référence à la désignation organisationnelle qu'elles adoptent le plus : l'agence. Cependant, comme cherche à le montrer ce chapitre, le NMP ne peut se réduire à l'agencification et surtout l'agencification s'émancipe de certains aspects du NMP.

En France, dans le domaine de la santé et de la protection sociale, le développement des agences accompagne deux moments majeurs : celui des crises sanitaires, notamment celle du sang contaminé, et celui de la mise en œuvre du plan Juppé réformant la Sécurité sociale et l'organisation sanitaire, notamment dans sa dimension hospitalière. Ces deux moments sont inédits dans l'histoire sanitaire française aussi bien par l'ampleur des transformations organisationnelles qu'ils instaurent que par les

[83] Didier Tabuteau est un haut fonctionnaire français. Il a été le premier directeur de l'Agence du Médicament de 1993 à 1997. Il est depuis 2018 président de la section sociale du Conseil d'Etat.

controverses qu'ils suscitent (Domin, 2013a; Palier, 2005). Cependant, si ces moments et leurs conséquences ont été largement étudiés par la littérature, comme nous allons le voir, ils l'ont été de manière relativement segmentée : par agence, institution, ou dynamique propre à chaque sous-domaine de la santé.

Nous formulons donc l'hypothèse que l'on peut, en adoptant une approche bi disciplinaire entre économie et gestion et en se focalisant sur le phénomène organisationnel d'agencification, restituer une perspective globale de la mise en œuvre du néolibéralisme en santé. Cette perspective permet de mettre en évidence la concrétisation du mouvement de réappropriation de la santé par l'Etat initié en 1967. L'agencification est un élément moteur de l'étatisation de la santé.

La première section se propose de revenir sur le processus d'agencification dans une perspective de Management Public (Hood, 1991). Le phénomène d'agencification s'insère dans la logique plus globale du *New Public Management* et constitue donc un mouvement qui vise à remplacer les organisations bureaucratiques, parées de tous les défauts. Cependant, le phénomène d'agencification apparait comme enchâssé dans les différentes spécificités nationales en matière de statuts et de catégories d'organisations publiques. Cette réalité complexifie la caractérisation précise des contours de l'agencification et conduit à réinterroger la pertinence même du modèle, le NPM, dans lequel elle s'insère au profit d'un dépassement de ce dernier ou d'un retour à des analyses en termes de bureaucratie. Afin de retrouver une compréhension globale des systèmes administratifs, il est donc nécessaire de revenir sur les concepts d'agencification et d'agence, tant sur le plan conceptuel qu'empirique. Pour y parvenir, nous rappellerons les débats conceptuels qui entourent le phénomène d'agencification et la manière dont il s'est concrétisé, notamment en France.

La deuxième section tente de cartographier l'ampleur du phénomène d'agencification dans le cas du secteur français de la santé et de la protection sociale. Après avoir tenté de dresser cette cartographie des agences sanitaires françaises, nous montrons donc dans ce chapitre que cette agencification n'est pas seulement le résultat de l'application en France du *New Public Management*, mais qu'il constitue la réponse de l'Etat à la fois au problème de Sécurité sanitaire et à celui de maîtrise budgétaire. La solution organisationnelle de l'agence permet à l'Etat d'externaliser en son sein la production des outils nécessaires à l'exercice de son pouvoir, afin de garantir une autonomie de ces outils. Elle consiste aussi en la transformation d'organisations existantes au nom de cet objectif budgétaire, notamment la Sécurité sociale. Dans la continuité de la première partie, le chapitre conceptualise les agences en termes conventionnalistes comme des investissements de forme nécessaires à la mise en œuvre d'un nouvel esprit du capitalisme au sens de Boltanski et Chiapello au sein de l'appareil bureaucratique d'Etat.

1. L'agencification de l'action publique : un phénomène insaisissable ?

Le développement des agences sanitaires françaises s'inscrit dans un contexte de réforme général et international des administrations publiques, au-delà du secteur propre de la santé ou du cas français. Ce développement est une composante du tournant néolibéral et sa traduction organisationnelle s'exprime par le *New Public Management* (1.1). Le phénomène d'agencification apparait comme dépendant des spécificités nationales en matière de catégories et de statut des administrations publiques. Nous présenterons plus en détail le cas français (1.2). L'ampleur et la diversité de l'agencification conduisent à réinterroger les modèles canoniques du management public (1.3).

1.1. L'agencification ou la traduction organisationnelle du tournant néolibéral

Le développement de la forme organisationnelle « agence » s'inscrit dans le cadre de la transformation plus générale de l'organisation administrative, de sa forme traditionnelle, dite bureaucratique, à sa forme contemporaine conforme aux principes du *New Public Management* (1.1.1). Cependant, si le concept d'agence est central au sein du *New Public Management*, ses origines s'avèrent être anciennes et semblent expliquer le caractère instable des contours de sa définition (1.1.2).

1.1.1. Du bureau à l'agence : l'administration sous *New Public Management*

S'intéresser à la forme organisationnelle prise par les pouvoirs publics, ou plus généralement par l'Etat, permet à la fois de les décrire au-delà d'une personnification de l'action publique ou de l'abstraction même que représentent ces termes, et de prendre en compte le fait que les organisations administratives sont des vecteurs de pouvoirs dans la mesure où leurs mises en œuvre diverses constituent des « techniques de gouvernement » à la fois pour l'action publique dans son ensemble ou au sein même de l'Etat (Bezes & Lidec, 2016).

Pour distinguer les principales formes prises par les pouvoirs publics, on peut s'appuyer sur les conceptualisations ou modèles d'organisation publique définis dans la littérature académique. En matière de management public, deux modèles canoniques s'opposent : l'administration de type wébérienne dont l'entité organisationnelle de base est le « bureau » et l'administration sous *New Public Management* dont l'entité organisationnelle de base est l'agence.

L'organisation « traditionnelle » des administrations étatiques est habituellement décrite en sciences sociales grâce au concept de « bureaucratie » ou « d'organisation bureaucratique », tel que l'a défini Max Weber dans son travail sur les évolutions de la société et le capitalisme. Si le concept de bureaucratie renvoie explicitement au lieu d'exercice d'une fonction d'administration (Mintzberg, 1982), il vise principalement, dans une perspective réductrice de l'œuvre de Max Weber, à définir l'idéal-type de fonctionnement de l'administration publique. Dans cette perspective, on peut définir six caractéristiques essentielles de l'organisation bureaucratique (Meier & Hill, 2005; Mintzberg, 1982; Pollitt & Bouckaert, 2011) :

1. Son domaine de compétence et son fonctionnement interne sont officiellement définis par des règles, lois ou réglementations.
2. Il existe une hiérarchie entre les différentes structures (« bureaux ») qui composent l'organisation.
3. La gestion des bureaux repose sur des règles écrites, même dématérialisées.
4. Le travail des bureaux repose sur la spécialisation et l'expertise spécifique du bureau.
5. Les personnels sont employés à plein temps et dans le temps (carrière et avancement).
6. Le fonctionnement et la gestion du bureau reposent sur des règles stables et qui peuvent être apprises.

Notons qu'au-delà de cette vision de la bureaucratie communément admise en management public, le concept de Bureaucratie n'est qu'une forme possible d'organisation au sein des sociétés capitalistes (Weber, 2003) et que cette vision s'est développée relativement indépendamment de l'œuvre de Max Weber (Mayntz, 2010).

En effet, au-delà de l'idéal-type défini à partir de Max Weber, le concept de bureaucratie permet en management public de désigner le fonctionnement des administrations publiques tel qu'il existait avant les mouvements de réformes des années 1980 et 1990 afin de désigner *« the ancien régime »* (*sic*) des administrations publiques et constituer ainsi le « grand *old model from the past »* (Politt et Bouckaert, 2011 – p.71). Autrement dit, le concept de bureaucratie est utilisé de manière péjorative pour désigner le modèle à dépasser, une administration non réformée et par conséquent jugée inefficace, notamment à cause de sa rigidité.

Cette vision négative de l'organisation bureaucratique repose en partie notamment sur les développements, désormais anciens, que le concept de bureaucratie a connus après la Seconde Guerre mondiale. En effet, les économistes de l'école autrichienne (Von Hayek et Von Mises), de l'école des choix publics (Tullock, Buchanan, Niskanen) ou de la sociologie des organisations des années 1970 (Crozier) ont fortement insisté sur le caractère inefficace de l'organisation bureaucratique et des bureaucrates qui la composent (Greffe, 1981). La théorie économique standard a proposé une microéconomie des relations bilatérales où l'existence d'un pouvoir discrétionnaire du bureaucrate a été étudiée en termes d'avantages informationnels, décliné en aléa moral (action cachée) ou sélection adverse (information cachée). La notion de bureaucratie a laissé place à celle d'agence ou plus exactement à une relation d'agence qui décrit une relation de mandat en présence de comportements stratégiques et débouchant sur des contrats. En insistant sur les degrés de liberté dans la délégation de décision, la théorie économique de l'agence formalise à sa façon l'autonomie de l'agence par rapport au donneur d'ordre[84]. La bureaucratie a aussi fait simultanément l'objet de critiques de la part des auteurs d'inspirations marxistes comme Poulantzas, Luckas, Lefort (Hibou, 2012; Löwy, 1992).

Les raisons de la remise en cause de la bureaucratie et de son image négative sont nombreuses. On peut ainsi évoquer la diffusion et l'internationalisation d'idées managériales venues du secteur privé et des Etats-Unis. Le besoin de rationalisation de l'action publique a aussi été justifié tour à tour par le développement incontrôlé de la sphère publique, la volonté de planification ou celle de limiter l'expansion de l'Etat pour des raisons économiques (compétitivité) ou sociales (libéralisme). L'ensemble de ces critiques et la crise économique des années 1970 ont conduit à la remise en cause de la bureaucratie au début des années 1980 (Bèzes, 2009).

De son côté, le *New Public Management* est un modèle qui cherche à synthétiser les différentes évolutions des administrations qui ont été mises en place en réaction à la crise de l'administration publique des années 1970. Le corpus théorique du NPM nous indique les quatre grands principes de fonctionnement de ce modèle d'organisation : la rationalité individuelle, les contrats, l'information et le marché (Merrien, 1999). On retrouve dans ces principes également l'influence des théories économiques qui soutiennent le tournant organisationnel en faveur du New Public Management. Il est constitué aussi bien de théories venant de l'économie que du management public ou de la sociologie (Gruening, 2001).

[84] La théorie économique de l'agence est une des théories appuyant le *NPM* (Gruening, 2001).

Malgré une variété de ses applications (Hood, 1995), on peut résumer les principes du *New Public Management* en huit principales caractéristiques (Hood, 1991; Merrien, 1999) que l'on peut ordonner à travers cinq phénomènes qui accompagnent le déploiement du *New Public Management* : marchandisation, privatisation, contractualisation, décentralisation et *l'accountability*. Chacun de ces phénomènes est mis en œuvre concrètement par une ou plusieurs dimensions du NPM.

Le processus de *marchandisation*[85] des services publics et de l'action publique se traduit principalement par la création de quasi-marchés (Krachler et al., 2021; McMaster, 2002) c'est-à-dire soit par l'adoption de principes de marché entre des administrations publiques (mise en concurrence, signal prix, etc.) soit de marchés sous contrôle très étroit des pouvoirs publics. Le décideur politique se retrouve non plus dans une position où il contribue à la mise en œuvre politique, mais dans une position où il définit un cahier des charges à destination des offreurs publics ou privés pour une tâche définie. De la même manière l'usager est transformé en consommateur dans la mesure où il est incité à se comporter comme tel notamment avec la mise en place de prix et d'un processus de sélection des offreurs (Batifoulier, 2014b).

Le processus de *privatisation* peut découler du processus de marchandisation avec le transfert d'une organisation publique vers le secteur privé et la transformation de son activité en une activité marchande. Mais il peut également se traduire par une incorporation des principes de fonctionnement des organisations privées, notamment des techniques managériales (André et al., 2016). Aussi bien la marchandisation que la privatisation contribuent à transformer l'usager et le décideur politique en consommateurs.

A défaut d'être marchandisées ou privatisées, les organisations publiques doivent être au moins *décentralisées* (Hood, 1991; Pollitt & Bouckaert, 2011) vis-à-vis de l'administration centrale, soit en ayant un périmètre d'action géographiquement inférieur, soit en étant détachées statutairement ou fonctionnellement (*disaggregation*). Le processus de décentralisation se traduit par une délégation de pouvoir plus ou moins grande.

Afin d'assurer le contrôle sur ces organisations détachées de l'administration centrale, marchandes ou privatisées, le processus de contractualisation (Lane, 1999; Perrot, 2006; M. Robinson, 2000) se déploie pour garantir une autonomie d'action et une autonomie budgétaire minimales vis-à-vis de l'administration centrale, cela quel que soit le statut adopté par ces organisations. La rhétorique contractuelle permet en principe, sous ses différentes formes, de responsabiliser les organisations contractantes. Avec la contractualisation, il s'agit de rendre autonomes les organisations publiques pour mieux les responsabiliser, mais de les rendre dépendantes par un contrat qui les engage à remplir certains objectifs fixés par la tutelle.

Enfin, ces quatre phénomènes obligent chacun à leur manière (par la concurrence, la délégation, le management par la performance ou la responsabilité contractuelle) ces organisations à « être comptable de » (Merrien, 1999), à l'*accountability* (Bovens, 2007), c'est-à-dire à pouvoir être évaluées à postériori par le donneur d'ordre sur la base d'indicateurs prédéfinis. Ce processus conduit à un gouvernement par les nombres et à la domination du principe de performance au sein de l'action publique (Jany-Catrice, 2013; Supiot, 2015).

[85] Pour plus de détails sur le concept de marchandisation on se reportera à (Vatan, 2014) notamment son articulation aux concepts de marchéisation, démarchandisation et *commodification*.

Ainsi, de manière synthétique, on peut définir le Nouveau Management Public « *comme un ensemble d'idées et de méthodes qui visent à combiner responsabilité et efficacité dans l'administration publique. On cherche à atteindre l'efficacité par des méthodes telles que la décentralisation de l'autorité au profit des niveaux techniques tout en assurant l'obligation de rendre des comptes au public en général »* (Hernes, 2006). Le tableau n° 3.1 résume les principales différences entre une administration dite wébérienne et une administration sous NPM.

Tableau n° 3.1 – Comparaison des principes de fonctionnement des administrations de type wébérienne et sous *New Public Mangement*

	Administration wébérienne	**Administration sous *New Public Management***
Objectifs	Respecter les règles et les procédures	Atteindre les résultats, satisfaire le client
Organisation	Centralisée (Hiérarchie fonctionnelle, structure pyramidale)	Décentralisée (délégation de compétences, structuration en réseau, gouvernance)
Partage des responsabilités entre politiciens et administratifs	Confus Interdépendance conception-expertise	Clair
Exécution des tâches	Division, parcellisation, spécialisation	Autonomie
Recrutement des agents publics	Concours	Contrats
Promotion des agents publics	Avancement à l'ancienneté, pas de favoritisme	Avancement au mérite, à la responsabilité et à la performance
Contrôle	Indicateurs de suivi	Indicateurs de performance
Type de budget	Axé sur les moyens	Axé sur les objectifs

Source : adapté de Amar & Berthier, 2007 p.3

Au sein de l'ensemble de ces caractéristiques, celle qui retient le plus notre attention est celle de décentralisation-détachement vis-à-vis de la structure organisationnelle de référence. La notion d'agence en lieu et place de celle de bureau exprime la forme de détachement que peut prendre une organisation publique décentralisée par rapport à l'Etat central. S'intéresser au processus d'agencification permet d'englober d'autres processus à l'œuvre avec le *NPM* comme la privatisation ou la mise en marché.

Comme nous allons le voir par la suite, les sciences sociales s'intéressant au fonctionnement de l'État font au début des années 2000 le constat du développement massif de certaines formes d'administration publique que l'on regroupe communément sous le terme « d'agences ». Ces formes d'organisation ont pour point commun de n'être ni des organisations bureaucratiques au sens

traditionnel tel que décrit précédemment ni des entités pleinement indépendantes de l'État. Elles sont caractérisées par une autonomie vis-à-vis de l'Etat central au sens du *NPM*. Derrière ce terme général se trouvent ainsi regroupées toutes les formes d'administration qui, à des degrés divers, cherchent par leurs modes de financement ou de contrôle par le politique, leurs statuts ou leurs règles de fonctionnement, à s'éloigner de la traditionnelle organisation bureaucratique de l'administration. Précisons que cette forme d'organisation ne remplace pas forcément les administrations existantes, mais vient plutôt les compléter.

Le constat d'agencification, entendu comme le phénomène caractérisant la prolifération des « agences » au sein de l'organisation administrative de l'État à la suite du *NPM*, n'est pas a priori et en soi particulièrement original. En effet, ce dernier se caractérise justement par l'objectif de rompre avec l'organisation bureaucratique en promouvant les logiques de performance et d'autonomie (Verhoest et al., 2004). Le constat d'agencification n'est pas non plus original par les statuts d'administration qu'il véhicule, dont la plupart lui préexistent.

En revanche, son ampleur sa diversité et sa généralisation à l'ensemble des administrations publiques et des situations nationales en font de l'agencification un phénomène nouveau qui porte de nombreux enjeux pour la compréhension de la cohérence des systèmes administratifs étatiques contemporains. Le secteur de la santé apparait particulièrement emblématique de cette agencification parce qu'il est comme saturé d'agences. Mais avant de s'intéresser à ces considérations, il est au préalable nécessaire de définir plus précisément ce que l'on entend par « agence » sur le plan conceptuel afin de saisir au mieux les contours de l'agencification.

1.1.2. La définition d'une « agence » : un débat conceptuel ancien

La recherche d'une définition du concept d'agence s'inscrit dans une tradition de recherche plus large et ancienne en management public, portant sur la détermination des frontières du secteur public et la construction de typologies des formes d'organisation qui compose ce dernier.

On peut ainsi remonter à l'article précurseur de D. N. Chester en 1953. Dans cet article, Chester cherche à savoir, pour le système administratif britannique, comment catégoriser les différentes formes d'organisation publique (Bach et al., 2012). Le point de départ de son analyse est de comprendre ce que recouvre alors le développement important au Royaume-Uni, de l'usage du terme de « public *corporations* » pour désigner une multitude d'organisations publiques en lieu et place des termes comme « *semi-autonomous authorities* » ou « *public board* ». Il fait premièrement le constat que ces formes d'organisation ne sont pas nouvelles et existent déjà depuis le début du XXe siècle. Deuxièmement, il détermine trois catégories principales d'organisations publiques (*public bodies*) : les services centraux des administrations ministérielles (*departement*), les autorités locales (*local authority*) et le « reste » (*the rest*) dont font partie les agences. Les deux premières catégories sont relativement simples à identifier, car elles font l'objet soit d'une définition communément admise, soit d'une définition légale. Pour la troisième, le « reste », l'auteur retient 4 caractéristiques principales que doivent avoir les organisations publiques pour en faire partie : l'indépendance financière, la nature et la fonction du conseil d'administration, partiellement déterminées par le pouvoir gouvernemental, le rôle du ministère dans la détermination des objectifs de l'organisation et enfin la composition du personnel qui est mixte (fonctionnaires et personnel sous statut privé). Tout au long de son raisonnement, l'auteur insiste sur l'indépendance de ces organisations comme caractéristique principale pour les distinguer du reste de l'administration. Les débats, les questions et

les conclusions présents dans cet article sont semblables à ceux que l'on va retrouver à partir de la fin des années 1990 sur l'agencification.

En effet, depuis le travail de D. N. Chester, la typologie des formes d'administration publique a été complétée (Greve et al., 1999). Ainsi, aux côtés des deux catégories traditionnelles de la direction ministérielle et de l'autorité locale, c'est la catégorie « reste » qui va être progressivement affinée avec le développement de ce que l'on appellera par la suite « agence ». Le terme alors privilégié est celui de *Quasi Non-Gouvernmental Organizations* (QUANGOS). On parle aussi d'organisations semi-autonomes (Pollitt et al., 2005).

Les différentes analyses[86] qui cherchent à donner une définition de l'agence reposent sur une série d'études nationales menées dans une perspective comparative entre le Royaume-Uni, les Pays-Bas et les principaux pays européens. Parmi ces analyses, la définition proposée par Politt et al. (2005) résume selon nous le mieux la littérature existante :

> "*To sum up, then, our working definition of an agency is an organization which:*
>
> - *has its status defined principally or exclusively in public law (though the nature of that law may vary greatly between different national systems)*
> - *is functionally disaggregated from the core of its ministry or department of state*
> - *enjoys some degree of autonomy which is not enjoyed by the core ministry*
>   - *is nevertheless linked to the ministry/department of state in ways which are close enough to permit ministers/secretaries of state to alter the budgets and main operational goals of the organization*
> - *is therefore not statutorily fully independent of its ministry/department of state*
> - *is not a commercial corporation."* (Politt et al, 2005 – p.10)

A partir d'une revue de la littérature, Politt et ses co-auteurs listent les différentes raisons qui conduisent à la création des agences : éloigner l'administration du politique pour des raisons d'efficacité, d'indépendance, ou de transparence ; rapprocher les administrations et les citoyens, flexibiliser les administrations publiques ou spécialiser certaines administrations. Ils relèvent également des raisons moins avouables (« *less noble motives* ») comme une forme de clientélisme, des stratégies d'austérité budgétaire, de mimétisme institutionnel ou pour se dégager de la responsabilité de politiques pouvant déplaire aux citoyens.

Les auteurs qui s'inscrivent par la suite dans ce programme de recherche autour de l'agencification ne vont pas remettre en cause cette définition générale. Ils vont plutôt chercher à montrer les différentes spécificités nationales qui existent et s'intéresser à la réalité des ambitions portées par les agences en termes d'autonomie vis-à-vis du gouvernement et de l'administration centrale ou de performance du secteur public (Maggetti & Verhoest, 2014; Verhoest et al., 2004).

[86] On se réfèrera notamment à Christensen et al., 2006; Pollitt & Talbot, 2004; Schick, 2002; Thynne, 2004; Verhoest et al., 2004.

Tableau n° 3.2 – Panorama des formes d'agences possibles

	Central administration	Agencification				Private sector
		Agencies				
Type	0	1	2	3	4	5
Definition	Unit or directory of the national central or federal government	Semi-autonomous organization unit or body without legal independence but some managerial autonomy	Legally independent organization/body (based on statutes) with managerial autonomy, either based on public law (2a) our private law (2b)	Private or private-law based organization established by or on behalf of the government like a foundation or corporation, company or enterprise (government owns majority or all stock, otherwise category 5)	Execution of tasks by regional or local bodies and/or governments (country, provinces, region, municipality)	Other, not listed previously Contracting-out to private companies and privatization with government owning minority or no stock
Political control	Maximal	+	Intermediate		-	Minimal

Source : adapté de Verhoest et al., 2012 - p.20

Outre les critères nécessaires pour déterminer ce qu'est une agence, les études s'accordent pour dépasser le raisonnement en termes de statuts ou de fonctions des agences. Elles insistent aussi sur l'idée d'un continuum des formes d'organisation de l'administration publique, allant de la direction ministérielle à l'entreprise privée délégataire d'une mission de service public (Tableau n° 3.2). Une autonomie managériale identifiable est un prérequis minimal pour caractériser une agence : cela se traduit généralement par une autonomie budgétaire et en matière de recrutement. Si l'on peut retenir à partir de la littérature et de la définition précédente un périmètre plus strict de ce qu'est une agence (types 1 et 2), ce dernier peut s'élargir en fonction des situations nationales (Types 3 et 4). Ainsi certaines organisations peuvent faire fonction d'agences ou se retrouver en position d'agences. Le degré d'agencification est plus ou moins fort et revêt des réalités nationales différentes. Si certains critères objectifs permettent de caractériser plus simplement une organisation d'agence, il est nécessaire de prendre en compte le contexte dans lequel elle évolue. Saisir le phénomène d'agencification contraint à la fois identifier ces critères objectifs, notamment le statut, et le contexte de développement des organisations étudiées.

Si les institutions publiques ont toujours eu une forme organisationnelle plurielle, sujet à controverses (Barker, 1982; Bezes, 2009), l'ampleur du recours à des formes organisationnelles qui se détachent de la forme attendue, bureaucratique, des administrations publiques est inédite.

1.2. Ampleur du phénomène d'agencification en France

L'agencification est un phénomène international, toutes les études évoquées à la section précédente peuvent en témoigner. Cependant, il n'en existe pas à notre connaissance de panorama exhaustif. L'étude la plus complète réalisée sur l'agencification est, à notre connaissance, celle menée par le groupe de recherche COST-CRIPO/COBRA (Verhoest et al., 2012). Cette étude, parue en 2012, regroupe toutes les monographies nationales et les travaux comparatifs menés par le groupe entre 2003 et 2011 pour 29 pays et pour l'administration de l'Union européenne. Elle vient principalement confirmer que les agences constituent bien une forme d'organisation ancienne qui s'est généralisée à

partir des années 1980-1990 avec un rythme d'installation quatre à six fois plus élevé qu'au cours des décennies 1940 à 1970. Par ailleurs, elle confirme également que si les agences présentent des points communs (*cf.* section précédente) elles prennent différentes formes en fonction des spécificités nationales et que leur degré d'autonomie varie en conséquence.

Cependant, au-delà des trajectoires nationales, la diffusion du *New Public Management* dans ses différentes applications peut être considérée comme la raison principale du développement massif des agences comme forme principale privilégiée de l'action publique.

En effet, cette diffusion est notamment visible dans les recommandations et les analyses portées par les organisations internationales. Dans le cadre de l'agencification, le rôle de l'OCDE est ainsi particulièrement visible comme en témoignent ses nombreuses publications sur le sujet (Laking, 2009; OCDE, 2002, 2012; Ziller, 2007).

En France, le phénomène d'agencification fait principalement l'objet d'études de la part de l'administration (Conseil d'Etat, 2012; IGPDE, 2003, 2008; Wahl, 2012). On trouvera également des éléments sur l'agencification en France dans des études relatives aux organismes publics (Conseil d'Etat, 2009; Cour des comptes, 2021b; Rochet, 2002). Ces analyses s'accordent à la fois sur l'ampleur du phénomène et la nécessité de dépasser une approche uniquement par le statut juridique – même si celui-ci reste prégnant dans les analyses. On trouvera également quelques études académiques (Allix & Van Thiel, 2005; Lafarge, 2012) qui replacent la logique d'agencification française dans une perspective comparative et dans les débats qui entourent le concept d'agencification.

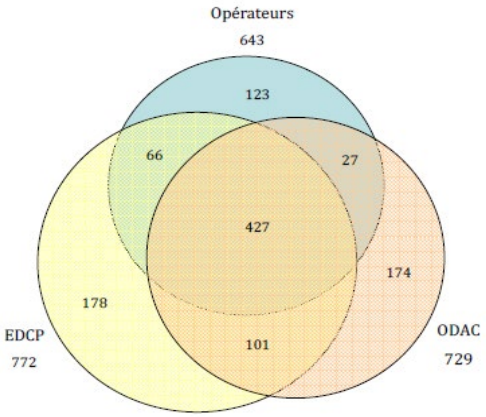
Du fait de leur caractère exhaustif, nous nous focaliserons dans cette section sur les études menées par l'Inspection Générale des Finances (IGF) et du Conseil d'Etat (CE) pour délimiter le périmètre de l'agencification. Ces deux études présentent la particularité d'adopter des perspectives d'analyse opposées sur le phénomène d'agencification. Là où l'IGF adopte une perspective extensive du phénomène d'agencification qui aboutit à un recensement de 1244 agences en 2010, le Conseil d'Etat adopte une perspective restrictive et recense donc seulement 103 agences en 2011. La différence importante entre ces deux approches du phénomène d'agencification tient aux démarches respectives adoptées par les deux institutions. En effet, l'IGF est partie des catégorisations d'organisations publiques et des statuts de ces organisations, tandis que le Conseil d'Etat a cherché à s'en affranchir en déterminant ses propres critères de définition de l'agence. Nous reviendrons dans un premier temps sur le rapport de l'IGF puis sur celui du Conseil d'Etat.

Comme on l'a dit, l'Inspection Générale des Finances (IGF) recensait 1244 « agences » pour l'année 2010. Le périmètre couvert par ce panorama correspondait à l'ensemble des entités exerçant une mission de service public non marchand et contrôlées par l'État. Étaient ainsi regroupés : les opérateurs de l'État, les Organismes Divers d'Administration Centrale (ODAC), les Entités Dotées d'un Comptable Public (EDCP), les Autorités Publiques Indépendantes (API), les Autorités Administratives Indépendantes (AAI) et les Services à Compétence Nationale (SCN). Ces différents ensembles d'entités publiques correspondent soit à des statuts (AAI, SCN), soit à des catégories construites dans le cadre de la Loi Organique des Lois de Finances[87] (Opérateurs), de la comptabilité nationale (ODAC) ou de la gestion par l'administration (EDCP). Ils ont donc dû faire l'objet d'un

[87] La Loi Organique des Loi de Finance (LOLF) promulguée le 1er août 2001 définit l'ensemble des normes et des règles qui s'appliquent au budget et aux documents comptables de l'Etat.

retraitement en raison des différents recoupements qui existent entre elles comme le montre le schéma n° 3.1 ci-dessous.

Schéma n° 3.1 – Recoupements des périmètres de catégorisations d'organismes publics



Source : reproduit à partir de IGF (2012) page 4

Ces différentes catégories définissent chacune le périmètre des organisations qui les composent. Bien qu'elles se recoupent à plus de 50%, elles mettent en évidence un large faisceau des formes d'agences possibles. Remarquons que ces catégories constituent un moyen de suivi des organisations publiques dans la mesure où elles font l'objet d'une diffusion publique. Les principales catégories sont les suivantes : les opérateurs, les ODAC, les EDCP et les AAI. L'analyse menée par l'IGF permet de proposer à la fois une lecture en termes de catégories et de statuts. On peut également relier chacune de ces catégorisations à une approche comptable spécifique : finances publiques, comptabilité nationale ou comptabilité budgétaire.

Les *« Opérateurs »* tels qu'ils sont définis par la LOLF regroupent toutes les organisations exerçant une mission non marchande de service public, financée majoritairement et contrôlée par l'État à travers des subventions ou des ressources affectées, et de manière à pouvoir déterminer les objectifs de l'organisation. Les opérateurs font l'objet d'un jaune budgétaire[88] annexé au Projet de Loi de Finances (PLF). A partir de 2013 ces critères sont assouplis et peuvent être complétés ou contournés pour qualifier une organisation d'opérateur. La notion et le terme d'opérateur se généralisent à partir de 2006. Dans l'esprit initial de la LOLF, il s'agit par cette catégorie de désigner des « organismes bénéficiaires d'une subvention pour charges de service public ». Toutes les organisations qualifiées *d'opérateur* sont rattachées à un programme de la LOLF. Elles font l'objet d'une présentation séparée dans les Projets et Rapports d'Appui à la Performance du PLF[89]. Le PLF 2017 dénombre 492 opérateurs. La catégorie d'opérateur permet de recouper les principaux statuts publics. Cependant, les opérateurs sont majoritairement des Établissements Public Administratifs (EPA) et des

[88] Les jaunes budgétaires sont des documents annexés au Projet de Loi de Finances qui ont pour objectifs d'informer le Parlement sur certains aspects budgétaires particuliers.

[89] Un programme correspond au cadre budgétaire qui détermine les moyens et les objectifs d'une politique publique. Il fait l'objet d'un projet et d'un rapport d'appui à la performance afin d'évaluer la réalisation de ses objectifs.

Etablissements Publics à Caractère Scientifique, Culturel et Professionnel (EPSCP). Ces deux statuts représentent 84.5% du total des opérateurs en 2020 selon la Cour des comptes. La catégorie d'opérateur s'inscrit dans une tentative de pilotage par la performance des organisations qui agissent au nom de l'Etat, promu pour toutes les administrations publiques par la LOLF (Benzerafa Alilat et al., 2016).

Les *« Organismes Divers d'Administration Centrale » (ODAC)* constituent une catégorie de la comptabilité nationale française. Il s'agit d'une catégorie générale regroupant des « organismes (…) auxquels l'État a confié une compétence fonctionnelle, spécialisée, au niveau national » (Insee, 2016). L'Insee recensait pour 2016 environ 700 ODAC. Les ODAC permettent de distinguer au sein des Administrations Publiques Centrales (APUC) l'administration centrale des organismes qui lui sont rattachés. On notera qu'il existe une catégorie similaire pour regrouper les Organismes Divers d'Administration Locale (ODAL). Cette catégorie d'organismes ne prend pas en compte les organismes déconcentrés de l'administration centrale. Les caisses nationales de Sécurité sociale bien qu'étant des Etablissements Public Administratifs de l'Etat relèvent en comptabilité nationale du sous-secteur des Administrations de Sécurité sociale (ASSO). La liste des ODAC a été modifiée en 2014 de manière à faire correspondre les comptes nationaux français avec le Système Européen des Comptes (SEC). Cette modification de périmètre concerne principalement des Etablissements Publics à caractère Industriels et Commercial (EPIC) qui ne respectaient pas le critère suivant lequel *« seules les unités pour lesquelles la part des recettes marchandes dans le total des coûts de production est durablement inférieure à 50 % peuvent être considérées comme faisant partie des administrations publiques (APU) »* (Insee, 2014 - p.2).

Les *Entités Dotées d'un Comptable Public (EDCP)* forment une catégorie de gestion de la Direction Générale des Finances Publiques. Elle ne fait pas l'objet d'une communication. L'Inspection Générale des Finances en dénombrait 772 en 2010. Remarquons que dans son dernier rapport consacré aux opérateurs de l'Etat, la Cour des comptes n'évoque pas cette catégorie, mais les établissements soumis au décret relatif à la Gestion Budgétaire et Comptable Publique (GBCP)[90]. La mise en œuvre du décret GBCP constitue à la fois une mise en conformité avec les textes européens et une poursuite de la mise en œuvre de la LOLF. Il s'agit avec cette réforme de suivre l'ensemble des organismes recevant majoritairement des financements publics indépendamment de leurs statuts ou de la présence d'un comptable public hormis pour les organismes locaux qui conservent leurs propres règles (Gloux, 2013). Pour ces derniers comme les collectivités ou les hôpitaux les instructions budgétaires et comptables demeurent.

On remarquera pour ces trois catégories que la normalisation européenne joue un rôle moteur dans leur transformation respective et tend ainsi à remettre en cause les spécificités nationales françaises dans la définition des organismes publics.

Enfin, l'IGF prend en compte également les *Autorités Administratives Indépendantes (AAI)* et *Autorité Publiques Indépendantes* (API) qui regroupent des organisations qui exercent principalement des fonctions de régulation de secteurs économiques. Les AAI ne possèdent pas de personnalité morale à l'inverse des API. Légifrance recensait 42 AAI en 2015. Depuis la loi organique n° 2017-54 du 20 janvier 2017 relative aux Autorités Administratives Indépendantes et Autorités Publiques Indépendantes, les autorités indépendantes sont dotées d'un statut commun et clairement

[90] Cette nouvelle catégorisation n'était pas en application au début de la thèse en 2016.

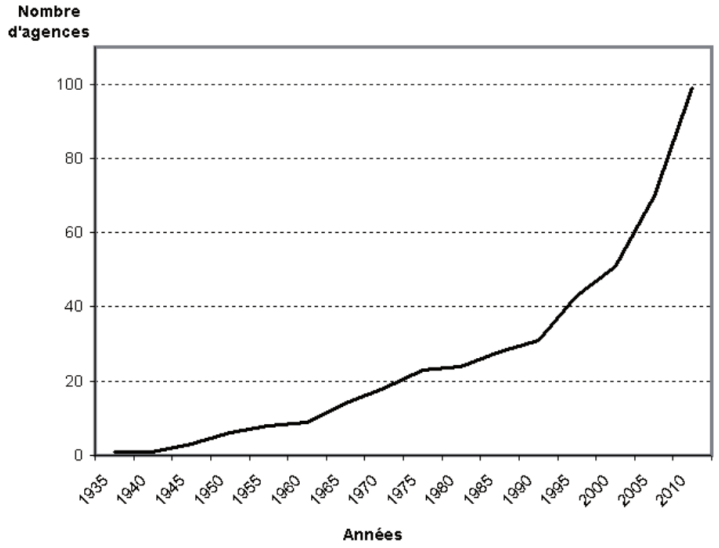
défini. Cette loi vise à limiter et mettre en ordre des autorités créées au gré des politiques sectorielles. Cependant au sein des AI on distinguera encore aujourd'hui celles qui relèvent du statut général de 2017 de celle qui n'en relève pas. Par ailleurs, les autorités publiques se distinguent à partir de 2003 des autorités administratives par le fait que les premières disposent d'une personnalité morale, même si la distinction entre ces statuts reste pour le moins limitée (Gélard, 2006).

À ces 4 catégories utilisées par l'IGF, on peut rajouter celle qui regroupe les « Commissions et instances consultatives ou délibératives placées directement auprès du Premier ministre, des ministres ». Cette catégorie fait, comme celles des opérateurs, l'objet d'un jaune budgétaire annexé au PLF. Bien qu'elles ne soient pas habituellement comptabilisées dans le périmètre des agences, ces entités doivent selon nous être prises en compte comme des formes d'organisations à la marge de l'agencification, car elles répondent aux critères de l'agencification définis dans la section 1.1.2, à la même logique. La différence principale par rapport aux autres agences tient à leurs très petites tailles et à leur absence de statut juridique explicite comme celui d'Établissement Public. Seule une analyse détaillée dans chaque secteur permettrait de qualifier précisément lesquelles peuvent être explicitement qualifiées d'agences.

Le statut principal des agences est celui d'Établissement Public qui se décline lui-même en quatre formes : les Établissements Publics à caractère Administratif (EPA) ou à caractère Industriel et Commercial (EPIC), Etablissements publics à caractère Scientifique, Culturel et Professionnel (EPSCP) et aux Établissements Publics à caractère Scientifique et Technologique (EPST). On trouvera aussi des entités adoptant le statut de Groupement d'Intérêt Public (GIP) ou de Service à Compétence Nationale (SCN).

Le champ d'investigation de l'IGF apparait donc très vaste. Pour sa part, le Conseil d'État dans le cadre de son étude annuelle 2012, ne recensait que 103 agences représentant 330 milliards d'euros (72,8 milliards sans les caisses nationales de sécurité sociale) et 145 000 emplois équivalents temps plein. L'importante différence qui existe entre le décompte de l'IGF et celui du Conseil d'État tient exclusivement aux critères plus restrictifs que ce dernier a choisi pour définir une agence. Le premier critère retenu est celui de l'échelle territoriale d'intervention : l'entité doit mener par elle-même une politique nationale « structurante ». Il recoupe donc les catégories d'opérateurs et d'ODAC, mais en exclu les organismes déconcentrés de l'administration centrale. Le second critère est celui de l'autonomie de l'entité vis-à-vis de l'État. Elle doit être sous la tutelle du ministère, mais en dehors de son organisation hiérarchique traditionnelle. Enfin, comme on peut le voir sur le schéma n° 3.2 l'étude du Conseil d'État confirme que même si les agences sont une forme ancienne d'organisation, puisque certaines existent depuis l'entre-deux-guerres, elles sont de plus en plus nombreuses. Cette forme va se généraliser à partir des années 1990.

Schéma n° 3.2 - Evolution du nombre d'agences en France au sens du Conseil d'État



Source : Conseil d'Etat, 2009 - p.12

Les agences dans leur diversité interrogent quant à la nature du modèle d'organisation de l'administration publique qu'elles véhiculent. En effet, si on ne peut que constater leur développement simultanément à celui des autres dimensions du *New Public Management*, on peut également se demander si dans leur mise en œuvre pratique ces agences transforment réellement le fonctionnement de l'administration publique et si oui, dans quelle mesure.

1.3. L'agencification, symptôme d'un nouveau modèle d'action publique ?

Le développement des agences et leur généralisation semblent être, à première vue, un constat accréditant la réussite du déploiement du NPM, sa capacité à imposer les solutions qu'il préconise comme modèle d'organisation publique. Cependant, force est de constater que le NPM comme modèle permettant de décrire le fonctionnement et l'évolution de l'administration est aujourd'hui remis en cause. En effet, le NPM a presque 40 ans et de nombreux travaux s'y intéressant ont montré ses paradoxes et les limites de ses aspects nouveaux (Reiter & Klenk, 2019).

L'agencification, par son caractère transversal aux différents modèles d'organisation publique, permet ainsi de réinterroger la pertinence respective de ces derniers. Autrement dit, il s'agit de savoir si l'agencification, par son ampleur nouvelle, préfigure un nouveau modèle ; si elle constitue, par ses origines anciennes, un retour à la bureaucratie sous une forme particulière ; ou si elle est une des diverses manifestations du NPM. La détermination du modèle auquel se réfère l'agencification n'est pas qu'un simple débat théorique sur la réalité ou la portée de ces modèles. Elle constitue une question importante dans la mesure où une administration organisée selon l'un ou l'autre de ces modèles porte des projets de société radicalement différents (Hibou, 2012). L'enjeu tant pour les praticiens que pour les chercheurs est donc d'être en mesure de comprendre la cohérence d'ensemble des systèmes administratifs contemporains. Sans la détermination de cette cohérence d'ensemble et de la place qu'y

occupe l'agencification, il n'est pas possible de faire des recommandations ou de proposer des réformes en adéquation avec les aspirations politiques et les besoins de nos sociétés.

On peut identifier principalement quatre faiblesses du NPM qui expliquent sa remise en cause. Premièrement, le NPM doit faire face à un manque de cohérence interne, car le NPM est l'agrégation d'une multitude de théories et de caractéristiques. Ainsi comme le montre Gruening (2001), il est possible de justifier avec 14 théories de différentes disciplines (droit, sciences administratives, économie) les caractéristiques principales du NPM. Cette diversité rend de fait floue la caractérisation de ce qu'est une administration au sens du NPM. Deuxièmement, comme le soulignent Meier et Hill (2005), le NPM est un modèle paradoxal, car en cherchant à remettre en cause la bureaucratie, il vient lui-même limiter les capacités d'action de l'administration : *« The liberation of public managers requires the capacity to act, but the dimunition of government reduces this capacity. »*. La réforme d'une administration existante suppose du temps, des moyens et de nouveaux outils pour contrôler les organisations qui font ce que faisait l'ancienne organisation bureaucratique de l'administration. On pense ici par exemple aux fonctions de régulation nécessaires suite à la privatisation de certains services publics (eau, électricité, télécoms, etc.). Cet aspect nous conduit à la troisième faiblesse du NPM qui concerne sa mise en œuvre. Le NPM, en cherchant à modifier les structures administratives existantes au nom d'impératifs de gestion, va s'opposer aux intérêts de certains groupes ou d'une partie de la population. Pour être mises en œuvre, différentes stratégies de désengagement – *« retrenchment »* – devront être mises en place alors même qu'elles sont coûteuses ou pourvoyeuses d'inefficacité (Pierson, 1994). Enfin, la quatrième faiblesse concerne l'application du NPM qui se révèle être inégale en fonction des pays, remettant en cause son caractère de modèle. Ainsi, compte tenu de ces quatre faiblesses conceptuelles et empiriques, déterminer si une administration fonctionne ou non selon les principes du NPM se révèle difficile.

Face à ces limites, des auteurs en management public proposent de nouvelles grilles d'analyse (Tableau n° 3.3) qui n'entendent pas forcément remplacer les deux modèles canoniques de la bureaucratie et du NPM. La littérature évoque des modèles post-NPM (Reiter & Klenk, 2019) parmi lesquels on peut notamment retenir ceux de la *New Public Governance* (NGP), de la Gouvernance en réseau (*Network*) ou du *Neo Weberian State* (NWS) pour décrire le fonctionnement actuel des administrations (Politt et Bouckaert, 2011).

Tableau n° 3.3 – Modèles alternatifs au *New Public Management*

Model	Core claim	Most common co-ordination mechanism
Neo-Weberian State (NWS)	To modernize the traditional state apparatus so that it becomes more professional, more efficient, and more responsive to citizens. Businesslike methods may have a subsidiary role in this, but the state remains a distinctive actor with its own rules, methods, and culture	Authority exercised through a disciplined hierarchy of impartial officials.
Networks	To make government better informed, more flexible and less exclusive by working through 'self-organizing' networks rather than hierarchies and/or market mechanisms	Networks of interdependent stakeholders
Governance (NPG)	To make government more effective and legitimate by including a wider range of social actors in both policymaking and implementation. Some varieties of governance explicitly rest on a 'network' and most of them emphasize 'horizontality' over vertical controls	Network of, and partnerships between, stakeholders.

Source : Pollitt & Bouckaert, 2011 – p.22

Il existe d'autres modèles qui mettent en avant les aspects numériques *Digital Era Governance* (DEG) ou d'intégration de l'action publique *Whole of Government approach* (WoG) (Guenoun & Matyjasik, 2019). Cependant, tous ces modèles conservent une importante proximité avec le *New Public Management* dans la mesure où ils véhiculent l'objectif de « faire mieux avec moins » en mobilisant des outils similaires (Guenoun & Matyjasik, 2019). Dans ces conditions d'autres auteurs vont donc chercher à dépasser le NPM en revenant au concept de bureaucratie (Benamouzig & Besançon, 2007; Bezes, 2020; Bezes & Lidec, 2016; Galès, 2008) et donc en dépassant *de facto* la vision restrictive, adoptée dans la section 1.1.1, de la bureaucratie comme simple modèle d'organisation publique. En effet, rappelons qu'au sens de Weber, la bureaucratie est un processus général de rationalisation des activités humaines inhérent au capitalisme et qui produit leur désenchantement, la perte de valeur.

Ce retour à la bureaucratie a notamment été développée par B. Hiboux (Hibou, 2012, 2019, 2020) qui réintroduit le concept de bureaucratie en le qualifiant de néolibéral. Dans son analyse, la bureaucratie n'est pas seulement une forme d'organisation, mais constitue une forme sociale de pouvoir reposant

sur un ensemble de dispositifs normatifs et procéduraux divers. Cette approche d'inspiration foucaldienne de la bureaucratie, à travers la notion de dispositif, insiste sur les rapports de pouvoirs sous-jacents à l'organisation de l'administration et les difficultés à saisir leurs formes concrètes. Deux caractéristiques distinguent la bureaucratie néolibérale de la bureaucratie wébérienne traditionnelle : le caractère privé de la détermination des règles et l'abstraction très forte qu'elle engendre. Suivant les mêmes perspectives de recherche (Graeber, 2015) insiste le fait que la bureaucratie néolibérale est le résultat du développement des logiques de marché qui nécessitent nettement plus d'administration.

2. L'agencification du système de santé et de protection sociale français

L'importance du contexte national pour comprendre le phénomène d'agencification rend les études comparatives difficiles. Aussi, malgré le fait que certaines études incluent la France, cette dernière reste un cas peu étudié. À cela, s'ajoute le fait que la France est marquée par un certain cloisonnement sectoriel de l'administration qui rend difficile la détermination, même au niveau national, d'une cohérence d'ensemble au sein du système administratif (Bèzes, 2009).

Pour autant, à partir du cas du secteur sanitaire et social français, il est possible d'obtenir pour la France un panorama relativement complet des différentes réalités du phénomène d'agencification décrites dans la première section de ce chapitre : le recours massif aux agences, la diversité des statuts et des missions, le caractère poreux du concept d'agence (2.1).

Cependant, l'entrée par une approche globale sur le phénomène d'agencification tel qu'il est analysé en management public conduit à négliger les logiques sectorielles qui justifient également le recours à l'agence au-delà de l'explication en termes de généralisation du *New Public Management*. En passant en revue les logiques sectorielles à l'œuvre au cours des années 1990 au sein du système sanitaire et social français, on peut montrer que l'adoption de la forme organisationnelle de l'agence répond également à un besoin exprimé par les pouvoirs publics pour mettre en œuvre leur objectif de contrôle du secteur (2.2). Le processus d'agencification peut être ainsi réinterprété comme la mise en œuvre d'un nouvel esprit de la bureaucratie conforme à un nouvel esprit du capitalisme (2.3).

2.1. Le secteur sanitaire et social : un monde d'agences – Essai de cartographie

Comme nous avons pu le voir dans la section précédente, la définition de ce que recouvre précisément le terme « d'agence » est une tâche difficile compte tenu du caractère général de la définition académique, des différents statuts existants ou du nombre de catégories forgées par le législateur ou les acteurs administratifs au fil du temps. Il n'existe donc pas un seul panorama exhaustif des agences en France, mais une multitude de listes qui évoluent au gré des ajustements et des réformes du système sanitaire et social. Ce dernier point n'est pas sans poser des difficultés quant à la traçabilité dans le temps des agences et pour comprendre l'évolution du périmètre de l'administration publique.

Pour réaliser cet essai de cartographie des agences nationales dans le secteur sanitaire et social français, nous procéderons donc en quatre temps à partir des catégorisations ou regroupements de catégorisations existantes, des plus larges aux plus étroites :

1. Panorama large de l'agencification à partir de différentes catégories ou classification d'organisations publiques.
2. Agencification au sens du Ministère en charge de la Santé
3. Focalisation sur la catégorie « opérateurs et agences » du Ministère en charge de la Santé
4. Approche par le Comité d'Animation du Système d'Agences (CASA).

Cette démarche nous permet d'aboutir à la construction d'un périmètre de 31 agences en santé.

Dans un ***premier temps*** pour parvenir à dresser un tel panorama de l'agencification dans le cas du secteur sanitaire et social, nous avons extrait les organisations relevant du champ sanitaire et social des différentes listes correspondantes aux catégories évoquées précédemment (ODAC, opérateurs, AI, CICD) que nous complétons avec la liste annexée au PLFSS des acteurs financés par la Sécurité sociale (Tableau n° 3.4). Nous avons donc puisé des informations dans cinq sources différentes. Parmi ces cinq sources, trois concernent des catégories d'organisations qui sont jugées par la littérature académique et administrative comme étant des organisations à la frontière de la définition d'une agence : Autorités Indépendantes, Sécurité sociale et Commissions Indépendantes Consultatives ou Délibératives (CICD). On aurait alors pu les écarter. Cependant, comme nous le verrons par la suite, plusieurs de ces organisations présentes dans ces catégories semblent effectivement répondre à la définition de l'agence et en jouent le rôle. Nous avons donc conservé ces sources pour documenter le phénomène d'agencification sanitaire. Notre périmètre d'investigation est donc volontairement large. Ce qui nous a permis dans un second temps à la fois d'identifier les recoupements possibles entre ces catégories et d'avoir un panorama le plus exhaustif possible pour distinguer des sous-secteurs du secteur sanitaire et social français. Le caractère souple et situé du concept d'agence nous contraint à cette perspective d'analyse large pour saisir le phénomène d'agencification.

Tableau n° 3.4 – Panorama des sources pour identifier l'agencification en santé

Type d'organisations	***Opérateurs de l'Etat***	***Organismes Divers D'administration Centrale (ODAC)***	Autorité Indépendante (AI)	Organismes financés à la Sécurité sociale	Commissions et Instances Consultatives ou Délibératives (CICD)
Périmètre	Jaune budgétaire annexé au PLF Missions « Santé » et « Solidarités, Insertions, égalité des chances »	Liste Insee Fonction CFAP 7 (santé) et 10 (Protection sociale)	Légifrance.fr Secteur santé	Annexe du PLFSS dédié aux acteurs financés par la sécurité sociale *annexe 8 les comptes du fsv, de la cades, du frr, de la cnsa, du fonds CMU et des organismes ou fonds financés par des régimes obligatoires de base*	Jaune budgétaire consacré aux « commissions et instances consultatives ou délibératives placées directement auprès du Premier ministre ou des ministres Champs 8 « Santé et solidarité »
Nombre	26 dont : - 17 ARS - 1 agence mission Agriculture, alimentation, forêt et affaires rurales : ANSES - 2 opérateurs mission Enseignement Supérieur et Recherche (INSERM et IRSN)	86 dont : - 7 fonction 10 dont : - 1 hors champs (ANCOLS) - 79 fonction 7 dont : - 17 ARS - 40 CPP	5 dont : - 2 AAI - 2 API - 1 API sans personnalité	20 dont ; - 7 Fonds	45 dont : - 1 en cours de suppression - 8 à 0 réunion
Source	Jaune budgétaire annexé au PLF 2017	Liste Insee pour 2017 publiée en 2019	Listes Légifrance 2015 et 2019	Annexe n° 8 du PLFSS 2018	Jaune budgétaire CICD PLF 2018

Source : auteur

La catégorie « opérateurs de l'Etat », pourtant là plus à même de caractériser ce qu'est une agence, apparait comme très limitée puisqu'elle ne retient que 23 opérateurs dont les 17 Agences Régionales de Santé, soit en réalité seulement 7 types différents d'agences qui ne peuvent résumer seuls les agences en santé. La catégorie des Organismes Divers d'Administration Centrale (ODAC) permet d'élargir le champ avec 89 organismes. Cependant dans ce nombre, on trouve 40 comités de protection des personnes, et 17 ARS restreignant le périmètre à 44 types différents d'organisations. On retrouve dans cette liste les principaux acteurs du système de santé, mais également plusieurs acteurs qui peuvent difficilement prétendre à un statut d'agence dans notre analyse en raison de leur périmètre d'action exclusivement local – comme les 40 CPP évoqués ou les 4 GIP Maisons des adolescents (MDA) recensés. L'intégration des Autorités Indépendantes permet de confirmer la présence de la Haute Autorité de Santé (HAS) dans notre panorama, présente par ailleurs dans la liste des ODAC. C'est également le cas pour l'Agence Française de Lutte contre le Dopage bien que

relevant de l'autorité du ministère en charge des sports. A priori, hormis éventuellement la HAS, les autres autorités ne devraient pas rentrer dans le périmètre des agences nationales en raison de leur degré de détachement garanti par leur statut.

L'annexe n° 8 du PLFSS revêt un caractère particulier. Elle ne confirme pas seulement la présence d'organisations présentes par ailleurs dans les listes ODAC et Opérateurs, mais permet de prendre en compte le fait que la politique publique du système sanitaire et social français ne se limite pas à l'Etat, aux Administrations Publiques (APU) en comptabilité nationale, mais passe également par les organismes de Sécurité sociale. Autrement dit, certains acteurs essentiels de la politique publique sont financés et en partie contrôlés par les organismes de Sécurité sociale sans pour autant être des organismes propres aux champs d'action de la Sécurité sociale. On remarquera que ce financement de politiques publiques étatiques par la Sécurité sociale a déjà fait l'objet de débats anciens, car considérée comme des « charges indues » pour le budget de cette dernière (*cf.* Chapitre 1).

Les Commissions Indépendantes Consultatives ou Délibératives (CICD) recensées apparaissent comme des organismes secondaires aussi bien par leur mission que par leur place au sein du système sanitaire et social. Sur 45 entités, une est en cours de suppression et huit ne se sont pas réunies au moins une fois en 2016. Deux organismes se distinguent par leur volume de réunions et représentent ainsi presque la moitié de l'activité délibérative recensée, 48.85% des réunions, dont 39,87% des réunions des CICD pour le seul Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) et 8.97% pour le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS). Malgré leur rôle central, ces deux entités n'étaient pas jusque-là dans notre panorama.

Nous obtenons ainsi une liste constituée de 86 entités (cf. annexe n° 3.1). Par souci de lisibilité nous n'incluons pas les instances consultatives (CICD) à cause de leur statut particulier et de leur petite taille, alors que nous en identifions 36 par recoupement des listes. La liste des 86 entités permet de constater qu'en fonction des administrations, une même entité peut être considérée ou non comme une agence. Seules deux entités sont présentes dans toutes les catégories : l'Agence de Bio Médecine et la nouvelle Agence Nationale de Santé Publique. On pourrait également retenir les Agences Régionales de Santé dans la mesure où le Fonds d'Intervention Régional est exclusivement sous leur contrôle

Enfin, au-delà de ces organisations que l'on identifie à partir de ces catégories, on pourrait aussi se demander s'il ne faudrait pas inclure dans ce panorama des agences, les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ou groupes Hospitaliers Publics comme l'AP-HP qui, pour certains d'entre eux, par leurs missions et leurs rôles de plus en plus structurants dans les territoires, leur envergure et leur pilotage national, et leur nombre limité correspondent de plus en plus à des opérateurs de l'État. Un parallèle pourrait être fait avec les universités qui depuis la loi sur l'autonomie des universités (2007-2010) intègrent le cadre des opérateurs de l'État. Nous reviendrons plus spécifiquement sur le cas des GHT dans le chapitre 4.

Nous avons donc tenté de dénicher les agences dans différents documents administratifs pour en dresser un panorama. Si l'approche par les différentes catégories d'organismes permet de dresser un premier panorama, elle ne résout pas les questions inhérentes à la caractérisation d'une agence puisque ces différentes catégories répondent principalement à la définition académique large identifiée précédemment.

Dans un ***deuxième temps***, on peut donc contourner cette difficulté en se plaçant du côté des acteurs afin de prendre en compte les organisations qu'ils considèrent eux-mêmes comme des agences. Sachant que nous cherchons à identifier la place de l'Etat dans le contrôle du secteur sanitaire et social français, nous allons nous proposons d'adopter son point de vue. Qu'est-ce que l'Etat considère comme agence ? Pour ce faire, nous reprenons la liste publique « d'acteurs » mise à disposition sur le site internet du ministère en charge de la santé. Cette liste identifie les *« d'acteurs »*, organisations qui lui sont rattachées et définies comme *« les différents acteurs qui exercent une mission de service public dans le domaine des affaires sociales et de la santé, en lien avec le ministère et ses directions ».* Elle est divisée en trois sous-groupes : *« opérateurs et agences », « instances rattachées »* et *« partenaires ».* On compte ainsi 63 entités.

L'intérêt principal de cette liste est de se dégager d'une approche en termes de statut ou de catégorie pour prendre en compte une réalité a priori opérationnelle, compte tenu à la fois de fragmentation du système sanitaire et social français et de son organisation « en silos », compartimentée entre ses sous-secteurs. Remarquons cependant que même si cet effort de recension apporte une certaine lisibilité sur les différentes structures existantes, il entraine des confusions en particulier pour la catégorie « agences et opérateurs ». En effet, sont désignées dans cette catégorie des organisations qui ne sont ni des « opérateurs », au sens de la LOLF, ni des « agences » dans le sens du Conseil d'État ou dans leur dénomination.

Compte tenu des problèmes méthodologiques liés la définition de l'agence, au périmètre de l'État et à la qualité des sources existantes, nous limitons l'analyse (Tableau n° 3.5) menée ici à ce que le ministère reconnait comme étant des *agences ou des opérateurs*.

Dans un ***troisième temps*** donc, si on se focalise sur cette liste restrictive des « agences et opérateurs » établie par le ministère[91], on peut faire plusieurs constats sur l'agencification sanitaire et sociale en France. Le tableau n°3.5 résume les principales caractéristiques de cette catégorie.

Premièrement, la majorité des agences se coordonnent avec la tutelle ministérielle à travers des contrats (15) ou des conventions (8). Deuxièmement, les agences ont principalement soit le statut d'établissement public (22) soit celui de Groupement d'Intérêt Public (6). Troisièmement, hormis les organismes de sécurité sociale et quelques entités spécialisées (Inserm, INJA), on constate que toutes les agences évoquées ici ont été créées au cours des années 2000. Il est important de préciser qu'il s'agit d'une relative illusion temporelle puisque, sous leur forme initiale, ces agences ont été créées au cours des années 1990. Elles ont été progressivement consolidées avant la loi Hôpital Patient Santé et Territoire de 2009. Quatrièmement, toutes les agences agissent au niveau national mis à part les ARS (régional) et les MDPH (départemental). Le cas des instituts nationaux des jeunes sourds et aveugles (INJS/INJA) est particulier, car si ces établissements jouent un rôle local d'accueil de publics spécifiques, ils ont également une portée nationale notamment du fait de leurs activités de recherche (Carayon et al., 2018). Ces quatre organismes apparaissent comme plus limités et donc à la frontière du périmètre des agences nationales. Cinquièmement, les agences disposent de faibles budgets, sauf celles qui gèrent directement une partie du système de santé et de protection sociale (ARS, caisses nationales de sécurité sociale). Enfin, on peut aussi remarquer que hormis les organismes de sécurité sociale, l'ensemble des entités ici référencées appartiennent exclusivement au

[91] Le détail est disponible en annexe n° 3.2.

domaine de la santé. Cette prédominance des agences sur la santé s'explique par le fait que la structure organisationnelle de la sécurité sociale n'a que peu évolué depuis la réforme de 1967[92].

Tableau n° 3.5 – Caractéristiques des « opérateurs et agences »

Caractéristique	Situation pour la catégorie « opérateur et agences »
Mode de coordination	14 Contrats d'Objectifs et de Performance (COP) 1 Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) : ARS 7 Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG) : champs Sécurité sociale et CNSA 2 Conventions Pluriannuelles d'Objectifs (CPO) : champs de l'enfance AFA et GIPED 6 autres : – 2 projets d'établissement : INJA et INJS – 1 contrôle IGASS : OPCA – 2 non concernés : intégrés au GIPED – 1 non précisé : MDPH
Statut	6 Groupements d'Intérêt Public (GIP) + 2 services intégrés au GIPED 21 Etablissements publics dont : – 17 Etablissements Publics à caractère Administratif (EPA) – 2 Etablissements Publics à caractère Industriel et Commercial (EPIC) – 1 Etablissement Public à caractère Scientifique, Culturel et Professionnel (EPSCP) – 1 Etablissement Public à caractère Scientifique et Technique (EPST) 1 Association – Organisme Paritaire Collecteur Agrée (OPCA)
Période de création	1 organisme en 1791 – INJS de Paris 7 organismes entre 1964 et 1974 – Principalement Sécurité sociale 16 organismes entre 2000 et 2009 – Agences d'Etat 6 organismes entre 2010 et 2019
Echelon d'action	26 organismes d'envergure nationale 1 type d'organismes d'envergure régionale – ARS 1 type d'organismes d'envergure départementale - MDPH 2 organismes d'envergure intermédiaire – INJA-INJS

Source : auteur

Enfin dans un ***quatrième temps*** on peut compléter notre approche en mobilisant une dernière catégorie produite par le ministère afin d'identifier ce que l'on considère comme une agence nationale en santé. Il s'agit de la liste des membres du Comité d'Animation du Système d'Agences (CASA) mis en place dans sa version actuelle par l'Ordonnance n° 2016-967 du 15 juillet 2016 relative à la

[92] La réforme de 1967 crée les caisses nationales de sécurité sociale.

coordination du système d'agences sanitaires nationales, à la sécurité sanitaire et aux accidents médicaux[93]. Ce comité a pour objectif d'améliorer la coordination des agences sanitaires françaises. Il est composé de 11 organismes : ABM, ANSM, ANSES, ANSP, EFS, HAS, HCSP, IRSN, ASN, INCa, Inserm (graphique n° 3.3). On notera que l'ensemble des organismes se trouvaient dans le périmètre précédent des « opérateurs et agences » défini par le ministère en charge de la santé hormis les deux autorités indépendantes Haute Autorité de Santé (HAS) et Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN), et la commission indépendante que constitue le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) identifié précédemment.

A l'issue de cette tentative de panorama, nous pouvons établir la cartographie présentée dans le schéma n°3.3 de l'agencification en santé qui compte au maximum 31 agences si l'on se rapproche le plus du point de vue du ministère. De manière plus stricte en reprenant la définition donnée à la section 1.1 2 et du périmètre d'action nationale, on peut restreindre le périmètre des agences en santé à 27 agences nationales en santé.

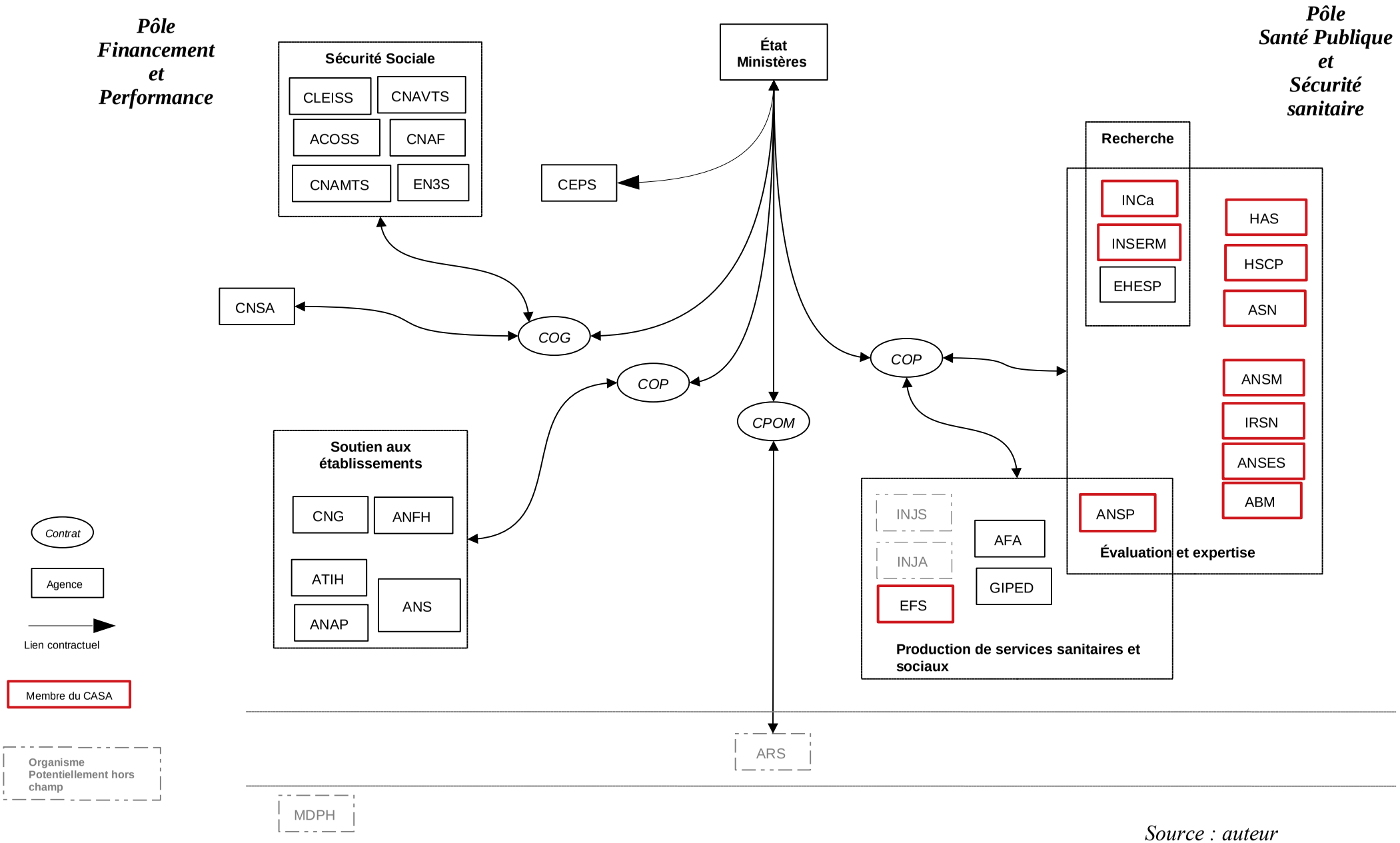
A partir des descriptions des agences, on peut les regrouper en fonction de leurs principales missions au sein du système de santé : soutien aux établissements, sécurité sociale, recherche, production de services ou évaluation et expertises. Un tel recoupement laisse se dessiner deux pôles d'agences en termes de fonction au sein du système de santé : un pôle qui regroupe des agences en charge du financement et de la performance du système de santé, un second pôle tourné vers la Sécurité sanitaire et la santé publique.

Si toutes les agences recensées exercent au niveau national, ce n'est en revanche pas le cas des Agences Régionales de Santé (ARS) et des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). Ces deux types de structures ne répondent donc pas a priori au critère d'exercice national retenu précédemment. Cependant les ARS, de par leur rôle structurant et leur unité d'action, semblent pouvoir être envisagées comme des agences d'envergure nationale (cf. chapitre 4). S'il y a bien une ARS par région, la faible différenciation d'action entre les ARS homogénéise leur action au niveau national.

La démarche que nous avons adoptée dans cette section a été volontairement à distance des acteurs eux-mêmes et par le haut dans la mesure où nous avons cherché à identifier l'ampleur du développement des agences dans le secteur sanitaire et social français à partir des débats autour du phénomène d'agencification entendu comme une mise en œuvre du *New Public Management*. Par définition, cette approche totalisante ne rend pas compte des phénomènes propres au secteur sanitaire et social, c'est-à-dire qu'elle ne prend pas en compte les mouvements de réformes qui ont justifié le recours à la forme organisationnelle d'agence.

[93] Complétée par Décret n° 2017-1590 du 20 novembre 2017 relatif à la composition et au fonctionnement du Comité d'animation du système d'agences.

Schéma n° 3.3 – L'administration sanitaire : un monde d'agences



Source : auteur

2.2. Les logiques sectorielles en santé, motrices de l'agencification

Si le panorama des agences en santé que nous avons dressé précédemment à partir d'une tentative de cartographie du phénomène confirme l'ampleur et la plasticité du concept d'agence, une approche par l'histoire de ces agences permet de mettre en avant l'intérêt stratégique de cette forme organisationnelle. L'objectif de cette section est d'esquisser les raisons qui ont conduit à la création des principales agences sanitaires en montrant le rôle décisif de la sécurité sanitaire (2.2.1), celui de la démocratie sanitaire (2.2.2) et de la contrainte budgétaire (2.2.3). Ces trois éléments ont été décisifs pour le développement de l'agencification en santé.

2.2.1. La santé publique au prisme de la Sécurité sanitaire

Le développement de la sécurité sanitaire est le résultat de la crise sanitaire qui a eu lieu au début des années 1990, suite à l'affaire du sang contaminé par le VIH SIDA notamment. Tabuteau (2007) définit la sécurité sanitaire comme « la protection contre les risques liés au fonctionnement du système de santé » et « contre les risques sanitaires dans les domaines de l'alimentation et de l'environnement ». L'affaire du sang contaminé, ou celle des hormones de croissance ont révélé de nombreuses carences dans l'organisation et le fonctionnement du système de santé en matière de contrôle et de traçabilité de la qualité des produits de santé. Des produits considérés comme sains ou fiables se sont révélés ne pas l'être, entrainant la mort de personnes bénéficiaires de ces produits. Ces crises interviennent dans un contexte de forte médiatisation de l'épidémie de SIDA et des réactions tardives ou peu précautionneuses des pouvoirs publics (Mangin, 2004).

La réaction des pouvoirs publics est de revoir entièrement la filière de la transfusion sanguine et de distinguer les missions de production de celles de contrôle des produits de santé. L'agence apparaît alors comme le moyen privilégié pour répondre à la crise. Pour cela l'Agence Française du Sang (AFS) est créée par la loi du 4 janvier 1993 relative à la sécurité sanitaire. La partie production est confiée aux Etablissements de Transfusion Sanguine (ETS). Par ailleurs la loi de sécurité sanitaire crée l'Agence du Médicament (ADM). Cette organisation sera confirmée avec la création en 2000 de l'Etablissement français du Sang pour la production et de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) qui regroupe l'AFS et l'ADM. Elle sera elle-même remplacée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) en 2012 suite à l'affaire du Médiator dans laquelle la gestion de l'AFSSAPS est mise en cause. Il s'agit alors de renforcer les compétences et l'indépendance de l'Agence vis-à-vis de l'industrie du médicament.

Ce schéma d'évolution organisationnelle de l'Etat sanitaire par la création d'agences suite à une crise, leur consolidation par fusion ou par des changements de statuts, apparait comme valable pour toutes les agences de sécurité sanitaire que nous avons recensées.

Malgré des faiblesses opérationnelles dans leurs capacités à garantir effectivement la sécurité sanitaire, ces agences viennent équiper une administration qui reste faible en termes de compétences techniques et humaines (Gay, 2020). C'est avec ces agences qu'émerge le rôle de l'expertise en santé. Le développement de cette expertise par les agences a été interprété dans la littérature comme la mise en œuvre de nouvelles « bureaucraties techniques » (Benamouzig & Besançon, 2005, 2007). Selon les auteurs, les agences sont le signe d'une revitalisation des administrations bureaucratiques plutôt que de leur recul. Les agences sanitaires dotent l'administration centrale en santé des compétences humaines et techniques qui lui faisaient défaut.

De par ce renforcement de l'administration centrale, certes sous forme d'agences, et de par la production transparente d'informations et la rationalisation de la production de cette connaissance experte, ces agences s'apparentent paradoxalement à la fois à des bureaucraties au sens weberien et à des administrations fonctionnant selon les principes du NPM.

Mais la capacité d'évolution de l'agence et son détachement par rapport à la rigidité de l'administration centrale lui donnent une souplesse supplémentaire qui permet aux fonctionnaires et au politique de se dédouaner de la production de la réponse technique à un problème (Gimbert, 2005; Torny, 2007). L'agence apparaît ainsi comme un moyen offert au politique de diriger la politique publique, mais de se déresponsabiliser en cas de scandale sanitaire. Dernier domaine où les agences ont un rôle non négligeable : celui des pratiques médicales qui font l'objet d'une normalisation voire d'une industrialisation progressive. L'objectif est de lutter contre l'hétérogénéité des pratiques médicales. Les agences édictent des règles de bonne pratique et des *« one best way »* pour la pratique médicale (Da Silva & Gadreau, 2015), dans le cabinet médical comme dans le bloc opératoire. L'amoncellement de réglementations au nom de la santé publique (il s'agit de « mieux soigner » sans dépenser trop) se traduit par un renforcement progressif du contrôle des pratiques médicales (Robelet, 1999; Rolland & Sicot, 2012).

On peut ainsi observer le poids important des questions de Sécurité sanitaire dans le mouvement d'agencification en santé en France à travers une perspective chronologique et quantitative. On peut également l'observer par le rôle central et prépondérant qu'occupent les agences de sécurité sanitaire au sein de toutes les agences sanitaires.

En effet, l'onde de choc aussi bien politique qu'administrative des crises sanitaires des années 1990 a conduit les pouvoirs publics à organiser la nouvelle administration sanitaire agencifiée autour de cette question. Cette place centrale des agences de Sécurité sanitaire au sein du système administratif de santé se manifeste par la création en 1998 d'une entité de coordination, le Comité National de Sécurité Sanitaire (CNSS).

La création de cette entité de coordination peut être interprétée de deux manières soit comme une réduction de l'autonomie respective des agences soit comme un moyen de simplifier les relations avec la tutelle étatique et notamment avec la Direction Générale de la Santé. La multiplication des agences tombe sous le coup de la critique de l'éclatement de l'administration publique et la spécialisation à outrance de ces nouvelles administrations. Le comité apparait comme une solution organisationnelle de compromis entre la nécessité de l'autonomie, caractéristique fondamentale des agences, et le besoin de coordination des agences afin notamment d'apporter une réponse cohérente aux pouvoirs publics en cas de crise sanitaire ou pour les prévenir. L'enjeu pour le ministère est de limiter les coûts de coordination afférant à la démultiplication de ses interlocuteurs dans un contexte où ses moyens restent faibles au regard de l'augmentation de ses missions. On retrouve ici le paradoxe des agences sanitaires comme solution organisationnelle au besoin d'administration : le développement des agences développe globalement l'administration de la santé en France en termes de moyens et de champs de compétences tout en affaiblissant l'administration centrale qui voit ses moyens stagner et ses tâches augmenter.

Le noyau dur autour de la sécurité sanitaire de ce que l'on qualifiera à partir de la loi HPST de 2009 de « système d'agence » va être progressivement élargi pour prendre en compte à la fois une définition plus large de la Sécurité sanitaire et pour s'élargir à d'autres agences en charge de Santé Publique. En effet, la loi de 2004 officialise le début du passage d'une logique dominante de

Sécurité sanitaire à une logique plus globale de Santé Publique. Néanmoins, elle n'efface pas pour autant le rôle prépondérant des agences de Sécurité sanitaire au sein du système d'agences sanitaires.

L'amélioration de la coordination des agences sanitaires au-delà des orientations dominantes des questions de santé publique a justifié les différentes modifications de périmètre et de mission du comité d'agence, car ce dernier a systématiquement fait défaut depuis sa création en matière de gestion des crises sanitaires. Ainsi, le CNSS est ainsi mis en défaut pour la gestion de la crise sanitaire de 2003. Son successeur le Comité National de Santé Publique (CNSP) l'a été par son absence d'existence formelle. Enfin, le Comité d'Animation du Système d'Agences en 2009 a tardé à se mettre en œuvre pour être récréé en 2017.

Au total, la logique de la Sécurité sanitaire semble dominer l'agencification en santé. Mais elle ne reste pas moins dans une situation ambivalente pour au moins deux raisons.

Premièrement, la crise récente de la Covid-19 ou les scandales sanitaires (Mediator, prothèses mammaires PIP) laissent entrevoir le fait qu'en matière de Sécurité sanitaire, les acquis et la capacité du système de santé français restent faibles. La multiplication des crises sanitaires met en évidence l'incapacité de l'administration sanitaire à anticiper ces phénomènes, et ce malgré une effervescence organisationnelle. Ainsi depuis les crises fondatrices des années 1990 en matière de Sécurité sanitaire, l'administration continue à être dans une position de réaction à la crise et non de prévention.

Deuxièmement si la Sécurité sanitaire correspond à une réalité organisationnelle, elle est également un élément des rapports de force à l'intérieur de l'administration publique. Comme le montre Alam (2010), la promotion de la rhétorique de la Sécurité sanitaire et la création d'agences dédiées ont été une manière pour l'administration sanitaire d'obtenir des moyens et du pouvoir alors que le domaine de la sécurité sanitaire constitue l'une des plus faibles administrations centrales et qu'elle est dominée par le pouvoir médical. La Sécurité sanitaire a donc été créée et promue par des hauts fonctionnaires, dont Didier Tabuteau ou Martin Hirsch, qui à la fois par leur rôle administratif (direction d'agences) ou par leurs activités médiatico-scientifiques vont réussir à mettre en première place de l'action publique en santé, la question de la Sécurité sanitaire.

In fine, la volonté de la part des pouvoirs publics d'apprivoiser l'incertitude en santé aussi bien celle liée aux maladies (épidémies) que celle liée aux pratiques sanitaires et médicales a conduit à *« l'irruption de la mission régalienne de santé publique par la sécurité sanitaire »* (Tabuteau, 2013). Elle s'accompagne également d'une responsabilisation des acteurs par le contrôle de leurs actes et par leur intégration au processus de décision. Autrement dit, la santé est prise en compte par les pouvoirs publics, mais dans une perspective plus sécuritaire que de santé publique.

2.2.2. De la sécurité sanitaire à la démocratie sanitaire

La réponse des pouvoirs publics afin de rétablir la confiance avec les citoyens en matière de santé ne s'est pas traduite uniquement par la création des agences de sécurité sanitaire, mais également par la promotion d'une logique de participation aux décisions sanitaires. La crise du SIDA a mis en évidence la capacité des malades et de leurs représentants à remettre en cause le savoir médical. On assiste donc à l'émergence avec l'aide des pouvoirs publics d'un patient aux multiples facettes, à la fois expert et consommateur (Barbot & Dodier, 2000; Boudier et al., 2012; Domin, 2014; Lascoumes, 2007; Pen (Le), 2009). C'est la mise en place de la démocratise sanitaire.

C'est dans cette perspective que l'État français va réaliser un important tournant vers la prise en compte de la parole des citoyens dans la construction des politiques publiques, dans le contexte des années 1990 où l'effet des réformes liées au *New Public Management* se conjugue avec la crise de confiance des citoyens dans les institutions publiques et politiques (Rosanvallon, 2002). L'administration publique va traduire dans son langage ce besoin de reconnaissance de la parole des soignants.

Ce phénomène du renforcement du rôle des citoyens a fait l'objet de nombreuses analyses, souvent en des termes de « démocratie administrative » (Aïdan, 2011), « d'empowerment » (Scolaro, 2006) ou plus généralement de logique participative et démocratie délibérative (Blondiaux, 2008). De manière synthétique, la question de la participation repose sur l'idée principale que la démocratie sanitaire est aussi un moyen pour assurer une meilleure efficacité de l'action publique. En effet, il est nécessaire d'assurer coordination entre l'ensemble des acteurs parties prenantes d'un système à travers des processus délibératifs. Cette logique s'oppose à la logique top-down, traditionnelle dans les organisations bureaucratiques publiques. Elle s'appuie également sur une logique visant la transparence de l'information.

Pour y parvenir, la tutelle ministérielle va rapprocher institutionnellement et géographiquement les acteurs du système de santé, notamment les usagers, dans la prise de décisions et la détermination des politiques de santé. Au niveau national cela se traduit notamment par la création de la Conférence Nationale de Santé (CNS) 1996 avec le plan Juppé. La création des entités régionales comme les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) est accompagnée par la mise en place d'outils de planification négociée (Schémas, Programmes, Contrats) et de Conférences Régionales de Santé. Mais il faut attendre la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé pour que le rôle central de la parole du patient et du dialogue entre les acteurs (médecins, élus, administration), sous le concept de démocratie sanitaire, soient consacrés sur les plans législatifs et réglementaires comme principes fondamentaux d'organisation du système de santé français.

Cette décentralisation de la définition de la politique publique de santé a pour ambition de permettre l'expression des besoins spécifiques de chaque territoire en termes d'inégalités, d'accès aux soins, et d'innovations. Ainsi, les dialogues qui s'effectuent tant à l'intérieur du territoire qu'entre les territoires tendent à devenir structurants. Pourtant, malgré cette effervescence institutionnelle et une volonté indéniable du législateur, on assiste plus au « sacre législatif du droit des malades » (Tabuteau, 2013) qu'à une réelle mise en œuvre opérationnelle (Dietrich, 2016; Mauss, 2016).

Sur le plan organisationnel, les instances de démocratie sanitaire se situent à la frontière du concept d'agence. Ainsi la Conférence Nationale de Santé (CNS) est présente dans le recensement que nous avons effectué des agences en santé. Elle est à la fois identifiée par le ministère comme une instance rattachée et aussi dans le jaune budgétaire relatif aux instances consultatives. En outre, le critère d'autonomie sans indépendance complète est respecté ainsi que celui de contribuer à une politique nationale structurante, en l'occurrence la Stratégie Nationale de Santé (SNS) qui fixe les priorités gouvernementales en matière de santé. La définition de la SNS mobilise d'autres agences comme le HSCP et vient cadrer le périmètre d'exercice des Agences Régionales de Santé.

La volonté publique de donner du crédit à la parole des patients et de reconnaitre le combat des associations de patients s'est traduite par un arsenal législatif reconnaissant et encadrant la démocratie sanitaire. Les agences en santé ont joué un rôle dans ce processus en orientant la démocratie sanitaire vers la prise en compte de la parole des malades au niveau régional. La région apparait comme le moyen le plus approprié d'entendre le point de vue des patients. C'est pourquoi les ARS jouent un rôle majeur dans la vigueur (ou dans l'anomie) de la démocratie sanitaire.

2.2.3. La maîtrise des dépenses de santé et l'agencification de la Sécurité sociale

Le développement des agences sanitaires en France au cours des années 1990 ne sert pas uniquement les objectifs sanitaires de sécurité ou de démocratie évoqués précédemment. Il s'inscrit également dans l'objectif de maîtrise des dépenses porté par les pouvoirs publics aussi bien au sein du secteur hospitalier qu'en matière de Sécurité sociale.

C'est au cours des années 1990, dans le cadre de la mise en place du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) puis de la Tarification A l'Activité (T2A) dans les années 2000 que les premières structures *ad hoc* sont créées. Les agences vont être ainsi les pourvoyeuses des outils nécessaires au déploiement d'une gestion par la performance, notamment à l'hôpital.

A l'inverse du développement rapide des agences de la Sécurité sanitaire, le développement des agences de gestion du système hospitalier est le résultat d'un long processus de mise en œuvre de la logique comptable à l'hôpital public depuis le début des années 1980 sous la pression de la Direction des Hôpitaux (DH). En effet, la très forte augmentation des dépenses hospitalières au cours de la décennie 1970-1980 due à l'échec de la régulation hospitalière (mode de rémunération inadapté et planification sous-équipée) et au ralentissement de la croissance française au cours de la décennie 1980-1990 conduit l'administration centrale du ministère de la Santé à encourager le développement de systèmes d'information à l'intérieur des hôpitaux afin de connaitre simultanément l'activité (nature et volume) et les coûts afférents par malade (Domin, 2013b; Lenay & Moisdon, 2003; Moisdon, 2013). La DH s'inspire pour cela explicitement de l'expérience américaine des *Diagnosis related group* (DRG)[94]. Cette méthode permet de comparer les coûts entre les établissements pour une même activité et de développer ainsi une concurrence par comparaison afin d'inciter les établissements à réaliser des gains d'efficience.

[94] « L'idée [des DRG] est de définir des données caractéristiques du séjour (diagnostic d'hospitalisation, âge, sexe, diagnostic secondaire, actes chirurgicaux effectués…) et d'essayer de les relier à une variable représentant le coût total du séjour (en l'occurrence la durée) par une méthode d'analyse de variance séquentielle. » (Domin, 2013 - §3).

Dans un premier temps, l'administration va expérimenter la méthode américaine et favoriser le développement des systèmes d'information informatisés dans les établissements, pour dans un second temps, à partir de 1996, en faire l'outil de financement principal des établissements. La traduction française des DRG prend la forme de la T2A qui définit un mode rémunération à l'activité. Elle sera généralisée à partir de 2005. Le pilotage par la T2A se révèle être relativement mécanique dans la mesure où ni les agences régionales ni l'administration centrale ne peuvent influencer à postériori la répartition des moyens par la T2A. Elle constitue une règle technique de répartition des moyens. L'administration ne peut agir que sur l'enveloppe budgétaire dans laquelle évolue la T2A et qui est définie par l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) voté par le parlement. Elle peut aussi intervenir par la survalorisation d'actes au nom d'objectifs de santé publique, mais cela vient fausser la règle de calcul de la T2A. Les administrations peuvent également contourner la T2A par des financements complémentaires hors T2A (*cf.* Chapitre 4). Ces différentes stratégies qui contraignent, faussent ou contournent la T2A nuisent à son rôle incitatif et tendent à la rendre inefficace (Dormont & Pierru, 2020; Hirtzlin, 2017; Mougeot & Naegelen, 2014).

Sur le plan organisationnel, le déploiement du PMSI et de la T2A est réalisé à la demande de la DH par les établissements d'un côté et par des chercheurs en sciences de gestion. Autrement dit, si la DH veut mettre en œuvre sa réforme elle doit aller chercher les compétences en dehors de sa sphère habituelle de recrutement qu'est la haute administration, qui ne dispose ni des compétences ni des agents suffisants (Gay, 2020). C'est à ce niveau qu'interviennent les agences. La structuration des réflexions et des coordinations en matière d'informatisation et de tarification va donc être réalisée à travers une multitude de structures aux statuts souples, notamment des missions et de Groupements d'intérêt public (Cour des comptes, 2007).

Du côté du soutien aux systèmes d'information et informatisation, ces différentes structures seront fusionnées en 2009 dans deux groupements d'intérêt public qui prennent le nom d'agences afin de rationaliser l'équipement en système d'information des établissements de santé. Il s'agit de l'Agence Nationale Appui à la Performance (ANAP) et de l'Agence des Systèmes d'Information Partagée en santé (ASIP-santé) devenue en 2020 l'Agence du Numérique en Santé. (ANS).

Du côté de la tarification, la reformation est plus précoce avec la création de l'Agence Technique de l'Informatisation sur l'Hospitalisation (ATIH)[95]. Cette agence centralise toute l'expertise nécessaire à la mise en œuvre de la T2A et répond aux demandes de l'administration centrale quant à son évolution (Holla, 2015). L'ATIH, si elle est placée sous le contrôle de la DGOS, n'en reste pas moins le maître d'œuvre du PMSI et de la T2A. On retrouve ici une caractéristique commune avec les agences de sécurité sanitaire, celle de la maîtrise technique et de l'expertise. Elle en tire son autonomie.

La maîtrise des dépenses se traduit également par le développement de l'agencification en matière de Sécurité sociale. A l'inverse du déploiement de la T2A ou plus généralement de la logique de

[95] L'ATIH fusionne trois entités : le Pôle d'expertise et de référence nationale des nomenclatures de santé (Pernns) - Chargé de la maintenance des nomenclatures de santé et de la réalisation de la classification médico-économique en MCO, le Centre de traitement des informations du PMSI (CTIP) - Chargé du traitement des données nationales du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de la diffusion des logiciels de recueil et de production des données et la Mission PMSI du ministère de la santé

l'agencification qui vise à rendre autonome une partie de l'administration centrale, à la détacher, il s'agit dans le cas de la Sécurité sociale de la rendre moins autonome : de l'étatiser.

En effet, comme nous l'avons vu dans la première partie de la thèse, la Sécurité sociale bénéficie initialement d'une large indépendance grâce notamment à une légitimité propre permise par les élections et un corps électoral spécifique (les salariés), un statut privé pour ses caisses locales et ses fédérations et enfin un financement qui lui est exclusif à travers les cotisations et donc indépendant de l'Etat[96]. La sécurité sociale s'est émancipée de l'Etat. Elle n'est pas une agence d'Etat (même si le concept n'existait pas à l'époque). La tutelle étatique se retrouve alors limitée avec comme seule matérialisation le statut d'Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) de la Caisse Nationale de Sécurité sociale ou des Affaires Familiales et le pouvoir de contrôle a posteriori sur une partie des décisions des caisses (Valat, 2001). Cette indépendance de la Sécurité sociale vis-à-vis de l'Etat va être remise en cause par une série de réformes (Ruellan, 2015) qui vont progressivement effacer chacune de ces spécificités de la Sécurité sociale au regard des autres administrations publiques.

La Sécurité sociale n'est pas considérée comme une agence au sens administratif du terme. Elle s'est pourtant agencifiée en prenant les caractéristiques d'une agence : autonome juridiquement, mais contrôlé par l'Etat politiquement. Nous présentons les différentes étapes de cette agencification.

La première phase est la mise en place de la Contribution sociale Généralisée (CSG) par le gouvernement Rocard en 1991. Ce nouveau prélèvement obligatoire (Elbaum, 2012; Ferras & Matt, 2015; Palier, 2007; Palier & Bonoli, 1995) traduit une fiscalisation du financement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire son financement par un impôt dédié (contribution sociale) qui porte sur l'ensemble des revenus (généralisée) et non plus par la cotisation sociale dont l'assiette est celle des salaires. La création de ce prélèvement est alors présentée par le gouvernement comme une mesure de justice sociale compte tenu de l'universalisation progressive de la protection sociale qui détache progressivement le droit à la protection sociale du statut professionnel au profit de celui de citoyen. Autrement dit, la CSG est une des conséquences du passage d'un modèle bismarckien-assurantiel à un modèle de type beveridgien- assistanciel. La CSG a ainsi vu évoluer son taux de 1.1% en 1991 à des taux compris entre 6.6% et 9.2% en fonction du type de revenu en 2012 (Calmette, 2019)[97]. Elle représente en 2020 (Sécurité sociale, 2021) 19% des recettes de la Sécurité sociale tandis que les taxes affectées[98] à la Sécurité sociale représentent elles 18%. La CSG est le premier impôt sur les ménages en France, plus important que l'impôt sur le revenu : 115,5 milliards d'euros en 2019 contre 88,5 milliards d'euros pour l'impôt sur le revenu. Pour la première fois, les cotisations sociales représentent moins de la moitié des recettes (48%).

[96] Même si les taux sont fixés par le gouvernement. Les cotisations sociales disposent d'une assiette spécifique, d'un système de collecte propre, constituent un prélèvement obligatoire sui generis et d'une affectation unique.

[97] Le taux a évolué de la façon suivante : : taux de 1.1 % en 1991 ; 2.4 % en 1993 ; 3.4 % en 1997 avec en 1996 la création de la Contribution au Remboursement de la Dette sociale qui vaut 0.5%. En 1998, le taux est porté à 7.5% avec hausse de 4.1 % de CSG et baisse de 4.75 % des cotisations sociales maladie pour les revenus d'activité et 2.8% contre 2.8 % pour les revenus de remplacement. La CSG vaut aujourd'hui 9.2 % en régime normal, mais certains payent un taux réduit ou en sont exonérés. Selon la conjoncture politique, la CSG peut être augmentée sur les retraites (en 2018) ou l'augmentation peut être annulée pour certains retraités (en 2019 en réponse au mouvement des « gilets jaunes »).

[98] On rappellera que la première taxe affectée à la Sécurité sociale l'a été par la réforme de 1967 de la Sécurité sociale.

La deuxième phase est le plan Juppé de 1995, qui introduit simultanément quatre éléments majeurs de réforme. Premièrement le plan Juppé renforce le contrôle parlementaire avec l'instauration de la Loi de Financement de la Sécurité sociale (LFSS) qui, au même titre qu'une loi de finances, permet au Parlement d'assurer le suivi et le pilotage budgétaire de la Sécurité sociale. La mise en place de la LFSS s'accompagne d'un développement important d'indicateurs et d'outils de suivi de la situation budgétaire de la Sécurité sociale. En matière de santé, la LFSS permet également d'assurer un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Ce plafond du volume de dépenses d'Assurance Maladie ne sera respecté qu'à partir de 2009. Deuxièmement, la tutelle étatique, au-delà de la tutelle politique du parlement, est également renforcée avec la mise en place d'un processus de contractualisation pluriannuel entre l'administration centrale et les Caisses de sécurité sociale : les Conventions d'Objectif et de Gestion (COG). Ces contrats ont pour objectifs principaux de définir les missions prioritaires des caisses et des objectifs quantitatifs d'amélioration de la performance (gestion ou qualité de service). Cependant, malgré un renforcement croissant des COG, ces dernières ne parviennent pas à faire aboutir la logique contractuelle notamment en termes d'évaluation par la performance (André, 2010; Bonnet, 2015, 2016). Troisièmement, la réforme va contribuer à désyndicaliser la gouvernance de la Sécurité sociale avec la suppression des élections, par ailleurs suspendues, la création d'un conseil de surveillance réussissant l'ensemble des acteurs et la restructuration du conseil d'administration des caisses avec l'intervention d'administrateurs extérieurs (Personnalités qualifiées). Enfin quatrièmement, les caisses de Sécurité sociale font l'objet d'une responsabilisation[99] et d'une financiarisation à long terme (Cordilha, 2021; Ract-Madoux & Gauthey, 2018) par la création la Caisse d'Amortissement de la Dette sociale (CADES) qui isole la dette des régimes de Sécurité sociale de celle de l'Etat et oblige à son remboursement au moyen notamment d'une nouvelle contribution, la Contribution pour le Remboursement de la Dette sociale (CRDS) et d'une fraction de la CSG.

La troisième phase constitue une prolongation du plan Juppé avec la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie qui renforce le rôle du directeur de la caisse nationale, nommé par l'Etat au détriment du conseil de la caisse issu du paritarisme. Par ailleurs, sur le plan organisationnel la loi donne autorité au directeur de la caisse nationale sur le réseau des caisses primaires qui perdent ainsi largement en autonomie. Enfin, en parallèle de la création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) qui regroupe le régime général et le régime agricole, est créé son équivalent pour les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM). Celle-ci tend à banaliser la place de la Sécurité sociale par rapport aux Organismes complémentaires puisque ces derniers participent désormais aux négociations conventionnelles pour déterminer la rémunération des professionnels de santé (*cf.* chapitre 5).

Enfin la quatrième phase se déroule avec la loi Hôpital Patient Santé et Territoire de 2009 qui fait absorber les organisations régionales de l'assurance maladie que sont les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) et les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) par une nouvelle agence étatique : les Agences Régionales de Santé (ARS) alors qu'elles

[99] Le processus de responsabilisation des caisses se réalise à travers l'obligation simultanée pour la CADES de rembourser effectivement la dette qui lui incombe et pour le législateur de prévoir les ressources suffisantes à ce remboursement. L'obligation de remboursement exerce donc une pression sur les recettes de la sécurité sociale et sa capacité à s'endetter.

coopéraient et contribuaient aux Agences Régionales d'Hospitalisation (*cf.* chapitre 4). Cette fusion conduit à la reprise des missions d'animation territoriale et de régulation des établissements sanitaires (Caro, 2008) par un Etat « agencifié » à une sécurité sociale elle-même agencifiée. Par ailleurs, cette fusion entre des services de l'Assurance maladie et de l'Etat pourrait être renforcée à moyen terme par la fusion ou a minima le rapprochement des fonctions de recouvrement entre les URSSAF et le réseau de la DGFIP dans un objectif de mutualisation et compte tenu du recul de la spécificité du financement de la Sécurité sociale. Ce projet constitue le point d'orgue d'une réflexion sur le recouvrement demandé en 2019 par le gouvernement (Gardette, 2019).

In fine, même si la Sécurité sociale conserve une autonomie statutaire vis-à-vis de l'Etat, la reprise en main effectuée par ce dernier est indéniable. Notre analyse vient confirmer l'hypothèse soulevée par le Conseil d'Etat en 2012 qui envisageait de manière « paradoxale, voire provocatrice » (p.53) de considérer les caisses nationales de Sécurité sociale comme des agences. Le processus d'agencification mené depuis les années 1990 vient ainsi achever celui de réappropriation entamé avec la réforme de 1967.

2.3. L'agencification, manifestation du nouvel esprit de la bureaucratie ?

Dans la continuité des travaux sur la bureaucratie néolibérale et au-delà d'une interprétation dans une perspective de *New Public Management* (section 1) ou d'explications sectorielles (section 2) on peut interpréter l'agencification comme un symptôme d'un « Nouvel Esprit » de la Bureaucratie (Labzaé, 2014) conforme au Nouvel Esprit du Capitalisme tel que défini par Boltanski et Chiapello (1999). C'est l'objet de cette troisième section du chapitre. La grille de l'Economie des Conventions (EC) esquissée dans cette section fait écho à la première partie de la thèse et nous permet de donner corps théoriquement au processus d'agencification que nous avons décrit.

Notre argument est organisé en deux sous-sections. Tout d'abord nous montrons comment le NPM cherche à récupérer les critiques dont il fait l'objet. Les agences ont pour rôle de désamorcer les critiques et d'épargner les pouvoirs publics (2.3.1). Nous insistons aussi sur les moments de crise qui sont des moments de critique, mais aussi des moments où la puissance publique peut se légitimer, voire s'innocenter (2.3.2).

2.3.1. Désamorcer les critiques : le rôle des agences dans la stratégie de « confortation rusée » du NPM

Sur la base de travaux conventionnalistes, Guenoun et Matyjasik (2019) suggèrent à propos de l'avenir du *New Public Management* que ce dernier pourrait être entré dans une phase de « confortation rusée ».

> *L'hypothèse de la confortation rusée du NPM est pessimiste et critique. Elle s'inscrit dans la lignée des travaux de Luc Boltanski et d'Ève Chiapello sur le nouvel esprit du capitalisme. Dans leurs travaux, ils défendent que la particularité et la force du capitalisme sont de* ***désamorcer les critiques qui lui sont faites en leur faisant de la place et en les intégrant****. Ils prennent pour exemple la littérature managériale des années 1990 pour montrer que les valeurs de réalisation de soi, de développement personnel, de management par projet dominant incorporent les critiques faites au*

> *capitalisme durant les années 1960, mais les assujettissent aux objectifs d'accumulation du capital**. Il n'y aurait pas donc de transformation du capitalisme, mais une complexification des formes de domination**. Le NPM, par l'extension qu'il véhicule du privé sur l'État peut être analysé comme le traceur de la manière dont l'esprit du capitalisme a saisi l'État. Dès lors, rien n'empêche d'analyser l'apparition des critiques du NPM via les valeurs d'intégration, de participation, de collaboration comme des leviers de sa pérennisation et de son acceptabilité**. La question reste posée : la plus belle ruse du diable n'est-elle pas de vous faire croire qu'il n'existe plus ? (Ibid. – pp.16-17, nous soulignons)*

Comme nous allons essayer de le montrer, l'hypothèse d'une confortation rusée du *New Public Management* apparait pertinente dans le cas du secteur de la santé, car pour chacune des logiques sectorielles identifiées précédemment, le processus d'agencification permet à la fois de répondre à la critique tout en développant des politiques ayant leur propre légitimité – indépendamment de la réponse à la critique. Autrement dit, les agences en santé permettent à l'Etat à la fois de répondre aux critiques et de se protéger de critiques futures.

De manière schématique comme, par exemple, dans le cas de la sécurité sanitaire, la critique émise contre les pouvoirs publics par les malades ou les citoyens porte sur l'incertitude liée à la qualité de la santé, c'est-à-dire aussi bien liée à la traçabilité des produits de santé (sang), qu'à la fiabilité des médicaments (vaccins) ou à la capacité du système de santé à réagir face à une nouvelle menace (épidémie).

Face à cela, les pouvoirs publics réagissent notamment en mettant en place des outils (accréditations, normes) et des organisations (agences) ayant pour but de répondre immédiatement à la critique ou de l'éviter à l'avenir. L'Etat peut désormais répondre tangiblement à la critique. Cette réponse à la critique, de la part de l'Etat, consiste à renvoyer aux agences tout en endossant le rôle de faire valoir ou de porte-parole des critiques. L'Etat prend à son compte les critiques qui sont adressées à l'appareil d'Etat dans sa gestion des crises sanitaires ou sa gestion comptable de la santé. Mais il adresse ses critiques aux agences après avoir sélectionné les critiques pertinentes

La solution organisationnelle de l'agence permet de contourner la critique puisqu'elle repose ici sur la mobilisation de compétences et d'expertises, extérieures à l'Etat. Ce dernier confie à une entité autonome la responsabilité immédiate de la réponse à la critique. Sous couvert de l'expertise, scientifique notamment, l'agence peut répondre à un instant donné, en l'état de ses connaissances, ce qui permet de laisser une place à l'incertitude des évènements. L'Etat dans composante politique ne doit donc plus gérer directement la crise, mais gérer celui qui gère la crise. La mise en œuvre d'outils de pilotage et d'indicateurs inhérents au modèle de l'agence permet, outre la création de structures *ad hoc* pour chaque problème, de rendre visible la réponse à la critique. Par exemple dans le cas de la Sécurité sociale, la réponse « au trou de la sécu » peut se matérialiser par l'atteinte de certains objectifs comme l'ONDAM.

Pour chacune des logiques sectorielles que nous avons identifiées à la section précédente (2.2) on peut ainsi synthétiser les avantages de la réponse par l'agence aux critiques qui portent sur le système de santé depuis les années 1990. A chaque fois l'agence comme solution organisationnelle a pu répondre aux critiques (Tableau n° 3.6). Cela se matérialise par le respect d'indicateurs. Cependant on remarquera que la mise en œuvre des agences et l'atteinte de ces objectifs sont est plus ou moins rapides ou efficaces.

Tableau n° 3.6 – Critique et agencification pour l'Etat

Logique sectorielle en santé	**Critique**	**Avantage de la réponse par l'agence (NPM)**	**Réponse à la critique ?** ***Concrétisation***	**Dynamique d'évolution de la réponse par l'agence** ***Perspectives à terme***
Sécurité sanitaire	Incertitude sur la qualité (sur son contrôle)	Expertise Participation Externalisation du risque	Oui - Autant que possible (incertitude) *Evaluations et contrôles*	Réaction à la crise (années 1990) puis consolidation (années 1990) *Durable ?*
Démocratie Sanitaire	Centralisation du pouvoir par l'administration ou le corps médical	Autonomie Participation multidimensionnelle	Oui *Multiples instances de co-construction*	Traduction réelle lente *Crédible ?*
Gestion des établissements	Inefficacité et caractère insoutenable des coûts	Expertise Responsabilité individuelle des acteurs	Oui *Respect des objectifs (indicateurs ONDAM)*	Lente (années 1990) puis effectivité forte (2009) *Soutenable ?*
Financement par la Sécurité sociale	Absence de maîtrise et caractère insoutenable des coûts ; « trou de la sécu »	Intégration - Autonomie sans indépendance de la Sécurité sociale	Oui *Contrôle démocratique et maîtrise budgétaire*	Forte et continue *Pérenne ?*

Source : auteur

Ainsi, à la question « l'Etat agit-il ? » celui-ci peut répondre « oui » en apporter des éléments de preuves accréditant la réalité de la réponse. Mais la réponse à la critique, en étant concrétisée par des outils et des organisations, tend à trouver sa propre légitimité d'existence en produisant des effets sur le réel au-delà de son champ initial. Elle est autonome de l'Etat de par sa forme agence. Ces organisations se maintiennent au-delà du fait générateur initial de la critique, par exemple l'affaire du sang contaminé. Les agences, en répondant aux critiques qui sont formulées à la politique publique acquièrent une certaine normalité sans pour autant que l'on réinterroge leur pertinence fondamentale, la plasticité de ces organisations permettant des recompositions. La critique renforce la bureaucratie sanitaire en l'imposant comme interlocuteur attitré.

La capacité du nouvel esprit de la bureaucratie à s'imposer et à durer tient selon nous à deux paradoxes apparents : la production d'une abstraction par un processus d'objectivation du réel et par sa capacité à se renforcer dans les moments de crises.

Le paradoxe d'abstraction par objectivation du réel nous est suggéré par Béatrice Hibou dans le cadre de ses travaux sur la bureaucratie néolibérale. Il s'agit pour elle de mettre en avant que le processus de rationalisation que traduit la bureaucratisation du monde passe à travers la production d'indicateurs et d'outils. Ces derniers viennent formaliser le réel et conduire ainsi à la mise en place d'une abstraction néolibérale, c'est-à-dire que « une élaboration mentale de la vie réelle » correspondant à « un certain monde » celui « du marché concurrentiel, de la grande entreprise

industrielle et commerciale » (Hibou, 2019). Le processus décrit par Hibou, comme elle le signale elle-même, s'inscrit dans les pas de plusieurs courants sociologiques, dont l'Economie des conventions.

> *Prenant le contre-pied des analyses des formalités comme rituels, absence de rationalité ou encore instruments univoques de contrôle et de discipline, ces travaux se concentrent sur les modalités et la signification des processus d'abstraction. Laurent Thévenot parle ainsi de la nécessité, pour un pouvoir, quel qu'il soit, de « mettre en forme » les relations qu'il entend gouverner, et estime que le « pouvoir dans les formes » et l'« investissement en forme » sont centraux dans l'ordre social. Il montre notamment que les « informations formalisées » constituent des « formes de connaissance susceptibles d'être abstraites des choses, des personnes et des situations », qui peuvent ainsi se généraliser et circuler. En partant du point de vue, banal, que la réalité est construite, Luc Boltanski met en exergue les incertitudes originelles sur les qualifications et les questions de savoir, et suggère que les formats, les règles et les épreuves permettent d'organiser la réalité. Ils rappellent les tensions qui naissent précisément du processus d'abstraction, opération de mise en équivalence et de montée en généralité.* (Hibou, 2012 – p.31).

Les agences en santé produisent des indicateurs, des normes et des standards, mobilisent des critères de preuve comme pour l'*evidence-based medicine* ou des travaux scientifiques qui ont vocation à faire autorité, sur les épidémies par exemple. Elles objectivent le réel et mettent en forme la réalité. Elles rendent donc visibles à la fois la prise en compte de la critique et la façon dont l'Etat s'emploie à y faire face.

2.3.2. La crise pour innocenter la politique publique

Les conceptualisations de l'EC sur la production des catégories et des équivalences ainsi synthétisées et appliquées à la bureaucratie entrent en résonnance avec le raisonnement autour du déficit de la Sécurité sociale que nous avons développé. Comment un indicateur peut-il résumer à lui seul une question complexe, le financement de la santé, et comment peut-il imposer les termes du débat ? A la croisée des travaux conventionnalistes sur la quantification et de ceux de Béatrice Hibou sur la Bureaucratie néolibérale, en nous focalisant sur les agences sanitaires, nous nous sommes intéressés à la place des organisations qui permettent cette quantification et qui permettent donc de rationaliser la santé de manière conforme au Nouvel esprit du capitalisme.

Le paradoxe de renforcement par la crise nous est suggéré par Boltanski (Boltanski, 2009, 2011) qui, dans le cadre d'une analyse du mode de domination gestionnaire ou de gouvernement par les nombres qui accompagne le Nouvel Esprit du capitalisme, montre le rôle central des crises dans ce régime politique.

> *« Toutefois, ces longues périodes durant lesquelles la gouvernance par le changement s'effectue au moyen d'une succession de mesures plutôt sectorisées, plutôt techniques, plutôt discrètes, voire opaques, sont ponctuées par des moments de crise qui jouent, dans le régime de domination gestionnaire, un rôle crucial. La crise est en effet le moment par excellence où le monde se trouve incorporé à la réalité, qui se manifeste comme si elle était dotée d'une existence autonome, qu'aucune volonté humaine, et surtout pas celle d'une classe dirigeante (comprenez une classe dominante), n'aurait*

> *laborieusement façonnée par le truchement d'une série, peu cohérente en apparence, de petites interventions dont chacune ne semblait pas vraiment destinée à avoir des conséquences générales. (…) Ces crises ont un effet apparemment paradoxal. D'une part, elles mettent en cause la relation entre formes symboliques et états de choses sur laquelle repose l'ordre social et introduisent une incertitude radicale sur la qualification des objets et sur la relation qui les unit, c'est-à-dire sur leur valeur.*
>
> *Ainsi, par exemple, dans les crises d'hyperinflation, la possibilité même d'une « prédiction » tend à « disparaître » parce que le « rapport entre les individus et les biens » est profondément perturbé du fait de « l'incohérence des systèmes d'équivalence ». Mais, d'autre part, ces moments de désorganisation - auxquels il serait fait face, dans un régime de domination simple, par la réaffirmation de l'orthodoxie, par des rituels réparateurs et par la désignation, ou par l'exclusion ou le meurtre de boucs émissaires -sont aussi ceux qui donnent l'occasion à un régime de domination par le changement de réaffirmer sa maîtrise. »* (Boltanski, 2009 – pp.200-201)

Il décrit à la suite une « séquence » des différents rôles que jouent les moments de crise dans un régime politique caractérisé par le changement, le régime de domination gestionnaire. C'est-à-dire la manière dont les crises produisent in fine le renforcement des dominants du mode de domination gestionnaire.

> *Premièrement, ils innocentent la classe dominante, particulièrement dans les régimes politiques reposant sur l'autorité d'experts, en lui permettant d'échapper à une critique déconstructionniste. (…)*
>
> *Deuxièmement, ils rendent par-là patente et visible sur la scène publique, en quelque sorte de façon inattaquable, l'existence de cette nécessité qu'invoquent les responsables pour donner un appui solide à leurs interventions.*
>
> *Du même coup, ces moments de crise sont aussi, troisièmement, l'occasion de redonner à ces responsables le blanc-seing qu'ils réclament pour agir. (…)*
>
> *Enfin, quatrièmement, ils donnent raison aux responsables, quand ces derniers, en intervenant - en « reprenant les choses en main » -, réaffirment leur capacité à faire face au désordre » (Ibid. p. 202)*

On retrouve exprimé dans les termes de l'EC le processus que l'on a pu observer avec le principe des crises sanitaires ou du déficit de la Sécurité sociale.

Ces quelques éléments de l'EC présentés succinctement semblent offrir un soubassement théorique pour expliquer l'adaptabilité et donc la résistance à la critique d'un système politique gestionnaire ou néolibéral.

Cependant la question de la soutenabilité du nouvel esprit de la bureaucratie demeure, car sa dynamique se heurte potentiellement à des remises en causes profondes dans chacun des secteurs étudiés en santé (Tableau n° 3.6). Autrement dit, des remises en causes suffisamment fortes pour rompre ces séquences qui s'autorenforcent. On peut ainsi se demander si la multiplication des crises sanitaires d'ampleur, comme la Covid 19, ne va pas montrer l'incapacité des agences de sécurité sanitaire et donc remettre en cause le système qu'elles incarnent, ou si en matière de

Sécurité sociale l'étatisation par agencification ne va pas *in fine* faire disparaitre la Sécurité sociale par son intégration complète à la sphère étatique.

Conclusion

Le renforcement de l'intervention de l'Etat dans le secteur de la santé à partir des années 1990 est justifié à la fois pour des raisons de sécurité et des raisons économiques. Les crises sanitaires et les crises économiques ont conduit l'Etat à intervenir, mais cela d'une manière nouvelle c'est-à-dire avec de nouveaux outils d'action publique : les agences.

Le recours massif à cette forme organisationnelle, ancienne par certains égards et aux contours flous, est alors conforme à la mise en œuvre depuis les années 1980 d'un nouveau modèle d'action publique dans les pays occidentaux notamment, le *New Public Management*. L'agence permet de nommer au sein du *NPM* la transformation organisationnelle que connaissent alors les organisations publiques qui passent d'une forme bureaucratique alors parée de tous les défauts à une forme à l'opposé : souple, autonome, responsable, réactive, etc. Le développement des agences n'est pas une spécificité française et s'obverse dans toutes les administrations et dans de nombreux pays. Pour autant, les diversités des mises en œuvre et la réalité de ces administrations sous NPM interrogent quant à la pérennité et la réussite du NPM qui plus de trente ans après sa création a donné lieu à l'existence de multiples formes hybrides. La littérature en management public s'interroge donc sur l'émergence depuis la fin de la décennie des années 2000 de l'éventualité d'un nouveau modèle d'action publique. Parmi l'ensemble des modèles envisagés, celui d'une bureaucratie renouvelée semble être privilégié. Cette bureaucratie conforme à l'ère du temps néolibérale serait un élément essentiel du néolibéralisme, entendu comme une étape dans le développement du capitalisme caractérisé par une rationalisation, au sens wébérien, poussée à l'extrême du fonctionnement de nos sociétés.

Ainsi à l'inverse de ce que pourrait laisser suggérer initialement le modèle du *New Public Management*, l'Etat n'en sort ni démantelé ni affaibli bien au contraire. Cette thèse peut être contestée sur le plan de la politique macroéconomique, notamment industrielle, car l'interventionnisme keynésien des Trente glorieuses n'est plus. Elle semble cependant être confirmée dans les autres domaines. Le secteur de la santé et de la protection sociale en est un exemple paradigmatique.

L'essai de cartographie que nous proposons dans ce chapitre confirme le développement de l'agencification en santé et le rôle central de ces agences au sein de l'administration sanitaire. Cependant, l'agencification est un phénomène complexe à saisir aussi bien par les catégories d'organisation publique que par les statuts ou les missions. Pour trouver un sens à cette réalité empirique d'agencification aux contours flous, après une approche par le management public, nous avons esquissé une approche par les justifications appuyant la création de ces agences, les logiques sectorielles à l'œuvre en santé.

En effet, l'évolution du secteur de l'administration de la santé dans les années 1990 ne peut s'expliquer uniquement par la mise en œuvre d'un nouveau modèle d'action publique. Des causes propres au secteur de la santé justifient aussi le recours aux agences. Nous avons identifié deux causes principales : le besoin de sécurité sanitaire et celui de maîtrise des dépenses de santé. Pour chacune d'entre elles, l'agence permet dans un premier temps aux pouvoirs publics de répondre

sur le plan organisationnel à la crise sanitaire ou économique puis dans un second temps de se protéger de la responsabilité de ces crises. Autrement dit, les agences viennent équiper les pouvoirs publics pour qu'ils puissent agir.

Dans le cas de la sécurité sanitaire, la création des agences porte l'enjeu d'un rétablissement de la confiance des citoyens dans l'action publique et de contrôle de l'action des acteurs en santé. Il s'agit de faire face à l'incertitude inhérente à la santé par les agences. En matière de maîtrise des dépenses, le processus d'agencification est double. D'une part il vise comme pour la Sécurité sanitaire à équiper les agences pour assurer un contrôle de l'activité hospitalière, notamment des d'acteurs qui induisent la demande, et d'autre part il a pour but de renforcer le contrôle sur l'acteur en charge du financement de cette demande : la Sécurité sociale. Pour cette dernière le processus d'agencification s'inverse, il ne s'agit plus d'autonomiser l'administration centrale, mais de rapprocher une organisation initialement indépendante de l'administration centrale. La Sécurité sociale est ainsi étatisée par agencification. Elle devient une agence de l'Etat.

Notre lecture de l'agencification nous amène à tirer deux conclusions principales, une première sectorielle sur l'existence du néolibéralisme en santé et une deuxième plus générale sur le processus de réappropriation par l'Etat de la sécurité sociale, et désormais de la santé, dont avons montré les origines en première partie.

La mise en œuvre du néolibéralisme en santé se réalise à travers l'application des principes du NPM et les agences. Plus qu'une évolution de modèle d'action publique, on peut interpréter dans une perspective conventionnaliste ce phénomène comme la mise place d'un Nouvel esprit de la Bureaucratie conforme au Nouvel esprit du capitalisme qui caractérise la période néolibérale. Une telle interprétation permet de montrer comment l'appareil bureaucratique d'Etat répond aux critiques auxquelles est confrontée l'action publique en santé dans un contexte d'incertitude et de crises.

De manière plus générale, l'agencification que nous mettons en évidence ici permet de montrer que les différentes revendications portées par les gouvernements aussi bien en 1967 qu'en 1995-1996 ont été finalement satisfaites. L'agencification a été le moyen organisationnel pour répondre à la volonté de contrôle de l'Etat sur la santé que ce dernier a exprimée dès la création du système de santé et de protection sociale français.

Pour autant, le développement de l'administration en santé ne peut être résumé au processus d'agencification et à la période des années 1990. En effet, au-delà de l'administration nationale, l'Etat sanitaire est aussi constitué d'une administration d'exécution qui, à des échelons départementaux ou régionaux, met en œuvre le pouvoir de l'Etat sur les acteurs du système de santé. Cette actuelle administration qui exerce à un niveau infranational a été brièvement évoquée dans cette section, car elle a été elle aussi agencifiée. Il s'agit des Agences Régionales de Santé. L'étude de leur construction permet de tracer une continuité dans le processus de renforcement de l'Etat sanitaire indépendamment des réformes conjoncturelles ou sectorielles.

Chapitre 4 – L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé[100]

Introduction

Les Agences Régionales de Santé (ARS) existent désormais depuis 10 ans. Dix années au cours desquelles elles sont devenues les pivots régionaux de la politique sanitaire et sociale française (Bréchat & Lopez, 2017). Cependant, malgré plusieurs réussites conformes aux fortes ambitions qui ont présidé à leur création (régionalisation administrative, système d'information, dialogues avec les acteurs (Fantino, 2014)), les ARS demeurent, dans la littérature académique, souvent identifiées comme des structures peu originales et peu structurantes tant en termes organisationnels que de transformations effectives du système de santé. En effet, elles sont considérées tour à tour soit comme la stricte continuité des Agences Régionales d'Hospitalisation (Angelé-Halgand, 2010; Bras, 2009; Domin, 2013a) soit comme des créations technocratiques poursuivant, sous couvert de décentralisation, une politique de renforcement récent, néolibérale, du pouvoir de l'État central (Pierru, 2011b; Pierru & Rolland, 2016) ; soit comme des régulateurs en puissance potentiellement innovants, mais sans réelle possibilité d'influer sur la trajectoire du système de santé (Bréchat, 2016; Bréchat & Lopez, 2017; Tabuteau, 2013).

Ces différentes analyses ne cherchent pas à souligner leur originalité organisationnelle. Les ARS n'y sont pas considérées en tant que telles comme des acteurs moteurs du changement de la politique de santé. En particulier, les transformations profondes du système sanitaire et social français liées aux réformes néolibérales menées depuis les années 1990 (Batifoulier, 2014; Tabuteau, 2013a) sont considérées comme indépendantes de la création des ARS. Alors qu'elle aborde les ARS sous des angles différents (continuité, technocratie, régulation), la littérature ne replace pas le débat sur les ARS dans les logiques historiques de l'intervention de l'État dans le système sanitaire et social. Le risque est alors d'ignorer l'ampleur de la transformation de l'organisation administrative de l'État[101] sanitaire sur longue période. Autrement dit, d'ignorer le processus de construction et de renforcement permanent de l'Etat sanitaire, et ce depuis les années 1960.

Les ARS se retrouvent ainsi noyées au milieu du complexe processus d'agencification en santé que nous avons mis en évidence au Chapitre 3, apparaissant comme des agences uniquement par le nom et bénéficiant d'un *agence-washing* organisationnel au sein de l'appareil administratif d'Etat. Les ARS ne seraient alors que des Directions ministérielles camouflées sous une rhétorique de l'autonomie permise par la forme agence et l'outil de coordination contractuel.

Pourtant, la politique de santé est portée par les ARS et ces institutions sont des institutions majeures du paysage sanitaire français. Elles jouent un rôle capital dans les réformes de la santé en France. Ce chapitre vise à montrer en quoi, par leurs caractéristiques organisationnelles

[100] Ce chapitre repose en partie sur Victor Duchesne (2018), L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé, Journal d'Economie et de Gestion Médicales, vol.36, n° 4, pp.159-180,

[101] L'Etat est ici entendu comme l'institution formée par le pouvoir politique (gouvernement et parlement) et l'administration des ministères (centrale et décentralisée). Cette définition est volontairement restrictive, car la conceptualisation de la notion d'Etat à fait l'objet de nombreux débats, J Leca. (2014). Etat. Dictionnaire des politiques publiques. L. B. e. al. Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) **:** 231-247.

spécifiques, les ARS ont permis l'unification (partielle) d'un système sanitaire hétéroclite et historiquement soumis à des logiques d'organisation et de réforme multiples.

Notre thèse est que les ARS présentent les caractéristiques des agences sanitaires présentées au chapitre 3 : autonomie organisationnelle vis-à-vis de l'Etat, mais dépendance politique. Mais elles sont particulières dans le paysage sanitaire français parce qu'elles synthétisent la façon dont l'Etat gouverne par des agences. Les ARS portent une large part du gouvernement de la santé.

Il est pourtant difficile d'identifier le rôle joué par les ARS au sein du système santé du fait de l'absence de données statistiques consolidées ; absence qui nous a conduits à nous appuyer largement sur la littérature grise et sur des travaux historiques.

La construction des ARS est un processus incrémental inséré lui-même dans d'autres processus qui traversent le système sanitaire et social français : celui de maîtrise des dépenses ou de contrôle de la profession médicale. Retracer les enjeux qui se réalisent avec les ARS est donc complexe et nous fait perdre le sens profond de la construction de l'administration sanitaire : celui de la maîtrise budgétaire des dépenses de santé par l'Etat.

Dans cette perspective, les ARS apparaissent comme un pur produit de l'étatisation de la santé. Mais leur fonctionnement par la logique contractuelle donne une couleur particulière à l'étatisation. Ce sont des marqueurs de l'Etatisation en santé. En effet, concernant les objectifs, les ARS doivent mettre en œuvre les orientations budgétaires du gouvernement sous couvert d'une autonomie de décision de l'ensemble des acteurs. Les ARS se distinguent des autres agences sur les moyens employés pour mettre en œuvre l'Etatisation. Elles promeuvent la logique de performance et la technique de l'incitation, typiques du mouvement de marchandisation qui traverse le secteur de la santé depuis la fin des années 1960 (*cf.* Partie 1). Le développement des ARS, à l'inverse de celui des agences nationales, porte en lui l'enjeu d'un contrôle fort par l'Etat sur l'offre de santé qui n'a jamais été atteint malgré de multiples tentatives.

La première section se propose de revenir sur les fondements de l'intervention de l'État en santé et sur le lent processus de construction des ARS. Les ARS ne sont pas uniquement un produit de l'intervention de l'État en santé, elles en définissent la forme. Elles constituent une réponse organisationnelle capable de dépasser les différentes oppositions qui structurent le système de santé français. Loin d'être nouveau, le modèle des agences régionales en santé tire, comme la réforme de la Sécurité sociale étudiée au chapitre 1, ses racines en 1967, année de concrétisation de l'esprit réformateur des années 1960.

La deuxième section analyse la forme que prend l'intervention de l'État en santé avec les ARS, en mettant en avant le rôle de la contractualisation avec notamment le déploiement des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Appuyée intellectuellement par un tournant théorique en sciences économiques, la technique du contrat consacre la priorité de l'incitation sur la planification. Mais cette politique incitative portée par les ARS reste très contrainte. En effet, le processus de contractualisation s'avère être dans la réalité bien différent du cadre normatif des sciences économiques et de la théorie des contrats. Les ARS sont aussi soumises à une contradiction interne : elles doivent mettre en musique la contrainte budgétaire décidée par la tutelle tout en étant elles-mêmes concernées par le durcissement de la contrainte budgétaire. De plus, la liberté contractuelle dépend fortement des acteurs qui dirigent le processus contractuel. Or

la technique du contrat développée par les ARS reste prisonnière de l'inégalité de position des contractants.

Enfin nous montrerons dans la troisième section que les ARS, dix ans après leur création, résolvent partiellement leurs contradictions notamment celles liées au processus contractuel et étendent leur pouvoir au-delà de leur cœur de métier hospitalo-sanitaire, en intervenant désormais dans les secteurs médico-social et ambulatoire. Les ARS apparaissent aujourd'hui ainsi comme la cheville ouvrière de l'administration sanitaire d'Etat. Elles constituent l'élément central d'une administration sanitaire étatisée et agencifiée.

1. Les ARS : aboutissement de la construction de l'administration sanitaire d'État

A l'inverse de la Sécurité sociale, l'Etat sanitaire a connu un développement d'après-guerre tardif. Il faudra attendre les années 1960 pour qu'une administration dédiée se mette en place et gagne progressivement en puissance (1.1). Seule la mise en place des Agences Régionales à partir des années 1990 permettra à l'Etat sanitaire d'assoir son pouvoir sur le système de santé (1.2).

1.1. L'émergence de l'administration sanitaire d'Etat

Dans le système de santé français moderne (après 1945), l'Etat est dès l'origine un acteur essentiel de la politique de santé. Cependant, son action est initialement relativement distante des acteurs sanitaires et sociaux. Elle se limite à un contrôle essentiellement budgétaire et fait l'objet d'une concurrence avec la Sécurité sociale ou les autres parties prenantes (1.1.1) qui débouche au cours de la période des années 1970-1980 sur une rationalisation planifiée des administrations de la santé et du social à travers le développement de la première administration sanitaire d'Etat : les DDASS-DRASS (1.1.2). Les débats qui structurent le développement de cette administration préfigurent ceux autour des futures Agences Régionales de Santé.

1.1.1. 1945-1970 : le développement du système de santé français en contexte d'oppositions structurelles

Comme nous l'avons vu dans la première partie de la thèse, l'histoire de la politique de santé depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale est celle de la prise de pouvoir de l'Etat sur la protection santé. Les ARS sont une manifestation de cette prise de pouvoir. L'objectif de cette section est de resituer brièvement les oppositions structurelles dans lesquelles les ARS se développent et qui justifient leur développement.

La sortie de la Seconde Guerre mondiale constitue un tournant majeur dans le développement du système sanitaire français. La période 1945-1967, avec le développement de la Sécurité sociale, est celle où le système de santé acquiert une place de premier plan dans l'action publique ainsi que les fondements de l'organisation que nous lui connaissons aujourd'hui. Trois oppositions interdépendantes les unes des autres permettent de résumer les tensions qui président au gouvernement du système de santé, et ce depuis 1945 : l'État contre la Sécurité sociale, la régulation locale contre la régulation centrale et l'hôpital contre la médecine libérale. Ces oppositions sont à la fois le résultat des réformes d'avant-guerre et de celles d'après-guerre liées

notamment à la mise en place de la Sécurité sociale. La place centrale de la Sécurité sociale, par les importants enjeux économiques et budgétaires qu'elle porte, va conduire l'État à tenter de dépasser ces oppositions en prenant l'ascendant sur le système de santé. Cette prise de contrôle va se faire dans un premier temps par le développement d'un fort contrôle budgétaire.

Comme nous l'avons déjà longuement développé dans la première partie de la thèse, l'opposition entre la Sécurité sociale et l'Etat en matière de contrôle du système de santé et protection sociale est centrale pour la compréhension de l'évolution de ce dernier. Cette opposition va donc contribuer à solidifier la division du travail de régulation avec d'une part la Sécurité sociale pour les professions libérales et d'autre part une administration de la santé étatique, alors naissante, pour le système hospitalier (Bras, 2009).

Rappelons brièvement qu'en matière de contrôle, la Sécurité sociale acquiert la primauté dans la régulation de la médecine de ville à travers son rôle d'institution de solvabilisation de la demande en santé. En effet, afin d'améliorer l'accès aux soins, la Sécurité sociale, va progressivement développer, dans la continuité des mécanismes développés pendant l'entre-deux-guerres, un système de conventionnement des tarifs des actes médicaux qui servira de cadre de référence pour les remboursements de la Sécurité sociale aux assurés sociaux. Les prérogatives de la Sécurité sociale sur les tarifs de la médecine de ville et sur la forte autorégulation de la profession médicale (Hatzfeld, 1963) sont des obstacles permanents aux ambitions régulatrices de l'État en santé.

Pour sa part, à défaut de pouvoir contrôler la médecine de ville, l'État va étendre son influence dans le domaine hospitalier en tentant de contrôler l'offre hospitalière au détriment de la gestion municipale qui prévaut alors. Les hôpitaux sont l'héritage des hospices développés par les municipalités au XIXe siècle. La gestion y est contrôlée par le maire qui en assume systématiquement l'exécutif (Delas, 2011). L'intervention première de l'État en matière hospitalière repose historiquement sur l'existence de faibles directions ministérielles (Friot, 1996) et sur quelques mesures hygiénistes ou hospitalières (Tabuteau, 2010). En outre, le besoin de solvabilisation est par nature peu ou pas nécessaire dans le cas des hôpitaux qui ont pour rôle historique d'accueillir une population pauvre n'ayant pas les moyens de se soigner (Domin 2013). Face à ces deux éléments, l'État va donc intervenir exclusivement à distance à travers le Commissariat Général au Plan en matière d'investissement ou par quelques mesures réglementaires comme la réforme Debré en 1958 (création des CHU et réforme des études de médecine). Les dépenses hospitalières passent de 1.1% à 3.1% du PIB (Domin, 2013a). Il faudra attendre 1964 pour que l'État commence à développer son administration sanitaire en créant les Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) et les Services Régionaux de l'Action Sanitaire et Sociale (SRASS)[102]. La création de ces directions constitue une première étape dans la remise en cause de l'opposition entre régulation centrale et régulation locale du système de santé, au profit de la première.

Au-delà de la question de l'organisation en tant que telle des services administratifs de l'Etat, le développement de l'intérêt gestionnaire de l'État pour la santé s'est renforcé dès les premiers effets de la « solvabilisation » de la demande de santé par la Sécurité sociale. Cette préoccupation de l'État vis-à-vis des dépenses sanitaires et sociales s'explique par une conjonction de facteurs au

[102] Elles deviennent des Directions (Départementales ou Régionales) des Affaires Sanitaires et Sociales en 1977 (*cf.* section suivante).

début des années 1950 qui viennent modifier les (dés)équilibres budgétaires : la fin des crédits du plan Marshall, l'apparition de la comptabilité nationale, les dépenses militaires, et la prédominance du ministère des Finances au détriment du Plan (Benamouzig, 2005), les conséquences sanitaires de la guerre, les premiers départs à la retraite et le recours de plus en plus important au système de santé. Dans ce contexte, les dépenses liées à la consommation des biens de santé passent de 2,6% du PIB à 4% en 1965 (Le Garrec et al., 2013). Ce phénomène dépasse le domaine de la santé pour s'appliquer à l'ensemble de l'administration dans le cadre de la dénonciation de l'inefficacité de l'État et de la hausse des dépenses publiques et sociales par une partie de la classe politique dans les années 1960-1970 (Bezes, 2009). Cela se traduit par un basculement des rapports de force au sein de la sphère publique avec la montée en puissance du ministère des Finances sur les autres ministères « dépensiers » (Benamouzig, 2005; Gaïti, 2014).

Afin de maîtriser l'évolution des dépenses de santé, l'État va d'abord chercher à les connaitre à travers la mise en place du budget social de la nation en 1952 et avec le soutien de la Cour des Comptes. À partir de 1958, le gouvernement contrôle les modalités du financement de la Sécurité sociale, au détriment du Parlement, avec la fixation du taux des cotisations, des modalités de leur recouvrement ou de leur assiette, et des règles de gestion des différents régimes (Palier, 2005). En 1967, comme nous l'avons développé dans la partie 1 de la thèse, ce contrôle s'accentue avec le tournant de la réforme portée par le ministre Jeanneney qui, au nom de la maîtrise des dépenses et du souhait d'une « meilleure gestion », sépare la Sécurité sociale en risques et met fin à la gestion des caisses de Sécurité sociale par les assurés (Duchesne, 2017). Désormais, chaque risque est géré par une caisse nationale placée sous tutelle du ministère des Finances[103]. Plus méconnue est l'existence d'un « autre projet Jeanneney » portant sur l'administration territoriale de la santé. Des projets sont en effet esquissés par l'équipe du ministre Jeanneney dans le cadre d'une réforme globale de l'administration sanitaire et du secteur hospitalier, mais elle ne sera pas mise en place (Gay, 2018).

Cet autre projet Jeanneney s'avère être ambitieux avec la constitution d'une administration hospitalière conciliant de nombreux rapports de force. Il s'agit alors de mettre en place un Centre Hospitalier Régional (CHR) à la tête d'une Agence Sanitaire Régionale (ASR). Le couple CHR-ASR devait disposer d'une large autonomie dans l'utilisation de son budget, désormais déterminé régionalement, du budget des établissements qui lui sont rattachés ou des services qu'il met à disposition (Kocher-Marboeuf, 2013). Cette solution organisationnelle présentait la possibilité de dépasser différents clivages existants au sein du système de santé : travail administratif contre travail médical, recherche contre exercice courant de la santé, activités support contre exercice de la médecine ou encore les oppositions territoriales. Mais comme le montre Renaud Gay (Gay, 2018), la crainte d'une étatisation de l'hôpital entraine un rejet massif et unanime du projet de réforme tant de la part de la profession médicale que des fédérations hospitalières ou des élus locaux, chacun craignant de perdre son pouvoir de contrôle au profit de l'Etat. Ainsi, là où le ministre Jeanneney a réussi en 1967 à assoir le contrôle de l'Etat sur la sécurité sociale, il échoue

[103] Précisons que ce contrôle budgétaire de la Sécurité sociale par l'administration des finances est présent dès sa création, car bien qu'organismes de droit privé, les caisses primaires de Sécurité sociale obéissent aux règles de la comptabilité budgétaire. Le statut d'Etablissement public administratif de l'Etat des caisses nationales de sécurité sociale accentue de fait le contrôle de l'Etat sur ces dernières (*cf*. chapitres 1 et 3).

sur le système hospitalier. La question de la mise en œuvre organisationnelle de la contrainte budgétaire de l'Etat reste momentanément en suspens.

Pour autant, l'histoire donnera raison aussi bien au cabinet Jeanneney qu'aux craintes de ses détracteurs dans la mesure où les principales idées du projet seront *in fine* appliquées à partir des années 1990 avec par exemple la création des agences régionales, la mise en réseau des établissements ou leur regroupement qui se traduisent par un renforcement, comme annoncé, de la tutelle étatique. Sans qu'il soit possible d'établir une généalogie stricte entre les deux périodes sur le plan historique (*cf.* section 1.2.1), on peut cependant souligner que les questionnements et les solutions organisationnelles sont similaires, relativisant de fait le caractère nouveau ou innovant des réformes contemporaines.

Ces premiers éléments d'étatisation vont néanmoins conduire à la loi hospitalière du 31 décembre 1970, la « loi Boulin » qui permet à l'État d'investir massivement le champ hospitalier (IRDES, 2015) en mettant fin à une période de dite « *far-west* hospitalier » (Domin 2013) ou de planification relâchée (Moisdon, 2012).

1.1.2. La « planification dure » et le développement de l'administration : DDASS-DRASS et montée en puissance de la région sanitaire et tournant gestionnaire

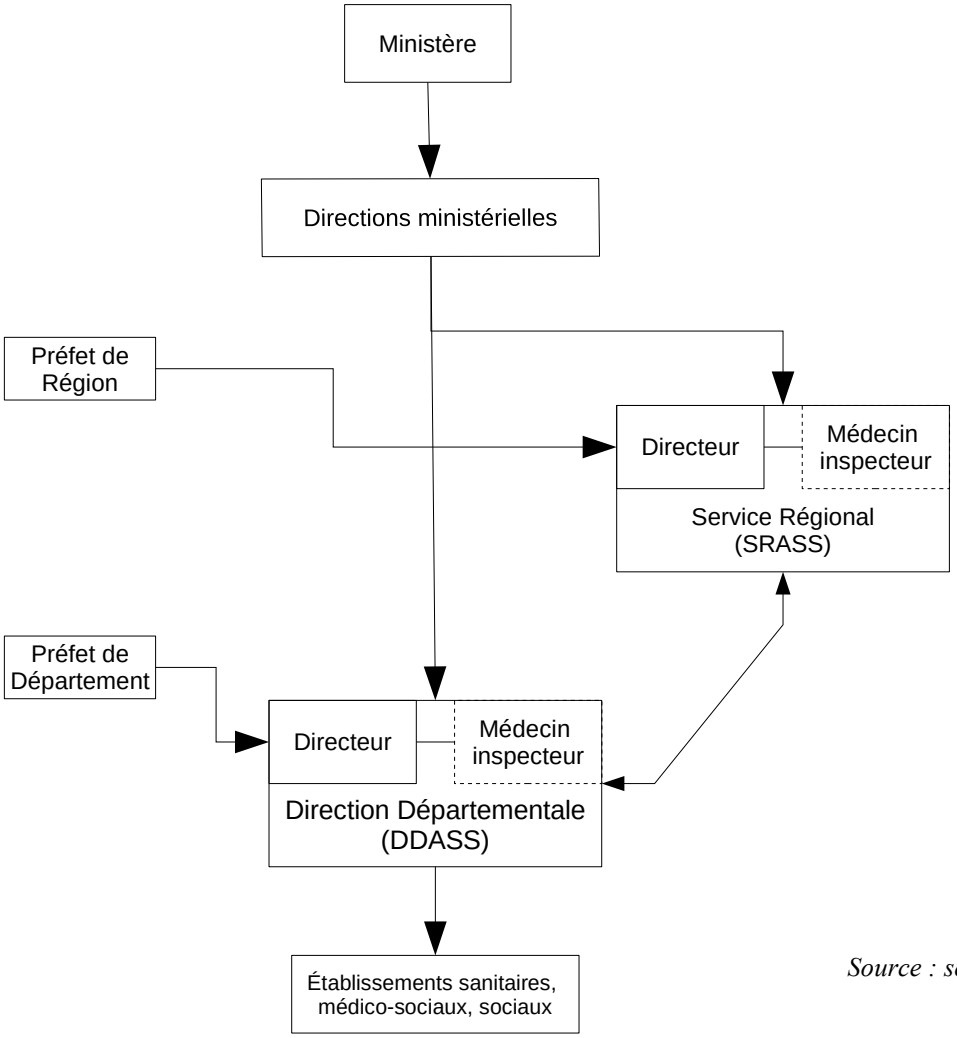
La mise en œuvre d'une planification sanitaire « dure » (Moisdon, 2012) va être réalisée dans un premier temps au niveau national avec le développement de la carte sanitaire, héritage direct du cabinet Jeanneney légué à celui du ministre Boulin, et en s'appuyant sur l'administration territoriale structurée depuis 1964 autour des DDASS. En parallèle, l'Assurance Maladie désormais interlocutrice de l'administration pour la Sécurité sociale restructurée va consolider son réseau avec la création des Caisses Régionales de Sécurité Sociale (CRAM) en 1969 qui coordonnent l'action des nouvelles CPAM[104]. Il faut attendre 1977 pour qu'une réforme administrative d'ampleur vienne restructurer l'administration sanitaire et sociale avec la création des Directions Régionales en lieu et place des Services Régionaux et pour mettre un changement de philosophie en passant de l'Action Sanitaire et Sociales aux Affaires Sanitaires et Sociales. Cependant, c'est la loi de décentralisation de 1982 qui va faire aboutir ce changement de philosophie avec le transfert au département de l'action sociale et par conséquent la création d'une nouvelle opposition, a minima une rupture, au sein de l'administration du système sanitaire et social français entre le secteur sanitaire et le secteur social médico-social. Comme nous allons le voir, chaque réforme est l'occasion d'un renforcement de l'administration sanitaire d'Etat.

Le développement des DDASS (Marrot, 1995) résulte à la fois d'une pression du ministère des Finances à la mise en cohérence des services extérieurs de l'Etat et d'une volonté de constitution d'une administration sanitaire autonome. Les DDAS ne constituent pas une création *ex nihilo*, car elles résultent de la fusion des directions de la santé et des directions de la population et de l'aide sociale ainsi que des divisions d'aide sociale des préfectures et des services de santé scolaire. Elles sont placées sous l'autorité d'un directeur départemental lui-même sous l'autorité directe du préfet. Simultanément et conformément à la logique de régionalisation, les SRASS sont créés, mais leur

[104] Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) prennent la suite des Caisses Primaires de Sécurité Sociale (CPSS) en matière d'Assurance Maladie. Comme les CPSS, les CPAM bien que rattachées à la CNAM demeurent des entités juridiquement indépendantes. En matière de Sécurité sociale on parle ainsi de réseau de caisses.

rôle se limite à un rôle d'appui aux DDAS et de coordination des investissements. L'ensemble du pouvoir d'exécution et de planification locale revient uniquement aux DDASS (schéma n° 4.1). On identifie trois mouvements avec cette nouvelle organisation de l'administration territoriale sanitaire et, désormais, sociale : unification-rationalisation, autonomisation ministérielle contre administration préfectorale, et bicéphalisme entre administration gestionnaire et contrôle médical. Premièrement, ces services doivent explicitement (instruction ministérielle du 30 juin 1964) introduire une dimension sociale dans la sphère sanitaire et réciproquement. Deuxièmement, ils sont certes sous l'autorité du préfet, mais constituent la cheville ouvrière territoriale du ministère. Le préfet n'a ainsi plus directement la main sur les missions des DDASS comme du temps des directions fusionnées. Troisièmement, ils sont sous la direction d'un directeur accompagné d'un médecin-inspecteur situé au même niveau hiérarchique. Le premier dirige le service ou la direction et l'ensemble des missions de gestion du système sanitaire et social, le second a la charge du contrôle sanitaire.

Schéma n° 4.1 – Organisation administrative de la santé à partir de 1964



Source : schéma de l'auteur

Cependant, les DDASS tout en étant une administration du ministère s'avèrent être relativement autonomes au quotidien dans leurs relations avec les acteurs locaux ou les établissements et compte tenu de la faiblesse de l'administration centrale (Marrot, 1995).

Après l'échec du volet territorial de la réforme Jeanneney en 1967-1968, l'administration sanitaire territoriale n'évolue pas. En revanche, différentes expérimentations sont lancées au début des années 1970 afin de préparer une éventuelle réforme d'ampleur qui adviendra en 1977. Il s'agit alors d'envisager un renforcement de l'échelon régional et une clarification de la gouvernance des directions départementales. Le contexte des années 1970 est marqué à la fois par un mouvement politico-intellectuel en faveur de la régionalisation, ce processus ayant échoué avec l'échec du référendum gaulliste de 1969, et un autre de critique général de l'organisation administrative française jugée trop technocratique et bureaucratique. En outre, les dépenses de santé augmentent toujours fortement, malgré la réforme de 1967 de la Sécurité sociale, ce qui oblige les gouvernements à agir afin de rétablir les comptes. Cette atmosphère idéologique apparait donc propice à la remise en cause du modèle des DDASS de 1964 qui accumule alors les inconvénients au regard des critères politico-administratifs dominants : structure départementale, incapacité à maîtriser les dépenses des établissements de santé, autonomie faible vis-à-vis des autorités politiques locales ou médicales.

La réforme de 1977 n'est qu'une étape dans le renforcement des outils du contrôle étatique, car là encore comme dix ans plus tôt il faudra attendre le développement des Agences Régionales en matière de santé pour que le dépassement du modèle d'administration départementale préfectorale à la française devienne effectif avec la création des Agences Régionales de Santé en 2009.

Dans notre perspective d'analyse du renforcement du contrôle de l'Etat sur le système de santé, cinq éléments de la réforme de 1977nous semblent à retenir. Premièrement, la réforme renforce l'échelon régional en le transformant en direction dotée de ses propres objectifs et non plus comme un service d'appui à l'échelon départemental. Deuxièmement, cet échelon régional se voit renforcé par l'absorption de l'administration régionale ministérielle en charge de la Sécurité sociale afin d'unifier le contrôle, faible au demeurant, à la fois sur les organismes de Sécurité sociale et les établissements de santé. Cela permet à l'administration de faire jeu égal avec les CRAM. Troisièmement, la réforme officialise le rôle de contrôle de gestion des directions départementales sur les établissements de santé dans un objectif de maîtrise des dépenses. Quatrièmement, même si les directions départementales demeurent autonomes de l'échelon régional, leur rôle se limite désormais au contrôle courant des établissements tandis que l'échelon régional se voit chargé pleinement de la gestion des investissements des établissements. Enfin, cinquièmement, la réforme met fin au bicéphalisme administratif-médecin qui existait à la tête des DDASS et SRASS puisque les médecins-inspecteurs sont alors placés sous la responsabilité hiérarchique du directeur. Il exerce désormais une mission de conseil. Cette organisation restera en place et sera renforcée jusqu'aux années 1990. Le processus de remise de l'échelon administratif départemental va être renforcé avec le processus de décentralisation initié par le gouvernement socialiste de Pierre Mauroy qui en transférant diverses compétences à la collectivité départementale va affaiblir les services administratifs départementaux de l'Etat.

Le processus de décentralisation général de l'organisation administrative et politique de la Ve République portée par les lois de décentralisation de 1982 à 1984 se traduit en ce qui concerne l'administration sanitaire et sociale par un transfert des missions de gestion de l'offre sociale et médico-sociale à la collectivité départementale. L'administration sanitaire et sociale se voit recentrée sur le secteur de la santé. Les DDASS sont ainsi dédoublées. La DDASS-Etat se trouve recentrée sur la gestion du secteur sanitaire entendu ici comme la gestion des établissements

hospitaliers, des relations avec la sécurité sociale et des questions de santé publique. La DDASS-département[105] de l'exécution du transfert de compétences en matière d'action sociale c'est-à-dire des établissements médico-sociaux ou d'aides comme le Revenu Minimum d'Insertion. Cette DDASS-Département met aussi en œuvre la politique spécifique décidée par chaque département. La séparation entre le sanitaire et le social médico-social s'avère être paradoxale à plusieurs titres dans la mesure où elle va à l'encontre du phénomène de sanitarisation du social observé depuis les années 1960. En outre, le transfert au département de la question sociale, conduisant à la mise en place d'un « département-providence » (Lafore, 2004), apparait comme une décentralisation paradoxale puisque la conception et le financement des principaux dispositifs sociaux restent déterminés au niveau central ministériel.

A l'aube des années 1990, l'administration sanitaire territoriale de l'Etat en santé a connu d'importantes évolutions qui ont consacré progressivement l'avènement de l'échelon régional. Cependant, cette administration est confrontée à d'importantes contradictions entre son modèle d'origine et les injonctions réformatrices des années 1980. Il faudra la mise en ordre des années 1990 pour que l'organisation administrative et l'objectif politique de contrôle, budgétaire, du système de santé fonctionnent de concert.

1.2. L'avènement des Agences régionales : le passage du plan à l'incitation

Au cours des années 1990, une première tentative d'unification de la coordination du système sanitaire a lieu avec la création des Agences Régionales d'Hospitalisation (1.2.1). Cette tentative ne se concrétisera qu'en 2009 avec la création des ARS qui viennent couronner 50 années de construction incrémentale et chaotique de l'administration sanitaire d'État (1.2.2). Loin d'être linéaire, la construction de l'administration sanitaire d'État apparait dans une perspective historique comme structurée par les oppositions originelles qui la traversent.

1.2.1. Les Agences Régionales d'Hospitalisation

À partir du début des années 1990, la gestion du système de santé va être profondément remise en cause. La « planification dure » qui caractérisait la période 1970-1996 laisse la place à un « bricolage incitatif réglementaire » (Moisdon, 2012). C'est la volonté de rendre effective la contrainte budgétaire qui fait émerger l'Etat comme acteur central et conduira à la création des ARS que nous verrons dans la section suivante.

Le passage d'une régulation par la planification à une régulation par l'incitation s'observe dans la gestion courante des établissements de santé. L'État intervient désormais à distance et non plus directement, conformément aux principes de la nouvelle doctrine de gestion en vigueur : le *New Public Management (NPM)* (Pollitt & Bouckaert, 2011) que nous avons présenté dans le chapitre précédent. L'incitation prend le pas sur le plan pour satisfaire à la contrainte budgétaire, avec la mise en place en 1996 des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) qui préfigurent les actuelles Agences Régionales de Santé.

[105] Il s'agit d'une appellation générique puisqu'à la suite de la décentralisation les départements renommeront les services reprenant les missions transférées des anciennes DDAS. Mais cette division entraine une confusion.

L'échec de la « planification dure » est mis en avant à l'occasion des débats autour de la loi de réforme hospitalière du 31 juillet 1991. Dans son rapport sur le texte de loi, le sénateur de l'opposition Claude Huriet (1990) juge ainsi que « l'outil de planification sanitaire est juridiquement inefficace et économiquement médiocre ». L'incapacité d'action de la tutelle hospitalière (DDASS/DRASS) est notamment visée à cause de l'absence d'autonomie donnée aux établissements, de fortes défaillances des systèmes d'information, et d'une vision uniquement budgétaire de la gestion hospitalière. Le ministre Claude Evin cherche à amender le système de la carte sanitaire avec la création des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) qui déconcentrent la détermination des capacités sanitaires en fonction de la demande régionale. Cette tentative échoue en raison de l'opposition du corps médical et de l'incapacité des DDASS-DRASS à changer leurs pratiques.

Une solution est proposée en 1993 par le groupe de travail « Prospective sur le système de santé » du 10e plan, présidé par Raymond Soubie, dans son rapport « Santé 2010 » (Bras & Tabuteau, 2009). Elle s'inspire de la réforme du National Health Service britannique, qui crée des *districts* et des marchés internes (Kober-Smith, 2010), et plus généralement des principes du *NPM*. Elle s'inscrit aussi dans la logique de décentralisation-régionalisation à l'œuvre dans l'administration française (Bèzes and Le Lidec 2010). Face aux constats précédents, le rapport propose de détacher les services de l'administration chargés de la gestion hospitalière, de l'administration d'État constituée des services centraux et déconcentrés. Il s'agit d'éloigner la gestion du système de santé de la tutelle et de la rapprocher des établissements, en rompant l'organisation bureaucratique traditionnelle de l'administration. Pour ce faire, le rapport Soubie propose de créer une Agence Régionale des Services de Santé (ARSS), dotée d'une relative indépendance à travers le recours au statut d'Etablissement Public à caractère Administratif (EPA). C'est-à-dire une entité juridiquement détachée de l'Etat et contrôlée par un conseil d'administration composé de représentants de l'État, des usagers, des professionnels de santé, et des collectivités locales.

En outre, cette ARSS présente la particularité d'être autonome sur le plan budgétaire dans la mesure où elle a la charge de financer les établissements sous sa responsabilité à partir d'un budget déterminé de manière similaire à celui des assurances privées, le budget est déterminé par le coût que représente l'assuré. Le rapport Soubie l'exprime explicitement :

> « *la structure régionale disposerait d'une enveloppe régionale de financement, dont le montant serait fixé au niveau national après péréquation entre les régions, sur la base d'un coût actuariel moyen par assuré. Cette enveloppe couvrirait la part des dépenses présentées à remboursement couverte par l'assurance-maladie obligatoire. Au départ, la base du calcul de cette enveloppe serait l'existant ("base historique"). Progressivement, cette dotation évoluerait afin de se rapprocher de la dotation théorique établie à partir d'un coût actuariel moyen par assuré (variable notamment selon l'âge et le sexe). Son calcul pourrait ultérieurement être affiné dès lors que l'on disposerait d'une meilleure connaissance des facteurs de risques face à la maladie. En tout état de cause, les indicateurs d'ajustement retenus ne devraient pas être manipulables par les acteurs.* » (Soubie, 1993, p.80).

Autrement dit, avec les ARSS on assiste à une disparition des caisses primaires et régionales de sécurité sociale par le transfert de l'ensemble du pouvoir budgétaire à la nouvelle administration régionale.

Sur le plan historique, le projet d'ARSS porté par Raymond Soubie apparait donc comme très ambitieux et présente la particularité de réunir les ambitions de deux projets inaboutis du ministre Jeanneney : celui de régionalisation de la sécurité sociale et celui de la régionalisation de l'administration sanitaire.

Il faut attendre 1996 et les ordonnances « Juppé » pour que le projet des ARSS se concrétise avec la création des ARH. Ce sont des Groupements d'Intérêt Public permettant de regrouper en une seule entité la coordination de plusieurs services administratifs sans pour autant les fusionner : les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM). Les ARH ont pour mission de coordonner l'action publique en matière d'hospitalisation privée et publique à travers différentes fonctions (Domin, 2013). Elles mettent en œuvre des Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) avec les établissements sanitaires. Il s'agit d'un contrat qui est signé entre les deux parties et qui détermine l'ensemble des moyens et objectifs nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement. L'ARH, pour s'assurer du respect des engagements, propose un COM dit « incitatif » dans la mesure où l'allocation des ressources de l'enveloppe globale attribuée à l'établissement est conditionnée au respect des objectifs fixés et à la réalisation du SROS. En cas de coûts trop élevés ou de non-respect des objectifs, les ARH peuvent directement supprimer une partie de l'enveloppe globale. Enfin, l'ARH se voit confier la responsabilité de fermer ou de restructurer les hôpitaux sous son contrôle territorial.

Dans la pratique, la faible autonomie dont elles jouissent vis-à-vis du ministère et leur périmètre d'action limité à l'hospitalisation font que les ARH constituent une faible concrétisation du projet des ARSS. Cependant, malgré cette ambition à la baisse, les ARH ont l'avantage, grâce à l'ampleur des ordonnances « Juppé », de faire système et de s'intégrer pleinement à une nouvelle organisation du système de santé français sous *NPM* (Mossé & Pierru, 2002). Ces ordonnances permettent à l'administration d'État de prendre l'ascendant sur la Sécurité sociale tant en termes de connaissance de l'activité du système sanitaire (généralisation du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), que de contrôle budgétaire (ONDAM)[106] ou de gestion des établissements sanitaires (via les ARH). En outre, elles introduisent dans le système de santé le principe de co-construction de la santé entre les patients, l'administration sanitaire et les médecins (création des Conférences Régionales de la Santé) ainsi que le principe de la sécurité sanitaire (création de l'ANAES[107]). Ainsi, les ARH constituent une réorganisation de la tutelle hospitalière et non de la tutelle sur le système de santé.

La poursuite de la mise en œuvre des ARH va se traduire par une complexification de l'organisation sanitaire avec la création de structures qui viennent progressivement compléter leur action (schéma n° 4.2). Ainsi, avec la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, l'Etat cherche à renforcer la coopération entre les multiples instances et organisations existantes, comme les organismes de Sécurité sociale, ou créées au cours des années 1990 comme celles de démocratie sanitaire ou de Sécurité sanitaire avec la création du Groupement Régional de Santé

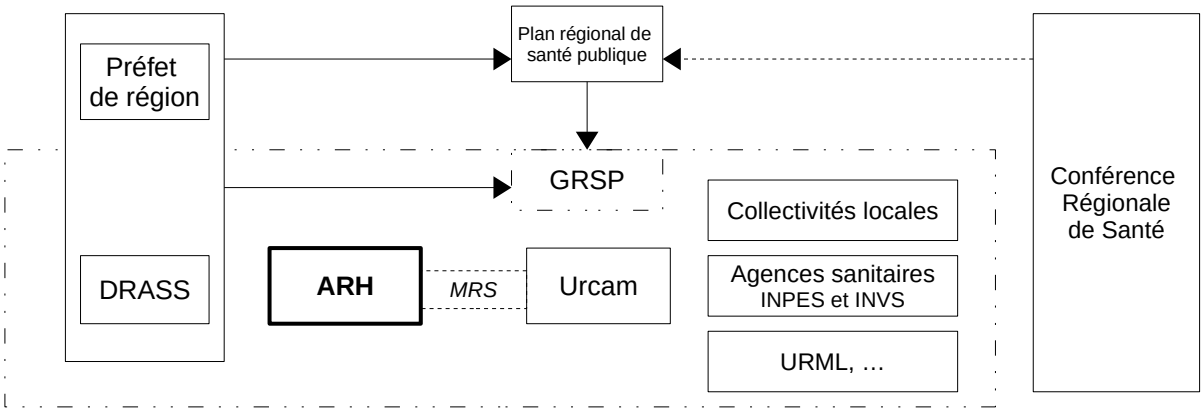
[106] Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

[107] Agence Nationale d'Evaluation et d'Accréditation en Santé

Publique (GRSP). Le GRSP comme les ARH est un Groupement d'Intérêt Public (GIP) dont la mission est de faire travailler au niveau régional l'ensemble des administrations sanitaires : les agences de l'Etat (INVS et INPES)[108], les administrations de l'Etat et de la Sécurité sociale (ARH, Urcam, DRASS), les collectivités locales et les instances de démocratie sanitaire (URML, CRS, etc.). Rappelons que le GIP a vocation à réunir pour une mission commune des acteurs qui par ailleurs continuent à exister pour leur mission principale. Le GIP peut être plus ou moins doté de moyens propres.

Ainsi, à l'inverse des ARH, le GIP GRSP agit exclusivement par appel à projets thématique et non avec ses propres moyens humains et matériels (Vasselle, 2005). Le GRSP reste soumis à l'administration préfectorale de l'Etat. En parallèle, par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le gouvernement cherche à renforcer les liens entre les ARH et les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (Urcam) avec la création des Missions Régionales de santé (MRS). La loi dans son article 68 précise que ces MRS peuvent permettre de préfigurer des agences régionales de santé à titre expérimental. Dans les faits, ce dispositif restera faible et peu adopté aussi bien par l'administration sanitaire d'Etat que par celle de sécurité sociale (Ritter, 2008).

Schéma n° 4.2 – Organisation de l'administration sanitaire au niveau régional en 2007



Source : schéma de l'auteur

Le GRSP constitue une tentative de dépasser l'hospitalo-centrisme des ARH et préfigure les regroupements à venir avec les ARS. Cependant, cette structuration de l'organisation administrative va avoir raison des instances qui la composent, car elle est marquée par un double Groupement d'Intérêt Public (GIP) : ARH et GRSP, auxquels s'ajoutent une DRASS affaiblie au profit d'une ARH puissante et une MRS peu adoptée. Du point de vue des Agences Régionales, même si l'expérience des ARH s'avère décevante au regard de ses ambitions, elle reste importante, car elle aura permis d'ancrer définitivement l'échelon régional comme échelon privilégié de l'action publique en santé et d'expérimenter pendant 13 ans différents rapprochements administratifs que concrétiseront les ARS.

[108] Institut national de Veille sanitaire et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

1.2.2. Les Agences Régionales de Santé : l'ambition du décloisonnement et de l'autonomie

Poursuivant la trajectoire organisationnelle tracée par les ARH, les Agences Régionales de Santé sont créées par la loi du 21 juillet 2009 relative à l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et au Territoire (HPST). Elles ont pour ambition principale de résoudre les problèmes liés « à la coordination insuffisante de l'ensemble des acteurs et d'une inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, l'accès aux soins devient une question croissante pour nos concitoyens »[109] grâce à la mise en place d'un nouvel acteur régional unique de pilotage de la politique de santé. Ce nouvel acteur est doté d'une relative autonomie vis-à-vis de l'État et de la Sécurité sociale à travers un certain nombre de caractéristiques originales par rapport aux structures qui l'ont précédée (*cf.* Tableau n° 4.1). Sur le plan réglementaire, l'article L. 1431-1 du code de la santé publique définit les missions des ARS de la manière suivante : « Une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional : des objectifs de la politique nationale de santé […] ; des principes de l'action sociale et médico-sociale […] ; des principes fondamentaux [de l'assurance maladie]. Les agences régionales de santé contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie »[110].

[109] Exposé des motifs LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

[110] Cité par Le Menn, J. and A. Milon (2014). Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (2) et de la commission des affaires sociales (1) sur les agences régionales de santé. Paris, Sénat. p.22

Tableau n° 4.1 – Principes théoriques de fonctionnement des administrations sanitaires territoriales

	DDASS/DRASS (DDASS-SRASS) *(cf. Section 1.1.2)*	**DDASS/DRASS** *(cf. Section 1.1.2)*	**ARH** *(cf. Section 1.2.1)*	**ARS** *(cf. Section 1.2.2)*
Forme de l'organisation	Direction ministérielle Service extérieur	Direction ministérielle Service extérieur	Agence Groupement d'Intérêt Public	Agence Etablissement Public Administratif
Modalité de contrôle de la tutelle	Hiérarchie	Hiérarchie	Lettre de cadrage	Contrat
Contrôle de l'État	Direct	Direct	Souple	Distant
Période d'activité	1964-1983 (1964-1977)	1983-1996 (2009)	1996-2009	2010-….
Place de la Sécurité sociale	Parallèle	Concurrente	Coopération	Fusion partielle
Secteurs d'action	Sanitaire et sociale	Sanitaire	Sanitaire Hospitalier	Sanitaire et social
Planification	Nationale	Nationale	Régionale Nationale	Régionalisée
Autonomie formelle	Faible	Faible	Intermédiaire	Forte

Source : schéma de l'auteur

Les ARS, contrairement aux ARH, ne sont pas de simples Groupements d'Intérêt Public. Elles constituent chacune une structure administrative à part entière, dotée de sa propre personnalité morale et relevant du statut de l'Etablissement Public de l'État à caractère Administratif (EPA) sous la tutelle du ministère en charge de la santé. Elles remplacent ainsi sept anciennes structures : les ARH, les GRSP, les MRS, les DDASS, DRASS, les Urcam et les CRAM. On passe ainsi d'une logique d'association de structures indépendantes les unes des autres, à une logique de fusion au sein d'une entité placée sous la tutelle de l'État. En matière de relations avec la Sécurité sociale, ce changement est significatif puisqu'il se traduit par l'absorption d'une partie (fusion partielle) des administrations de la Sécurité sociale par cette nouvelle administration d'Etat.

Le choix du statut d'EPA et du nom « d'agence » n'est pas une simple subtilité administrative, mais relève bien d'un choix stratégique du gouvernement, spécifique au secteur de la santé. Au

même moment, dans le cadre de la Révision Générale des Politiques Publiques, le gouvernement met simultanément en place 7 grandes directions interrégionales au lieu des 23 existantes (Bèzes & Le Lidec, 2010). Le statut d'EPA implique une forme de détachement en termes de gestion de la structure administrative hiérarchique traditionnelle de l'État caractéristique des DDASS/DRASS. Autrement dit, l'ARS permet à l'administration sanitaire territoriale de l'Etat de s'autonomiser de son ministère et de devenir indépendante de l'administration préfectorale. Outre l'existence morale de l'EPA, ce dernier acquiert, à l'inverse d'une direction ministérielle, une responsabilité budgétaire à travers l'obligation d'un budget à l'équilibre, l'autonomisation dans la loi de finances (opérateurs de l'État) et la possibilité de cumuler différentes ressources de financements, y compris propres. Les ARS sont financées par une subvention de l'État pour charge de service public, une subvention de la Sécurité sociale, une contribution de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), de ressources propres et, éventuellement, de financements issus des collectivités locales. Avec cette forme organisationnelle particulière d'agence régionale, le secteur de la santé fait donc figure d'exception au sein du paysage administratif.

Au-delà des caractéristiques propres au statut d'EPA, l'autonomie des ARS se fait à travers le choix original de généralisation du contrat comme modalité de coordination entre l'ARS et sa tutelle ou l'ensemble de ses partenaires. Contrairement aux Directions ministérielles ou aux ARH qui se coordonnaient à travers une chaine hiérarchique rigide ou des lettres de cadrage aux modalités d'évaluation et de fonctionnements pour le moins floues (Fargeon et al., 2002), la coordination entre l'échelon régional et l'échelon national se fait désormais à travers un Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM). Le contrat offre un contrôle en principe plus distant à travers la définition d'objectifs initiaux entre les parties et d'indicateurs de suivi. Le contrat va rendre visibles les objectifs des ARS et être le support de l'autonomie entre l'agence et la tutelle, cette dernière ne devant juger l'action de l'agence qu'au regard de ces objectifs, sans intervenir dans la manière dont l'agence y parvient. La coordination nationale est complétée au niveau ministériel par un Comité National de Pilotage (CNP) qui assure au quotidien le suivi des ARS. Ce comité regroupe les ministres en charge du Budget et de la Sécurité sociale, leurs directions concernées, la CNSA et l'assurance maladie (CISS, 2013). Entre l'échelon régional et l'échelon local, la contractualisation est poursuivie dans la même logique que celle des Contrats d'Objectifs et de Moyens entre les ARH et les établissements sanitaires avec la mise en place des CPOM ARS-Etablissements sanitaires. Elle est l'objet d'un approfondissement avec le renforcement des indicateurs de suivi et de l'ARS, désormais seul acteur face aux établissements. Les CPOM constituent l'outil principal par lequel la Stratégie Nationale de Santé va être déclinée aux différents échelons locaux retenus dans le cadre de l'organisation du système de santé aujourd'hui : la région pour la planification et les établissements pour la mise en œuvre concrète. L'échelon départemental autonome qu'étaient les DDASS a pour sa part complètement disparu et ne subsiste plus qu'au travers des Délégations Départementales ou Territoriales, sous-services des ARS. Ils formalisent les moyens et les objectifs. La contractualisation s'étend aussi progressivement aux établissements médicaux-sociaux réunifiant ainsi le pilotage territorial du secteur sanitaire et celui du secteur médico-social, mais il faut attendre 2015 pour qu'il soit obligatoire. Cette contractualisation est le point d'orgue du passage d'une gouvernance par planification à une gouvernance par incitation.

Outre la réorganisation des administrations sanitaires et leur unification, la création des ARS participe à la remise en cause du pilotage dual du système de santé entre la Sécurité sociale et l'État, au profit de ce dernier. Cela s'effectue avec la prise de contrôle par les ARS d'une partie de l'administration de la Sécurité sociale. Parmi les entités fusionnées au sein des ARS, plusieurs dépendaient auparavant de la Sécurité sociale, comme les Urcam ou les CRAM, et voient leurs missions majoritairement reprises par les ARS. La Sécurité sociale perd par conséquent complètement le contrôle du secteur hospitalier. De plus, les ARS doivent participer à la maîtrise de l'ONDAM qui de fait est constitué principalement de dépenses financées par la Sécurité sociale.

Ainsi, compte tenu des caractéristiques communes avec les ARSS, la création des Agences Régionales de Santé peut être perçue comme un pas de plus vers la concrétisation du rapport « Santé 2010 » de 1993 sur le plan organisationnel, *a fortiori* des réformes inabouties de 1967. Ainsi, après la longue période de préparation qu'a constituée la mise en place des ARH, les ARS offrent la possibilité de dépasser les oppositions historiques qui traversent l'organisation du système de santé : l'État contre la Sécurité sociale, la régulation locale contre la régulation centrale et l'hôpital contre la médecine libérale. De manière plus générale, l'évolution de l'administration sanitaire d'Etat, des DRASS/DDASS aux ARS, laisse apparaitre, du moins dans ses principes théoriques de fonctionnement (*cf.* Tableau n° 4.1), la mise en place progressive d'une nouvelle étatisation désormais déconcentrée. Autrement dit, les ARS constituent l'aboutissement concret de solutions managériales évoquées depuis le début des années 1990 et d'une volonté de maîtrise étatique régionalisée de système de santé depuis les années 1960.

2. Les ARS : de la théorie à la pratique de la contractualisation

La contractualisation garante de l'autonomie des ARS raisonne particulièrement en sciences économiques, car depuis le début des années 1980 la figure du contrat comme support de la coordination a complété le marché. Ce tournant majeur a donné lieu à une effervescence théorique importante dans des domaines aussi variés que l'économie du travail ou celle des organisations. L'évolution des sciences économiques apparait comme concomitante et similaire à l'évolution de l'organisation administrative et pose la question de la responsabilité des sciences économiques dans ce changement (2.1). Cependant, la concrétisation de principes issus de la théorie économique s'avère être difficile. En effet, la mise en place des ARS, du rapport Soubie à aujourd'hui, dessine une intervention administrative de l'État particulière conjuguant centralisation et autonomie régionale de principe. Dans la continuité de l'étatisation initiée dès le début des années 1960, les ARS restent dominées par l'échelon central-national au nom de la maîtrise budgétaire, au point de subir elles-mêmes l'austérité qu'elles doivent mettre en œuvre. Mais à l'inverse de l'étatisation initiale, caractérisée par un contrôle direct explicite, l'étatisation par les ARS se dissimule sous le mythe de l'autonomie contractuelle portée par les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) (2.2).

2.1. La fiction contractuelle de la théorie économique

Dans la sphère administrative réelle, le contrat est au cœur du dispositif organisationnel des ARS. En amont le contrat permet à l'Etat d'assurer sa tutelle, en aval il permet à l'ARS de le faire sur les établissements de santé. Dans les deux cas, le contrat est théoriquement l'outil qui permet à

chacune des parties d'être autonome afin de défendre au mieux ses intérêts. Cette idée du contrat comme support de l'autonomie a fait l'objet d'une importante théorisation en sciences économiques, tellement développée que ce vaste ensemble théorique sert aujourd'hui à la légitimer scientifiquement (2.1.1). Le droit, à l'origine des premières conceptualisations de la forme contrat comme support de la coordination volontaire, permet de relativiser fortement la réalité du contrat idéal des théories économiques du contrat dans le cadre de l'organisation administrative. Le contrat de la théorie économique n'est ainsi pas celui de la réalité administrative (2.1.2).

2.1.1. Un bref panorama des théories économiques contractuelles

Les théories des contrats en économie constituent depuis le début des années 2000 le corpus théorique dominant des sciences économiques, suite à un tournant opéré au cours des années 1980 au sein de la discipline. Ce tournant a consisté dans un premier temps à clore la théorie de l'équilibre général en achevant sa formalisation mathématique pour officialiser son caractère peu réaliste et opérationnel. Face à cela, les sciences économiques ont eu recours à la métaphore du contrat comme support de la coordination pour étendre les canons de l'analyse standard à toute relation bilatérale.

L'analyse économique jusqu'aux années 1980 s'appuie sur un ensemble théorique que l'on peut qualifier de Théorie Standard (TS) de l'analyse économique moderne (Favereau, 1989). En effet, ce corpus dominant et relativement cohérent regroupe l'ensemble des développements de l'analyse du courant néoclassique construite de sa formulation théorique avec la Théorie de l'Equilibre Général (TEG) par Léon Walras en 1874 à sa démonstration mathématique par Arrow et Debreu en 1954 (Favereau & Picard, 1996). Le TS repose sur deux piliers fondamentaux que sont la rationalité parfaite des agents et la coordination par le marché. Le premier signifie que les agents peuvent par le calcul choisir la situation qui maximise leur intérêt dans l'atteinte d'un objectif, « Un comportement est substantivement rationnel lorsqu'il est approprié à l'accomplissement des buts donnés dans les limites imposées par des conditions et des contraintes données (Simon 1976, dans MBR II, 1982, p 425) »[111]. On peut aussi parler de rationalité savagienne, en référence à l'axiomatisation faite par Savage du critère de maximisation de l'espérance subjective (liée à l'agent) d'utilité avec sa théorie des probabilités subjectives (Favereau, 1989). Le second, lui, renvoie à l'idée que pour coordonner l'ensemble de ces agents rationnels et maximisateurs, l'institution qu'est le marché sous l'hypothèse de concurrence parfaite est la seule institution capable de faire atteindre à l'économie la situation la plus efficace sur le plan de l'allocation des ressources.

Cette théorie a beau être une très belle construction intellectuelle (Salanié, 2012), elle n'en demeure pas moins irréaliste (Brousseau & Glachant, 2000) et reste un cas particulier théorique cerné par des théorèmes d'impossibilité (Maris, 2003). Dans ces conditions, l'enjeu pour les économistes est majeur, car s'ils abandonnent la TS, ils perdent la quasi-totalité de leur cadre conceptuel, notamment en ce qui concerne l'analyse microéconomique qui est exclusivement

[111] Béjean et al., 1999, pp. 6-7 (MBR désigne la référence suivante citée par Béjean et al. : SIMON HLA. (1982). "Models of Bounded Rationality". Cambridge, MIT Press.)

néoclassique. Ils doivent donc réussir à trouver un cadre qui leur permet à la fois de conserver au mieux cette théorie et à la fois de résister au procès en irréalisme auxquels ils sont confrontés. Pour faire face aux impasses de la TS, quelques économistes se font à l'idée qu'un « détour de production » est nécessaire pour comprendre la complexité de la réalité (Salanié, 2012). Le modèle d'équilibre général de la TS est trop général et donc trop ambitieux. On ne peut pas réussir à expliquer la réalité à partir de ce modèle qui par un système de prix de marché recherche la situation optimale (au sens de Pareto) de l'allocation des ressources et donc de la coordination des agents. Ils doivent accepter de mettre de côté cette grande analyse globale (« générale ») qui englobe grâce à la coordination par le marché à cette fin d'optimalité tous les agents et tous leurs échanges, au profit d'une analyse plus partielle du marché et plus bilatérale des relations économiques entre les agents. Ce changement d'échelle de l'analyse économique, du général au partiel, oblige les économistes à abandonner un des deux piliers de la TS, celui de la coordination exclusive des agents par le marché et ses avantages pour l'analyse économique. Pour y arriver, les économistes vont s'intéresser à une institution, l'organisation qui pour l'instant faisait figure de « boîte noire » et était résumée à tort à une fonction de production, dont l'exemple type est l'entreprise. La théorie néoclassique passe ainsi du marché à l'organisation comme moyen de coordination privilégié des agents. Cette TS étendue à l'échange bilatéral correspond à ce que Favereau (1989) appelle la Théorie Standard Étendue (TSE).

L'explication que les économistes vont trouver pour expliquer ce changement d'échelle à partir des années 1980-1990 dans leurs analyses est la prise en compte dans leur analyse d'une variable jusqu'à maintenant ignorée : l'information. On doit cette solution aux travaux précurseurs de Arrow puis ceux de Akerlof, Pauly, Stiglitz (Tanti-Hardouin, 2011). L'idée est que si les agents économiques ne se coordonnent pas correctement sur les marchés c'est à cause de l'imperfection de l'information, les prix ne fournissant et ne synthétisant pas toute l'information disponible pour chaque agent. Il existe donc des asymétries d'information entre eux, certains disposant de plus d'informations, d'autres de moins d'informations. L'information n'est pas répartie de manière égale. Pour tenter de comprendre et de modéliser ce processus d'échange en tenant compte de l'information et des comportements opportunistes qu'il peut engendrer, certains économistes vont développer plusieurs théories regroupées dans un ensemble ou un « cadre unificateur » qui peut prendre le nom général « d'économie de l'information », ou ceux plus spécifiques de « théorie des contrats », « théorie des incitations », « théorie du signal », « théorie du principal-agent » ou encore « économie des contrats » (Tirole, 2013).

On peut définir six caractéristiques de l'approche de l'économie des contrats (Brousseau et Glachant, 2000 (p.25), Salanié, 2012). Premièrement, c'est une approche qui modélise un marché où s'échangent un ou deux biens du reste de l'économie. Nous sommes en situation d'équilibre partiel. Deuxièmement, elle s'intéresse à la coordination entre deux agents principalement, c'est-à-dire à un niveau bilatéral. Troisièmement, elle « réexamine la nature précise des difficultés de la coordination économique, et approfondit notre connaissance des fonctions ou des dispositifs de coordination », en l'occurrence ici les difficultés liées à l'information et le contrat comme dispositif de coordination. Quatrièmement, « cette analyse s'intéresse de manière fine aux différentes composantes des dispositifs de coordination : routines, incitations, principes d'autorité, moyens de coercitions, etc. ». Cinquièmement, elle analyse la manière dont les contrats sont créés afin de voir « la façon dont les agents conçoivent des règles et des structures de prise de décision qui vont encadrer leurs comportements ». Enfin sixièmement, « l'observation de l'évolution des

dispositifs contractuels aide à comprendre comment se transforment les structures d'encadrement de l'activité économique » mises en place auparavant.

Différents recoupements sont possibles au sein de l'approche contractuelle, on distinguera trois approches (Tableau n° 4.2) : la Théorie des Incitations (TI) comme sous-corpus fondateur, la Théorie des Coûts de Transaction (TCT) sous-corpus aux prétentions les plus opérationnelles et puis celui de la Théorie des Contrats incomplets (TCI). Cette dernière est aujourd'hui dominante (Aghion et al., 2016), car elle réalise une forme de synthèse entre la théorie des incitations et les hypothèses soulevées par Williamson tout en plaçant au cœur le problème de l'incomplétude des contrats, principal défi théorique pour ces approches. Le tableau ci-dessous (Brousseau et Glachant, 2000) résume schématiquement leurs principales caractéristiques.

Tableau n° 4.2 – Résumé des différentes approches principales

Ensemble théorique		**Rationalité**	**Information des contractants**	**Institutions extérieures aux contractants**	**Problématique principale**
Théorie Sstandard (TS)	*Théorie Walrasienne*	*Substantielle*	*Complète et symétrique*	*Parfaites (garantissant l'absence de déviations par rapport aux plans annoncés)* => *exogènes*	*Établissement centralisé et simultané de tous les prix (et donc des quantités échangées*
Théorie Standard Etendue (TSE)	Théorie des Incitations (TI)	Substantielle	Complète et asymétrique	Parfaites (garantissant l'exécution des engagements) => exogènes	Schémas de rémunération révélateurs et incitatifs
	Théorie des Contrats Incomplets (TCI)	Substantielle	Complète et symétrique	Imparfaites (incapables de vérifier certaines variables) => exogènes	Allocations de droits de décision et de droits au surplus résiduel pour inciter à réaliser un investissement non contractualisable
	Théorie des Coûts de Transaction (TCT)	Limitée	Incomplète et asymétrique	Très imparfaites (incapables de vérifier certaines variables et soumises à la rationalité limitée) => endogènes	Construction d'un dispositif de prise de décision a posteriori et d'un mécanisme pour rendre exécutoire l'engagement

Source : Brousseau et Glachant (2000), développé dans (Brousseau & Glachant, 2002) [112]

En parallèle au développement de ces théories des contrats en sciences économiques, une autre approche contractuelle avec des raisonnements communs se développe en finance et au sein des sciences de gestion, la Théorie Positive de l'Agence (TPA) (Charreaux, 2000). Ce cadre théorique, développé par Jensen et Meckling[113], abandonne l'idée, centrale à la théorie des incitations ou théorie normative de l'agence, de trouver des contrats optimaux (de second rang) entre un Principal

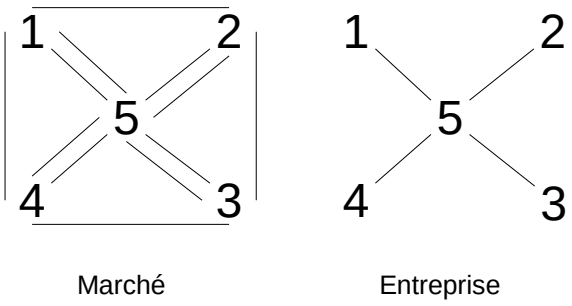
[112] Un tableau de synthèse similaire se trouve dans (Vahabi, 2002).

[113] Jensen M., Meckling W., "Theory of the firm : managerial behavior, agency cost and ownership structure", Journal of Financial Economics, 3,1976, p. 305-360.

et un Agent dans une organisation ou dans n'importe quelle relation. En effet, compte tenu de la multitude de relations interdépendantes et simultanées entre deux agents qui existent dans la réalité, une telle ambition conduit à des analyses extrêmement simplificatrices ou bien se révèle être totalement inadaptée. La TPA pour aborder la complexité de la réalité va se définir comme une théorie de l'organisation cherchant « à expliquer à partir du cadre de référence, le fonctionnement l'émergence et la survie de différentes formes d'organisation ». On retrouve ici un point commun avec la théorie des contrats qu'est la TCT (Charreaux, 2000) qui permet elle aussi d'envisager plusieurs institutions de coordination des agents (firme, marché, etc.).

La TPA va donc entrer dans la boîte noire de l'entreprise (plus généralement l'organisation) et la concevoir comme un « nœud de contrats » ou « centre contractant » (Charreaux, 2000) qui centralise les relations afin de permettre la coordination la plus efficace des agents. Pour être efficace, l'entreprise doit par les contrats à la fois allouer les droits à chaque agent et à la fois mettre en place un système de contrôle permettant d'évaluer, de mesurer la performance et incitant les agents à respecter l'allocation des droits. En centralisant le processus de contractualisation, l'entreprise évite à chaque agent de le faire lui-même et évite ainsi la démultiplication des contrats pour assurer leur coordination. Jensen et Meckling précisent que l'entreprise comme nœud de contrat est une pure fiction, il s'agit d'une métaphore juridique. On parle ainsi de « fiction légale » (Baudry & Chassagnon, 2014). Le schéma ci-dessous (n° 4.3) compare les relations contractuelles nécessaires entre la coordination par le marché et celle par l'entreprise.

Schéma n° 4.3 – L'organisation comme nœud de contrats



Source : Baudry et Chassagnon, 2014

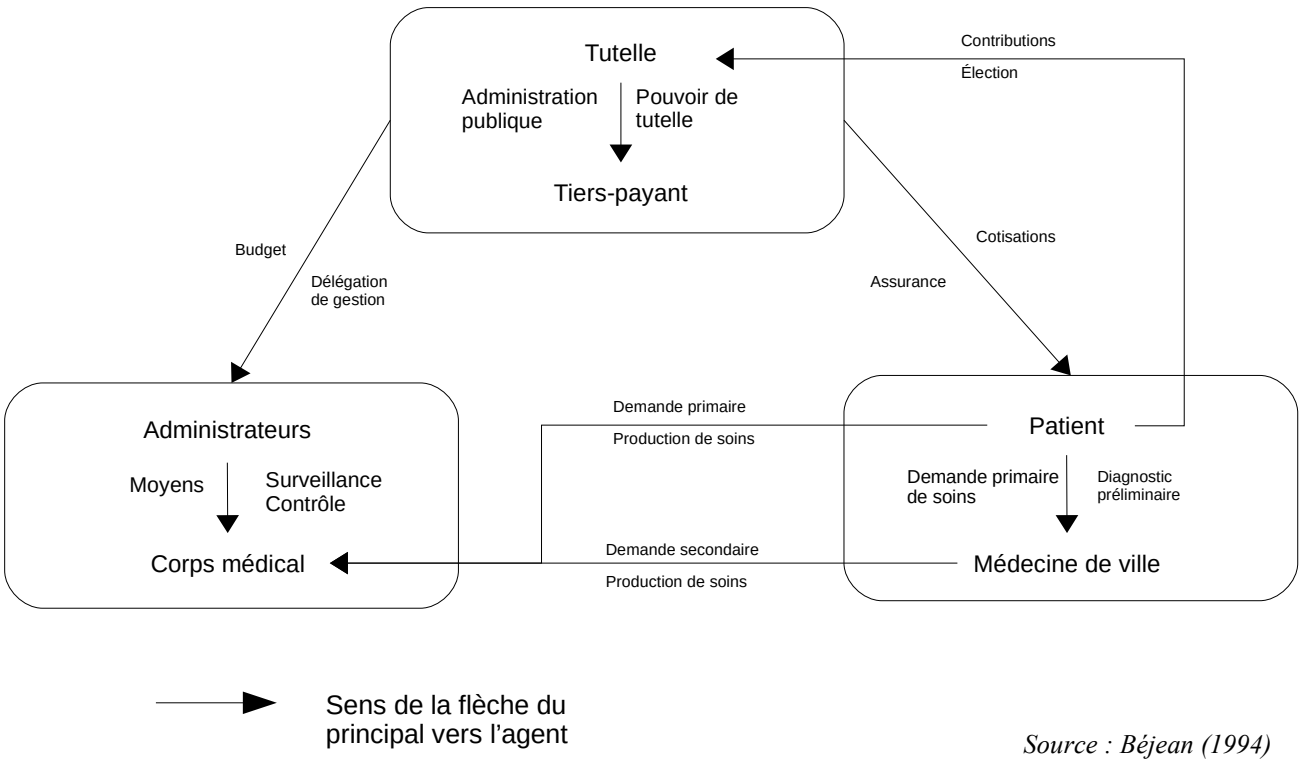
Au total, les approches contractuelles sont omniprésentes en économie et font l'objet d'une grande diversité dans leurs développements tout en partageant un socle théorique relativement homogène. Leur vocabulaire similaire à des outils réels de coordination favorise leur diffusion politico-managériale. Cependant, comme leur ainée walrasienne, ces théories s'avèrent être peu opérationnelles.

2.1.2. De la fiction contractuelle à la réalité juridico-administrative

Aujourd'hui, l'économie de la santé dominante est dominée par le recours à l'approche contractuelle. Toutes les relations dans le monde de la santé sont analysées sous la forme d'une microéconomie des relations bilatérales mettant en avant l'existence d'un Principal qui doit faire face à un Agent qui développe en toutes circonstances un pouvoir discrétionnaire ou un opportunisme systématique généralement classé dans deux catégories ; l'aléa moral et la sélection adverse. Cette approche est appliquée à la relation entre le patient et le médecin, entre l'assureur (public ou privé) et l'assuré, entre le directeur d'hôpital et les soignants, entre la tutelle et les directeurs d'hôpitaux, etc. Chaque acteur peut occuper, suivant la configuration analysée, la position de principal ou celle d'agent. Si les relations d'agence sont diverses et que l'on peut aussi conceptualiser des relations multi principales agents, la solution au problème économique a toujours la même racine : il s'agit de contrecarrer l'opportunisme de l'agent en compensant la désutilité à se conduire rationnellement. Un système de récompenses ou de sanctions de type bonus-malus est de nature à aligner le plus possible les intérêts des agents sur ceux du principal. Le système de récompense qui se met en œuvre n'est pas du ressort d'un mécanisme de marché, mais relève d'un contrat incitatif. Selon cette approche contractuelle, il n'y a pas de problème économique qu'un bon contrat incitatif ne saurait résoudre.

A titre d'illustration, l'application de l'approche contractuelle sur le fonctionnement global du système de santé a été tentée par Béjean (1994). Après avoir identifié et analysé de manière formalisée les différents problèmes d'agence (aléa moral et anti-sélection) qui peuvent exister de manière bilatérale entre les agents intervenant dans un système de santé centré sur l'hôpital (tutelle politique et administrative, sécurité sociale, patients, médecine de ville, corps médical hospitalier, corps administratif hospitalier), l'analyse consiste à les représenter schématiquement afin d'obtenir une vue globale des relations d'agence (schéma n° 4.4).

Schéma n° 4.4 – Les relations d'agence dans le système hospitalier français



Source : Béjean (1994)

Ce type de représentation est forcément partiel puisqu'à des fins de simplification, il ignore obligatoirement de nombreuses relations d'agence inhérentes à un système aussi important qu'un système sanitaire et social. En outre, il dépend étroitement de la perspective d'analyse adoptée dans la mesure où dans chaque organisation (ici les trois blocs), on peut là encore identifier une multitude de relations d'agences.

On pourrait ainsi multiplier les exemples en se focalisant sur une relation d'agence ou un dispositif particulier (financement, etc.) dans la mesure où la littérature en économie de la santé sur les incitations est extrêmement abondante (Culyer & Newhouse, 2000; Rochaix, 1997). Mais la critique de cette approche appliquée au domaine de la santé l'est tout autant (Batifoulier et al., 2018; Batifoulier & Gadreau, 2005; McMaster et al., 2015). Notre propos ici n'est pas de reprendre cette critique, mais de souligner que concernant la contractualisation mise en œuvre dans le cadre des ARS, les termes de « contrat » et « [d'] agence » de la théorie économique et ceux de la réalité administrative ne sont que des homonymes. L'agence ARS n'est pas réductible à une relation d'agence. Le contrat qui y est pratiqué n'est pas celui de la théorie économique standard.

Un détour par le droit permet de mettre en évidence cette inadéquation entre le raisonnement de la théorie économique et la réalité administrative, le caractère peu vraisemblable de la théorie économique, alors même qu'en premier lieu droit et science économique *mainstream* semblent partager une position commune.

En effet, la définition originelle du contrat en droit donnée par l'article 1101 du Code civil apparait comme compatible avec la proposition économique de la théorie des contrats : « Le contrat est une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent, envers une ou plusieurs autres, à

donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose ». Le droit distingue même explicitement l'opposé du contrat, l'acte unilatéral administratif c'est-à-dire « un acte juridique exprimant la seule volonté de l'administration à l'égard des tiers pour son édiction et s'impose à eux sans leur consentement ». Le Code civil précise dans les articles 1109 à 1122 les caractéristiques qui définissent le consentement, notamment le fait que ce dernier ne peut être obtenu par la violence ou par dol. Cette différence fondamentale autour du consentement des parties nous permet, théoriquement, de distinguer clairement ce qui est un contrat de ce qui ne l'est pas. Cela est une caractéristique commune à tous les contrats et pas seulement au contrat administratif. Ainsi, le contrat peut « être défini comme un accord créateur d'un dispositif qui fait la loi des parties ». Mais il s'agit d'un accord particulier, dans le sens où les parties bien qu'étant volontaires, se soumettent explicitement à l'obligation de respecter l'accord formulé.

Au regard de ces caractéristiques, le terme « contrat » désigne donc en droit et en sciences économiques jusqu'à présent le même phénomène. Cette ressemblance dans le cadre des contrats administratifs est même accentuée dans la mesure où ces derniers s'inspirent fortement du droit des marchés publics (Conseil d'Etat, 2008) puisqu'il constitue la première tradition contractuelle de l'Etat. Ainsi, les contrats sont soumis à la transparence c'est-à-dire au fait de rendre publique ou accessible l'information relative au souhait de contracter, à la mise en concurrence des futurs co-contractants afin de choisir celui qui propose la meilleure offre sur le plan économique. Ces informations font l'objet d'une formalisation de plus en plus forte via des documents pré-contractuels. En outre, comme le précise le Conseil d'État, « l'existence d'une véritable négociation en amont de l'acte constitue ainsi l'un des indices permettant normalement d'identifier la présence d'un contrat ». Le contrat type marchés publics sert à fournir des biens ou des services à l'administration à travers le marché et les règles qui en découlent. Autrement dit, le contrat est ici le support de l'échange marchand.

Cependant, le droit des contrats administratifs se caractérise par deux spécificités (Conseil d'Etat, 2008; Richer, 2014) qui le distinguent des contrats civils. Premièrement, l'administration bénéficie de clauses favorables vis-à-vis du co-contractant en matière de contrôle ou de réalisation du contrat. Deuxièmement, le contrat administratif a en revanche la particularité de ne pas être strictement bilatéral puisque l'administration en tant que personne morale signe le contrat grâce à ses représentants qui peuvent le faire à plusieurs et à des niveaux hiérarchiques différents. Ainsi l'administration a, dans une certaine mesure, plusieurs volontés hiérarchiquement organisées. Au-delà de ces deux caractéristiques, le Conseil d'Etat souligne que le contrat administratif en tant que contrat au sens développé précédemment est sujet à débats et qu'en raison de l'absence de sanction ou d'autonomie des parties. Il s'agit pour le Conseil d'Etat de faux contrats ou, de manière plus souple, de convention ou de contrat politique.

Cette dimension de statut particulier de l'Etat comme contractant échappe ainsi totalement à l'analyse économique standard qui fait du contrat un accord de volonté autonome. Le fait que la contractualisation en santé se fasse sous contrainte de l'Etat est donc occulté. Ainsi, l'autonomie d'un acteur comme l'ARS, malgré la présence d'un contrat comme support de la coordination ou comme expression de l'autonomie d'un établissement public de santé ou administratif, ne peut effacer ni le fait que l'établissement est subordonné de l'Etat ni le fait, dans une perspective économique, que les ressources humaines et financières des établissements publics sont exclusivement celles de l'Etat directement ou indirectement (*cf.* chapitre 3). L'établissement

public est juridiquement un outil de mise en œuvre de la volonté de l'Etat enchâssé et tenu dans un ensemble de règles et un cadre budgétaire définis par lui. Le contrat administratif entre l'Etat et un établissement s'apparente donc plus à un contrat de subordination à l'image du contrat de travail qu'à un contrat commercial plus proche de celui de la théorie économique.

La popularité du contrat incitatif de la théorie économique dans un contexte réel où tout semble contredire sa pertinence bénéficie des relais dont dispose la théorie économique *maintream* au sein de la sphère réformatrice du système de santé (Benamouzig, 2005). Cette popularité est aussi véhiculée par une ambiance généralisée en faveur de la forme de coordination contractuelle aussi bien en droit (Supiot, 2015) qu'en matière de management public. Ainsi parée de multiples vertus, la rhétorique du contrat support de l'autonomie s'impose progressivement comme norme de gestion publique ignorant de fait que l'Etat demeure l'acteur central, maître des règles du jeu et des moyens budgétaires. Même si elle n'a que peu de liens avec le contrat de la théorie économique dominante, la forme contractuelle s'est imposée comme moyen d'action de la politique publique, particulièrement en santé.

2.2. De la théorie à la pratique, une mise en œuvre complexe au service de l'Etat

A l'inverse du contrat incitatif théorique, le contrat entre l'Etat et les ARS ne relève pas d'un accord de volontés autonomes. Il est fortement enserré dans la contrainte budgétaire et dans l'austérité sanitaire. Les ARS sont soumises à de fortes contraintes qu'elles reportent sur les établissements et sur les hôpitaux en particulier dont on connait les difficultés budgétaires. Nous développons dans cette section la façon dont les ARS sont bien au service de l'expression de la contrainte budgétaire imposée par l'Etat central. Mais les ARS, elles-mêmes sont des cibles de la contrainte budgétaire (2.2.1).

Cette mise en œuvre de la contrainte budgétaire présente la particularité de se faire sous le couvert de l'autonomie offerte par le processus contractuel. Toutes les relations deviennent formalisées par des chaines de contrat Etat-ARS et ARS-établissements qui sont animées par l'idée de rendre responsable chaque acteur de ses actions et donc de ses dépenses. Mais cette autonomie liée au jeu contractuel apparait comme fictive, car la sphère administrative ne parvient pas à concrétiser le modèle contractuel face à un Etat central qui souhaite garder la maîtrise de ses établissements publics. Les ARS sont davantage des acteurs de la régulation nationale que des aiguilleurs de la régulation territorialisée (2.2.2).

2.2.1. Les ARS : instruments et cibles au service et sous la contrainte budgétaire d'État

Le secteur de la santé, comme le secteur public au sens large, doit faire face depuis les années 1990 à un renforcement de la contrainte budgétaire d'État. Cette contrainte se traduit par des politiques visant à limiter la dépense publique considérée comme un poids pour les entreprises en raison d'une fiscalité, jugée trop forte, nécessaire au financement de la dépense publique (Abecassis, Batfoulier, et al., 2016; CPACDP, 2014). Les ARS, bien que porteuses d'importantes ambitions en matière de développement et d'amélioration du système de santé, n'échappent pas à cette contrainte. Elles se trouvent ainsi dans la situation de devoir faire et faire faire aux acteurs du système santé « plus et mieux » avec des moyens de plus en plus contraints.

En tant qu'instrument de contrainte budgétaire, le rôle des ARS repose sur leur participation à la mise en œuvre de l'ONDAM qui, rappelons-le, a pour mission de limiter les dépenses de santé à une enveloppe budgétaire définie au préalable par l'État. En termes opérationnels, cela se traduit par le transit de l'ensemble des flux financiers du système de santé par les systèmes d'information des ARS et par la capacité de ces dernières à agir sur une partie de ces flux. L'ensemble de ces opérations est retracé dans les *états financiers* des ARS disponibles chaque année pour chaque ARS et agrégés au niveau national.

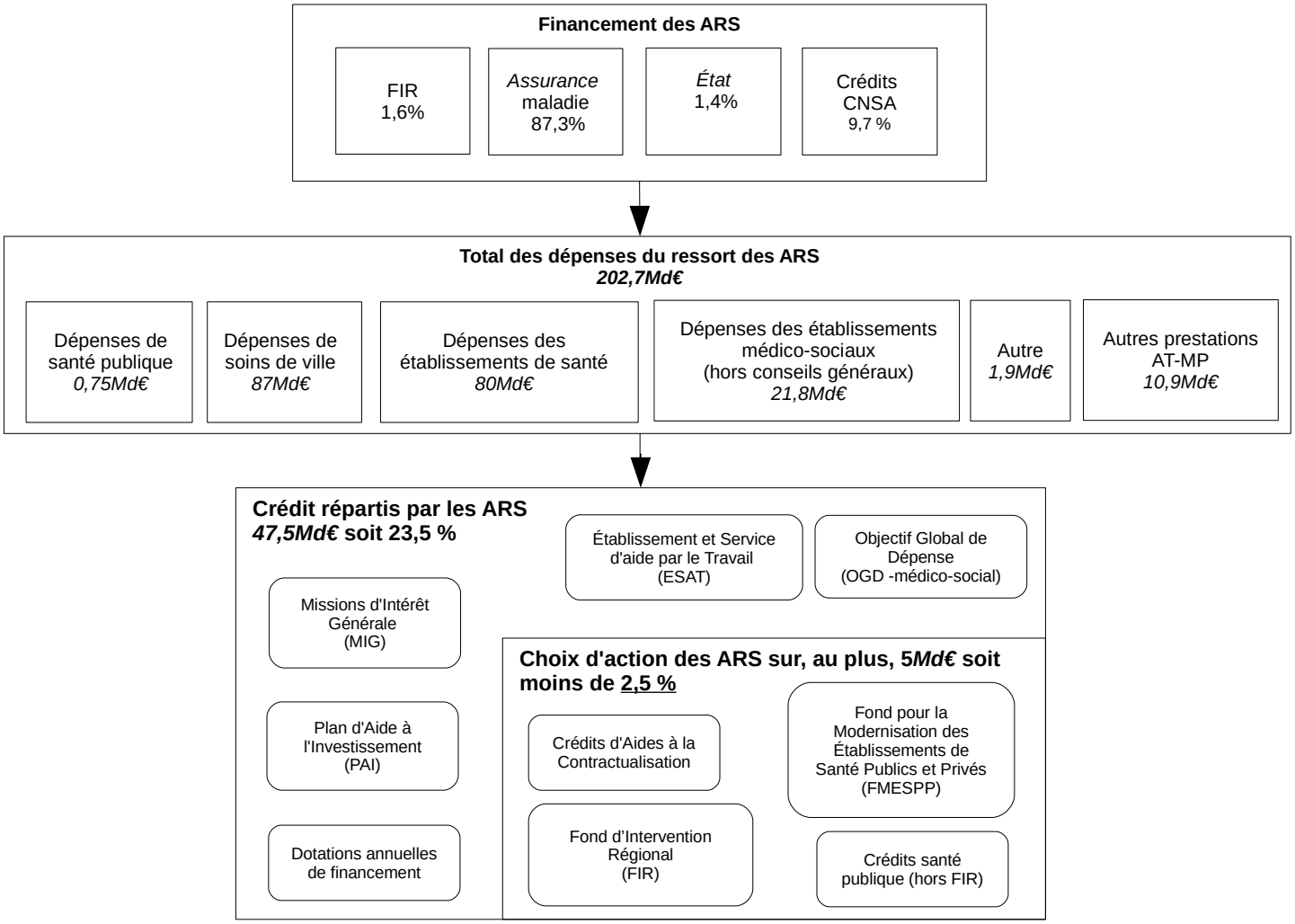
Nous avons mené une analyse de ces états financiers en travaillant sur des documents comptables. A partir des documents publiés par les ARS, nous avons pu calculer le poids financier des ARS dans l'administration sanitaire et la structure de leur financement ainsi que la structure de leurs dépenses par grands postes. Nos résultats sont résumés dans le schéma n° 4.5. La première constatation est que ARS ne peuvent agir sur la répartition que de 23,5% de ces flux financiers du système de santé. Si l'on prend seulement en compte ceux pour lesquels les ARS peuvent décider directement de l'affectation, nos calculs montrent que ce chiffre tombe à seulement 2,5%. Cette très faible maîtrise des ARS sur les choix financiers s'explique par le fait que la majorité des fonds au sein du système de santé obéissent à des règles de répartition définies nationalement (Le Menn & Milon, 2014). Pour les hôpitaux il s'agit notamment de la Tarification A l'Activité (T2A) qui relève de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH, agence nationale) et de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS – direction ministérielle), des honoraires médicaux fixés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, ou du prix des médicaments fixé par le Comité Economique des Produits de Santé (CPES – comité national). Cette primauté persistante de la régulation nationale sur la régulation régionale et sa division entre l'État et la Sécurité sociale traduisent les résistances qui structurent depuis sa création le système de santé. Ainsi, tandis que le financement demeure exclusivement du ressort de l'Assurance Maladie (87%)[114], la régulation est principalement aux mains de l'État (Agences nationales, Directions ministérielles, Caisses Nationales de Sécurité sociale[115]). De même, la régulation par les prix est duale : à l'Etat l'hôpital et le médicament[116] ; à la Sécurité sociale la médecine de ville. *In fine*, les ARS doivent faire face à l'injonction paradoxale de la part de l'État : participer à l'échelon régional à la mise en place de l'ONDAM, sans pour autant que l'État renonce à son rôle national de gestion. Autrement dit, la tutelle étatique, bien qu'engagée dans une démarche de délégation et d'autonomie, fait primer son objectif de limitation des dépenses de santé. La contrainte budgétaire macroéconomique l'emporte sur la gestion décentralisée.

[114] Cette proportion monte à 96.1% si on ajoute les crédits CNSA qui proviennent de l'assurance-maladie. Si on ajoute le FIR qui désormais est entièrement financé par des crédits de l'assurance-maladie cette proportion atteint 97.8%.

[115] Rappelons que même si la Sécurité sociale et l'Etat forment deux entités différentes sur le plan institutionnel, l'Etat contrôle malgré tout les caisses nationales de Sécurité sociale.

[116] Le CPES est constitué pour sa section médicament de 18 représentants de l'Etat (directions centrales des ministères chargés de la Sécurité sociale, de la santé et des finances) contre 4 pour les financeurs (Sécurité sociale hors régime général et complémentaires santé). Les caisses du régime général ne sont pas représentées. En outre sa composition est arrêtée par décision des ministères cités.

Schéma n° 4.5 – Les flux financiers des ARS



Source : Schéma et calculs de l'auteur à partir de l'état financier national 2016 des ARS. Un schéma similaire pour 2011 est disponible dans (Cour des Comptes 2012).

Néanmoins, le rôle des ARS dans la répartition des flux financiers du système de santé ne doit pas être sous-estimé en raison de la structure même des dépenses de santé, et des effets de levier, potentiellement importants, liés aux flux financiers contrôlés directement ou répartis par les ARS. Le pouvoir de régulation des ARS concernant les flux financiers gérés au niveau national demeure assez faible compte tenu de leur caractère uniforme et de leur dépendance quasi exclusive à la consommation de soins des patients : le tarif opposable pour les honoraires médicaux ou le prix des Groupes Homogènes de Malades s'appliquent sans distinction particulière aux médecins et aux hôpitaux sur le territoire national ; il n'y a pas de T2A ou d'honoraires médicaux sans une action de consultation-consommation de la part du patient auprès d'un service de santé. En revanche, les ARS peuvent agir de manière plus spécifique auprès de chaque professionnel ou acteur du système de santé, grâce aux outils de contrôle dont elles disposent ou par l'importance stratégique des fonds qu'elles affectent. Ainsi, d'une part, les crédits répartis par les ARS, bien qu'ils soient cadrés nationalement, peuvent être ajustés par les ARS en fonction des établissements au sein de leur périmètre régional. Cet ajustement se fait au travers des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), d'indicateurs de suivi des activités et de performance. D'autre

part, les crédits contrôlés par les ARS, à défaut d'être importants quantitativement, sont primordiaux pour les établissements et professionnels de santé, car ils ne sont pas liés à leur activité médicale, mais à leurs stratégies d'investissement et d'atteinte des objectifs fixés dans les CPOM. On assiste en outre à un renforcement de cette catégorie de crédit avec la création du Fond d'Intervention Régional (FIR) en 2012 qui transforme progressivement des crédits autrefois seulement répartis, en crédits contrôlés par les ARS. Ainsi, à défaut de pouvoir agir sur la masse globale de l'ONDAM, les ARS peuvent l'influencer.

Les ARS sont donc un porte-parole primordial de la contrainte budgétaire en santé par les crédits qu'elles affectent directement ou par les dépenses qui transitent par elles. Les ARS ne font pas que répercuter cette contrainte, elles la subissent aussi.

En tant que cible de la contrainte budgétaire, les ARS restent des organisations publiques soumises aux contraintes de leur tutelle principale, l'État. Dans le cadre de l'effort général pour la maîtrise des dépenses publiques avec la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) en 2010, puis de la Modernisation de l'Action Publique (MAP) en 2013, les ARS ont vu leurs moyens humains et financiers baisser. Le tableau n° 4.3 résume cette évolution de 2011 à 2016[117] à partir des données que nous avons collectées dans les Rapports d'Appui à la Performance (RAP) annexés au projet de loi de règlement et d'approbation des comptes de l'État pour le programme 124[118] de la mission « solidarité, insertion et égalité des chances ». Les moyens humains ont baissé de 6.1%, passant de 8954 ETP à 8410 de 2011 à 2016, contribuant à limiter l'augmentation des dépenses de personnel de 2.47% sur la période. Les dépenses de fonctionnement bénéficient, outre la réduction des effectifs et la baisse de 25% du parc automobile, de différents efforts de mutualisations sur les marchés publics comme la mutualisation des achats avec les autres structures publiques via l'Union des Groupements d'Achats Publics. La baisse la plus forte semble venir des dépenses d'intervention inscrites au budget de l'opérateur qui baissent de 84.5%. Mais elle doit être relativisée puisqu'elle correspond au transfert de ces crédits du budget de l'opérateur au FIR en 2015. Globalement, on assiste à un léger recul sur la période 2013-2016 des crédits sous contrôle de l'ARS qui baissent de 2.17%. Cette baisse est notamment due à la baisse de 20.8% entre 2013 et 2016 des aides à la contractualisation (hors FIR), alors même que la contractualisation avec les établissements est le principal moyen d'action des ARS. L'augmentation très forte au cours de la période 2011-2016 est à relativiser, car elle correspond principalement à l'intégration au FIR de crédits existants, mais auparavant dispersés.

[117] Au moment de la réalisation de l'étude, les états financiers des ARS étaient disponibles jusqu'en 2016.

[118] « Conduites et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »

Tableau n° 4.3 – Moyens financiers et humains des ARS

	2011	2013	2016	Variation 2013 à 2016	Variation 2011 à 2016
Crédits sous le contrôle de l'ARS	2 900 000	4 745 777	4 642 762	-2,17	60,10
dont FMESPP[119]	-	181 649	208 138	14,58	-
dont Aides à la contractualisation	-	1 404 039	1 112 345	-20,78	-
dont Budget du FIR	-	3 160 089	3 322 279	5,13	-
Budget de l'opérateur ARS	1 091 761	1 244 995	807 012	-35,18	-26,08
dont dépenses de personnel	626 656	650 514	642 105	-1,29	2,47
dont dépenses de fonctionnement	112 890	115 122	110 131	-4,34	-2,44
dont dépense d'intervention	352 215	479 359	54 776	-88,57	-84,45
Financement État au budget de l'opérateur ARS	863 340	671 563	563 128	-16,15	-34,77
Effectifs (ETP)	8 954	8 754	8 410	-3,93	-6,08

Sources : RAP 2011, 2013 et 2016 programme 124, réalisation ; Etats financiers des ARS 2013 et 2016, CdC (2012)

En milliers d'euros sauf « effectifs » en Equivalent Temps Plein (ETP)

Variations exprimées en %

Calculs de l'auteur

Hormis la baisse des moyens humains et financiers, deux facteurs sont l'expression de la contrainte budgétaire d'État. Premièrement, il s'agit de la débudgétisation des moyens d'intervention de l'opérateur d'État qu'est l'ARS avec le transfert de 2013 à 2015 de la quasi-totalité de ces crédits au FIR. Deuxièmement, à partir de 2016 cette débudgétisation des moyens d'un opérateur se transforme en débudgétisation de la santé puisqu'à partir de cette année-là le FIR est exclusivement financé par l'assurance maladie. Autrement dit, à partir de 2016 l'intervention en santé menée par les ARS ne relève plus du budget de l'État. Outre ce désengagement, la débudgétisation de la santé a pour effet d'intégrer ces dépenses à l'ONDAM contribuant ainsi à l'extension de la contrainte budgétaire qui pèse sur l'ensemble des dépenses de santé.

Ce travail sur les comptes des ARS montre que les marges de manœuvre de ces agences sanitaires sont faibles. Elles ont peu de moyens financiers pour mener une politique d'organisation régionale des soins, ce qui est pourtant leur mission. En relayant la volonté budgétaire exprimée par l'ONDAM, les ARS sont un rouage essentiel du processus d'Etatisation. La logique contractuelle qui est omniprésente permet de dissimuler cette étatisation par le budget sous couvert de responsabilité individuelle des acteurs alors même que le pouvoir de contrôle reste principalement dans les mains de l'Etat central.

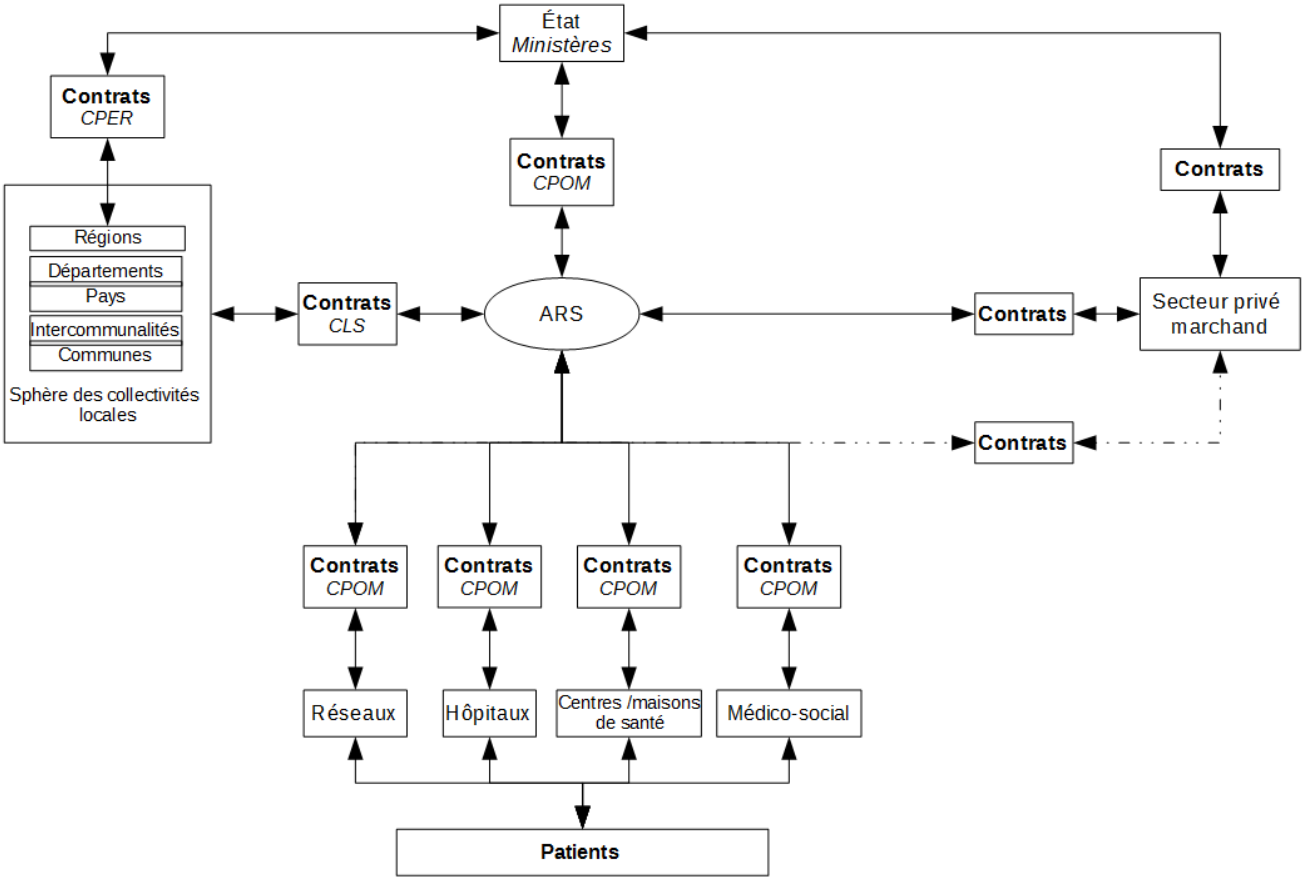
[119] Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés

2.2.2. Les ARS : une hiérarchie organisationnelle « contractualisée »

Avec la mise en place des ARS, le développement du contrat comme principal outil de coordination au sein du système de santé ne constitue pas en soi une véritable rupture managériale. Dans la continuité de logiques existantes et sous l'impulsion du *New Public Management* ou de la théorie de l'agence appliquée au secteur de la santé (Domin, 2013), on trouve le contrat sous des formes plus ou moins formalisées telles que les conventions ou les schémas (comme les SROS). Les contrats ont fait l'objet d'applications avec les ARH ou à l'intérieur même de l'hôpital[120] à partir de la fin des années 1980. Quant à la logique conventionnelle (les « conventions médicales ») entre les médecins et l'assurance maladie ou entre les hôpitaux et l'Etat, elle remonte aux années 1960. Néanmoins, la mise en place des ARS donne une nouvelle ampleur au contrat (Duchesne, 2016), car leur création s'accompagne de leur généralisation à toutes les relations au sein du système de santé (schéma n° 4.6). Les différents contrats à l'œuvre sont principalement les Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) Etat-ARS et ARS-Etablissements sanitaires et sociaux. On identifie un certain nombre de contrats périphériques comme les Contrats Locaux de Santé (CLS) ou des contrats venant modifier le CPOM, eux aussi négociés avec l'ARS. Les ARS cristallisent autour d'elles une multitude de contrats et deviennent ainsi le pivot central d'un système de contractualisation généralisée. Leur position d'acteur régional unique de l'administration sanitaire fait que les ARS centralisent toute l'information et constituent un véritable « nœud de contrats ». La concentration de sept acteurs en un acteur statutairement autonome et aux compétences transversales a eu pour effet de réduire les besoins de coordination entre l'échelon national (le ministère), l'échelon local (les établissements de santé ou médicaux-sociaux), et de l'échelon régional désormais unifié. Une multitude de relations bilatérales ont laissé leur place à une relation bilatérale entre acteurs à chaque échelon. Cette concentration traduit l'ambition, portée par les ARS, de décloisonner et de rendre plus lisible le système de santé.

[120] Cette contractualisation dite « interne » est le résultat de l'organisation en pôles, relativement autonomes de la direction, qui doivent fonctionner selon des objectifs et des engagements pris par la direction agissant comme tutelle De Pouvourville, G. and J. Tedesco (2003). "La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics." Revue française de getsion (146): 205-218..

Schéma n° 4.6 – Une contractualisation généralisée en santé



Source : schéma de l'auteur

Cet univers qui se dessine, où toutes les relations sont librement négociées par la voie contractuelle, est toutefois limité par la nature même du processus contractuel au sein de la sphère publique.

En effet, même si le contrat administratif est très similaire tant dans sa définition (consentement des contractants et obligations) que ses sources (code civil, loi et jurisprudence) au contrat civil (Conseil d'Etat, 2008), il est spécifique par la nature des contractants qu'il engage. Le contrat administratif est un contrat qui engage, pour au moins une des parties, une structure administrative. Dans le cadre des CPOM ARS-Etat, les deux parties sont des entités administratives : l'EPA ARS et le ministère de la Santé. On se retrouve donc dans une situation où se sont deux parties de l'Etat qui contractualisent entre elles. Or, en tant qu'établissements publics, les ARS ne sont qu'une émanation du ministère et sont de fait sous le contrôle de ce dernier pour la nomination de leurs directeurs et des membres de leurs conseils de surveillance, pour la définition de leurs budgets, du cadre réglementaire dans lequel elles évoluent, ou plus simplement par leur statut même d'établissement public. Leurs décisions sur le plan juridique sont du seul ressort de l'administration. Dans ces conditions, la suprématie de la partie hiérarchique la plus haute, à savoir

ici le pouvoir ministériel (ministre et directions ministérielles), est incontestable et déséquilibre de fait l'égalité entre les parties (Conseil d'Etat, 2013; Richer, 2014).

La liberté contractuelle dépend donc fortement des acteurs qui dirigent le processus contractuel. En fusionnant, les différents acteurs de l'action publique sanitaire et sociale autour de la structure administrative régionale autonome qu'est l'ARS, la loi HPST a concentré la gouvernance du système de santé au sein d'une organisation sous contrôle du ministère. L'ARS s'apparente ainsi dans les faits davantage à une direction ministérielle décentralisée qu'à une entité administrative capable de mener une politique régionale autonome, qu'à une agence. Ni sa structure détachée de l'Etat à travers le statut d'EPA ni une gouvernance par contrat n'ont réussi à garantir son indépendance face à l'organisation historique étatisée de l'administration de la santé. L'une des raisons de cette persistance est la nomination du directeur de l'ARS en conseil des ministres et l'absence de contre-pouvoirs internes. Les directeurs des ARS peuvent être vus comme de véritables préfets sanitaires (Pierru, 2011b), ainsi qu'en leur temps, les directeurs des ARH (Delande, 1999). La tutelle qu'est l'État central se révèle incapable de desserrer le contrôle sur son administration pour rendre son autonomie effective.

Ce même mécanisme se retrouve à son tour entre les ARS et les hôpitaux. Les CPOM ARS-hôpitaux, supports d'une relation bilatérale négociée sur quelques objectifs et indicateurs de suivi, permettent en principe d'assurer l'autonomie des contractants. Ils se sont révélés en fait très complexes à mettre en œuvre. La première campagne de contractualisation 2007-2012 qui était une phase de transition entre les COM des ARH et les CPOM des ARS a entrainé une série de difficultés recensées par la DGOS. Cette situation a poussé la DGOS à définir de nouveaux principes pour la vague de contractualisation 2012-2017 décalée à 2013-2018 (tableau n° 4.4).

Tableau n° 4.4 – Enseignements des campagnes de contractualisation ARS-Hôpitaux

	Phase préparatoire	**Négociation**	**Suivi**	**Evaluation**
***Bilan global* et difficultés rencontrées lors de la première campagne de contractualisation (2007-2012)**	*Phase insuffisamment aboutie*	*Lourdeur qui complique la négociation*	*Absence d'un véritable suivi*	*Evaluation partielle et complexe*
	Difficulté à identifier et à prioriser les objectifs stratégiques à décliner dans les contrats	Inflation des sujets à prendre en compte à la demande du niveau national	Trop d'objectifs opérationnels déclinant les priorités stratégiques	Charge de travail trop importante
	Indicateurs indéterminés ou non adaptés	Volonté exhaustive du contrat	Peu ou pas d'indicateurs associés	Objectifs insuffisamment précis
		Cadre trop rigide du CPOM	Difficulté à agréger les données	Pas d'harmonisation entre les contrats : difficulté de comparaison
				Peu de précisions dans les contrats sur les incitations/sanctions
Solutions proposées pour la deuxième campagne de contractualisation (2013-2018)	Mieux analyser la situation de l'établissement	Faire des contrats modulables et adaptés à la situation des établissements	Proposition d'une base d'indicateurs normalisés pour suivre les objectifs des contrats	Comparaison efficace entre établissements appuyée sur la normalisation des indicateurs
	Clarifier les éléments à contractualiser	Rendre le contrat opérationnel	Inciter au suivi des indicateurs choisis	
	Mieux prioriser les objectifs	Définir des priorités partagées		Renforcer la rigueur de la démarche contractuelle
	Choisir des indicateurs pertinents et en nombre limité	Accord sur les indicateurs		

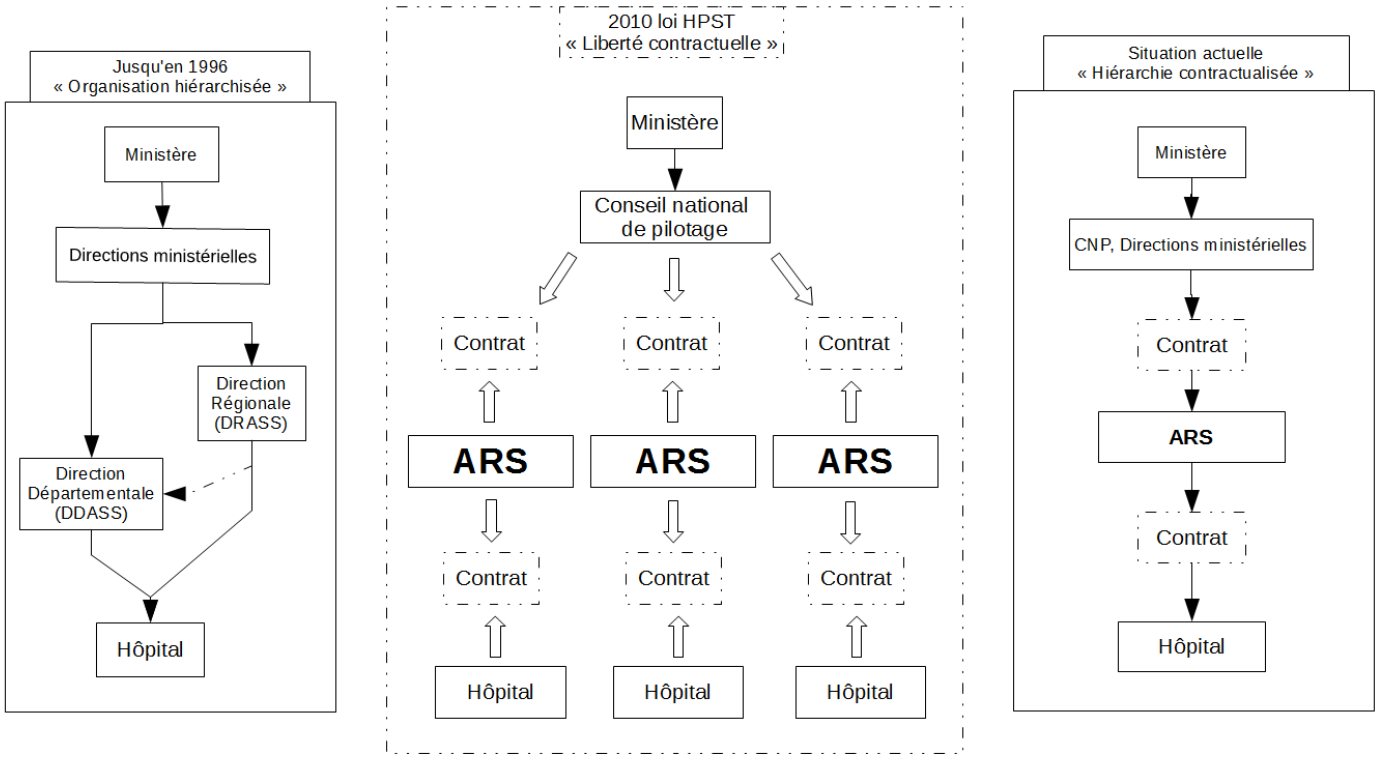
Source : tableau adapté de (DGOS, 2012, *p.12).*

La différence entre ces deux générations de CPOM est flagrante dans la mesure où la seconde abandonne la tentative de la première de tout prendre en compte. Elle cible plus spécifiquement quelques indicateurs. Elle cherche à établir une véritable relation négociée avec les établissements. L'État via la DGOS, en se recentrant sur ces quelques indicateurs, semble abandonner sa volonté d'omniscience, mais cela reste à vérifier en 2018 à la fin de la campagne actuelle de contractualisation. L'évaluation de la deuxième vague de contractualisation n'a pas fait l'objet à notre connaissance d'évaluation académique ou d'évaluation administrative publique tout du moins.

L'ensemble des éléments évoqués fait apparaitre un système très hiérarchisé (« Hiérarchie contractualisée ») à l'image de ce qui existait avant la création des ARS (« Organisation

hiérarchisée »). La liberté que semble apporter le mode de coordination qu'est le contrat se révèle être un artifice cachant un renforcement du pouvoir central sur le système sanitaire, loin des objectifs de décentralisation et d'autonomie des acteurs promis par les différentes réformes successives appelant à la « Liberté contractuelle ». Le schéma n° 4.7 synthétise l'évolution de l'organisation du système sanitaire. Pour simplifier, nous laissons de côté l'épisode des ARH qui ne constitue pas un point de rupture, mais une longue phase de tâtonnement vers les ARS. Par ailleurs, nous nous limitons aux établissements sanitaires (« Hôpitaux ») qui concentrent les principaux efforts de la contractualisation menée par les ARS même si une contractualisation avec les établissements médico-sociaux se développe de manière plus intense depuis 2016.

Schéma n° 4.7 – Evolution de l'organisation du système de santé



Source : schéma de l'auteur

En juxtaposant les différentes structures organisationnelles de l'administration sanitaire d'État dans le domaine de la santé, on constate que la situation jusqu'en 1996 qualifiée « d'organisation hiérarchisée » et celle d'aujourd'hui « hiérarchie contractualisée », sont quasiment identiques alors que la loi HPST a été mise en œuvre. La seule différence majeure réside dans l'introduction du contrat en amont et en aval des ARS. Cette introduction ne fait que complexifier une relation qui reste hiérarchique et nous conduit à une forme de « hiérarchie contractualisée ». Pour autant, il ne faut pas y voir une simple dépendance au sentier dans la mesure où l'on assiste à une transformation effective et profonde de l'administration sanitaire d'État.

On notera tout d'abord la transformation du statut de l'administration qui passe d'une direction à une agence. L'État intervient, mais à travers un intermédiaire, un « opérateur » au sens de la Loi Organique relative aux Lois de Finances. Il s'externalise en son sein. La concentration de l'administration sanitaire et ses modalités de gouvernance participent à la généralisation de la gouvernance par objectifs au sein du système de santé. L'Etat, devenu tutelle, fait porter sur une structure « extérieure » la responsabilité afférente à l'atteinte ou non des objectifs de performance du système de santé. Cette stratégie relève de la « confortation rusée » que nous avons développée en fin de chapitre 3.

On remarquera ensuite que l'État se désengage financièrement et humainement de l'administration sanitaire tant en termes de moyens de fonctionnement que d'intervention. L'État affaiblit les ARS, mais leur délègue le rôle de contrainte sur les établissements. Les ARS sont placées en première ligne de la stratégie d'austérité budgétaire et doivent porter le travail de réduction des moyens et des personnels décidés par les tutelles. Elles sont tenues pour responsables de la crise hospitalière et peuvent apparaitre comme des boucs émissaires, donnant parfois l'occasion à l'Etat central d'affirmer sa maîtrise par des mesures qui vont à l'encontre de ce qui est mis en œuvre par les ARS. La crise sanitaire a montré que l'Etat central pouvait dépenser beaucoup (« Ségur de la santé ») pour contrecarrer l'austérité budgétaire mise en œuvre par les ARS à la demande de l'Etat central. Comme nous l'avons aussi développé à la fin du chapitre 3, la crise peut dédouaner la politique publique.

On insistera enfin sur le désengagement financier de l'État qui se traduit par un recul de la santé dans son budget (débudgétisation) au détriment de la Sécurité sociale, alors même qu'il place cette dernière sous contrainte budgétaire à travers l'ONDAM. L'Etat déporte ainsi à nouveau la contrainte budgétaire sur un autre acteur, la Sécurité sociale.

3. Dix ans après, quelles perspectives pour les agences régionales de santé ?

Depuis 2010, le rôle central des ARS dans la régulation du système de santé français a progressivement été confirmé avec les lois successives structurant le système de santé français : la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) portée par la ministre Marisol Touraine et la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé (loi OTSS) portée par les ministres Agnès Buzyn puis Olivier Véran. Cette dernière est la traduction législative du plan « ma santé 2022 ». Dans leur philosophie et leurs méthodes, les lois de « Modernisation de notre système de santé » et « Ma santé 2022 » s'inscrivent dans la continuité de la loi HPST avec notamment le développement de l'ambulatoire à l'hôpital, de l'ancrage territorial des structures et professionnels de santé ou encore renforcement de la démocratie sanitaire. Le point commun de ces réformes est de poursuivre l'étatisation du système de santé en consolidant les ARS, en étendant leurs secteurs de compétence et en renforçant leurs outils (3.1). Dix après leur création, les ARS sont un véritable pivot d'une administration sanitaire d'Etat agencifiée au profit de l'Etat central et de la maîtrise de sa contrainte budgétaire (3.2).

3.1. Les ARS consolidées comme pivot régional des politiques sanitaires et sociales

Les agences régionales dans le domaine de la santé sont historiquement hospitalo-centrées, agence régionale et hôpitaux (régionaux) se confondaient même dans le projet Jeanneney de 1967. L'un des objectifs des ARS était donc d'étendre la régulation régionale au-delà du secteur hospitalier. Si à leur création en 2010 cette ambition n'est que très partiellement réalisée, dix ans après les ARS ont progressivement gagné des champs d'action dans le secteur médico-social et le secteur ambulatoire. Cette extension vient consacrer les ARS comme régulateur à l'échelon régional d'un système sanitaire et social aujourd'hui décloisonné sur le plan administratif (3.1.1). Dix ans après les ARS n'ont pas seulement gagné en pouvoir, elles ont aussi consolidé leurs dispositifs de contrôle, en premier lieu desquels le processus contractuel. En effet, même si le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) reste un CPOM sans Moyens, les ARS ont réussi à lui trouver une place centrale dans leur relation avec les établissements tout en déployant plus fidèlement la logique contractuelle à travers de nouveaux contrats (3.1.2).

3.1.1. Les ARS face au secteur médico-social et aux nouvelles régulations territoriales

Les lois de 2016 et 2019 font système dans la mesure où l'application de la seconde constitue la concrétisation opérationnelle des principaux outils de la première. Sur le plan de la régulation territoriale, nous retiendrons deux dispositifs structurants mis en place par ces lois : la généralisation des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) d'une part et des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) d'autre part. Le renforcement de la régulation sanitaire des ARS s'accompagne en parallèle d'une concrétisation de la régionalisation de la régulation médico-sociale à partir de 2016, déjà amorcée par la loi HPST, avec la loi relative à l'adaptation de la société et au vieillissement de 2015.

L'absorption du secteur médico-social dans leur périmètre de régulation représente un véritable défi pour les ARS en raison à la fois de la taille du secteur médico-social et des moyens limités à disposition des agences. Prévue dans la loi HPST de 2010 par une possibilité de contractualisation facultative, cette réunification de la régulation des secteurs sanitaire et médico-social autour de l'ARS ne va se réaliser pleinement qu'à partir de 2016. L'ambition du gouvernement socialiste est alors d'accentuer l'unification de la régulation du système sanitaire et social français compte tenu de la mise à l'agenda politique des questions de la dépendance et de l'autonomie. L'enjeu est de renforcer le contrôle de gestion des autorités publiques sur un secteur historiquement très autonome et contrôlé par la collectivité départementale (Coron, 2017; Delouette & Nirello, 2016). En outre, elle se fait dans un contexte de médicalisation du social avec un recours plus systématique à des pratiques et critères du secteur médical pour gérer des questions sociales : recours massif aux médicaments, critères sanitaires pour caractériser l'autonomie, etc. (Collin & Suissa, 2007; Delouette & Nirello, 2017)

Sur le plan organisationnel, sa reprise en main du secteur médico-social par l'Etat à travers les ARS se fait en 2010 avec la loi HPST et la création des ARS. La loi de 2015 vient consacrer la primauté de l'outil contractuel. En effet, la mise en place des ARS pour le secteur médico-social s'est traduite par un transfert de l'échelon départemental à l'échelon régional de l'interlocuteur étatique. Ainsi les conseils départementaux et les établissements n'ont plus en face d'eux des directions départementales décisionnaires, mais des délégations territoriales qui doivent reporter

au siège régional. Cela se traduit par une relation entre les établissements et la tutelle recentrée sur des aspects gestionnaires et financiers avec une perte importante des représentants locaux de l'administration sanitaire (Hudebine et al., 2014) au profit du siège et donc de l'Etat central. Ce changement de l'échelon territorial d'action s'accompagne aussi par le développement de nouveaux outils de régulation à disposition de l'administration comme le fonctionnement par appel à projets émis par l'ARS pour la création ou l'extension des EPHAD. Cette procédure se traduit par une mise en concurrence des établissements lucratifs et non lucratifs et par une évolution des capacités médico-sociales limitées aux moyens des appels décidés par les ARS (Delouette & Nirello, 2017).

La régionalisation de l'interlocuteur s'est traduite par une régionalisation des outils de planification. Le premier est la création avec la loi HPST du Schéma Régional de l'Offre Médico-Sociale (SROMS) au sein du Projet Régional de Santé. Ce SROMS transfert au secteur médico-social la logique du Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS) mis en place au cours des années 1990. Comme son ainé sanitaire, le SROMS a pour objectif de décliner au niveau régional après concertation via les instances de la démocratie sanitaire la politique nationale, et ce pour une durée de 5 ans. On remarquera que désormais le secteur médico-social fait partie intégrante d'outils (le SROMS comme élément constitutif du PRS) et d'instances initialement sanitaires (avec HPST, les Conférences Régionales de Santé deviennent des Conférences régionales de Santé et d'Autonomie). La loi de 2015, poursuit ce mouvement de transfert des outils de planification du secteur sanitaire au secteur médico-social par la généralisation du Contrat Pluriannuel et de Moyens à l'ensemble des Etablissements Médico-sociaux. Cette contractualisation facultative avec HPST devient ainsi obligatoire et remplace ainsi la convention tripartite entre l'ARS, le département et l'établissement. Le CPOM médico-social est construit selon les mêmes principes que le CPOM sanitaire évoqué à la section 2.2 : une forte prescription et normalisation nationale, sans moyens directement, renforcement de la dimension gestionnaire, concrétisation de la tutelle, etc.

La reprise en main du secteur médico-social par les ARS apparait comme similaire au processus d'étatisation de la santé mis en place depuis les années 1990 et a fortiori depuis 1967 puisqu'elle se fait au nom de la maîtrise des dépenses avec des solutions organisationnelles similaires (contrats et agences). Il ne s'agit donc pas d'un retour aux sources avec l'unité de gestion entre secteur sanitaire et secteur médico-social du temps des DDASS (1964-1983).

Les Communautés Professionnelles de Territoire de Santé (CPTS)[121] sont créées par la loi Touraine (loi LMSS) de 2016. Leur objectif principal est d'améliorer la coordination des professionnels de santé libéraux d'un territoire donné afin d'améliorer la prise en charge des patients tout au long de leur parcours de soin. Trois enjeux sont mis en avant par les pouvoirs publics pour la création de ce dispositif ; à la fois la volonté d'une meilleure structuration de l'offre de soins en ville dans le cadre du virage ambulatoire et pour répondre au développement des maladies chroniques, et d'un renforcement de l'exercice coordonné des professionnels de ville.

[121] L'Equipe de Soins Primaires est une reconnaissance réglementaire de l'exercice collectif de la médecine de premier recours mis en place par la LMSS de 2016, codifié dans Article L1411-11-1 du code de santé publique. Elle peut être soit concrétisée par une structure comme une Maison de Santé Pluri-professionnelle soit par un solution plus simple comme un cabinet partagé. Pour se constituer en ESP deux professionnels de santé au moins, dont un généraliste, doivent établir un projet de santé commun explicitant les objectifs et moyens de l'exercice. L'ESP contractualise ensuite avec l'ARS afin d'être reconnue et pour pouvoir éventuellement bénéficier de financements.

Sur le plan organisationnel, les CPTS se structurent principalement autour d'une Equipe de Soins Primaires (ESP)[122] qui prend la forme d'un centre ou d'une maison de santé. Les CPTS ont trois missions principales et deux missions optionnelles qui leur permettent d'obtenir un financement de la CNAM qui par ailleurs financement aussi des frais structures[123]. L'ARS via le Fond d'Intervention Régional (FIR) peut subventionner la création de la CPTS et apporter une aide technique. En outre, l'ARS émet un avis sur la pertinence du projet médical partagé qui justifie la création de la CPTS.

Le principe de la CPTS en mettant au son cœur le médecin généraliste et l'exercice coordonné de premier recours vient renforcer le développement des Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP) largement promues par la loi HPST de 2009. Les MPS ont été créées au début des années 2000 pour répondre progressivement à une multitude de problématiques de santé publique : réponse aux déserts médicaux, développement de l'exercice collectif ou encore le développement d'une prise en charge globale du patient (Ray et al., 2020). Le mouvement de développement des MPS ne peut être principalement résumé à un phénomène de territorialisation de la régulation du secteur ambulatoire, à l'inverse des CPTS. Elles restent avant tout un dispositif d'organisation entre médecins avec une moindre importance des ARS dans leur constitution. Les MPS via notamment leur fédération se posent en interlocuteurs des autorités sanitaires avec un pouvoir de négociation équivalent. Sur le plan organisationnel elles constituent un compromis entre la volonté des professionnels de développer un exercice coordonné de manière auto-organisée et celle des autorités sanitaires de réguler l'offre de soin sur le plan territorial (Vezinat, 2020).

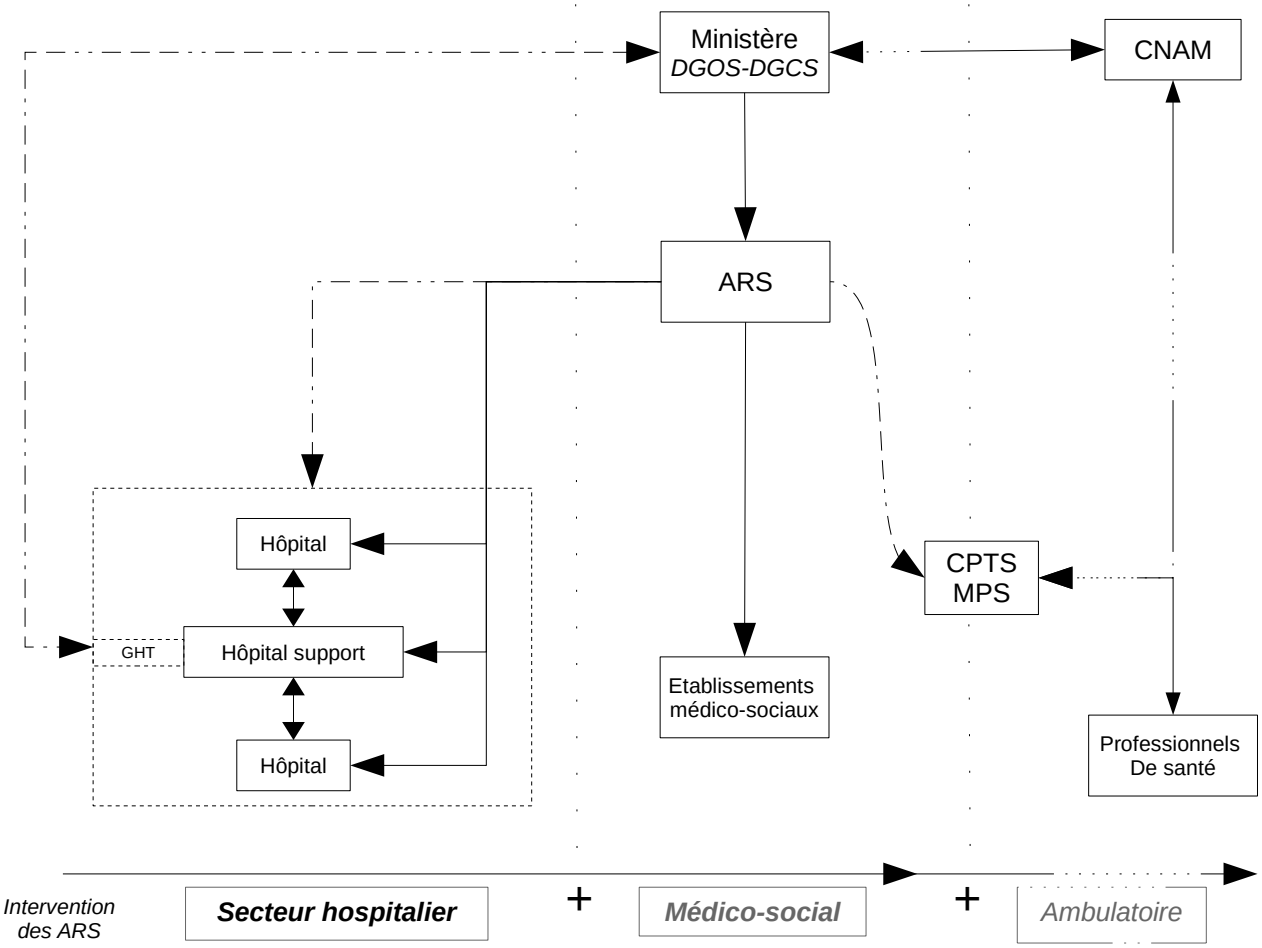
Du point de vue des ARS le point marquant avec des dispositifs comme les CPTS, et dans une moindre mesure les MPS, est donc le fait qu'ils permettent aux ARS d'investir le champ ambulatoire en termes de régulation traditionnellement contrôlé par l'assurance maladie (schéma n° 4.8).

Les extensions des pouvoirs de régulation de l'ARS décidées par les pouvoirs publics vers le secteur médico-social ou celui de l'ambulatoire ne lui font pas pour autant oublier son cœur de métier, la régulation hospitalière, avec le développement des Groupements Hospitaliers de territoire (GHT).

[122] Article 65 de la LMSS, Instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé, Communiqué de presse CNAM - Communautés professionnelles territoriales de santé : Signature d'un accord conventionnel interprofessionnel 19 juin 2019, IGAS (2018)

[123] Le financement de la CPTS peut être au maximum de 380 000 pour une population couverte de 175 000 habitants. Le financement est modulé en fonction de la taille

Schéma n° 4.8 – Extension du champ d'intervention l'ARS



Source : schéma de l'auteur

Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) introduit par la loi Touraine de 2016 vient remplacer les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) de la loi HPST. L'objectif demeure le même : faire travailler ensemble les établissements de santé d'un même territoire. La différence majeure entre la CHT et le GHT est le degré d'intégration plus poussé des établissements membres entre eux au sein de ce dernier. Avec le GHT, les établissements publics de santé sont désormais obligés de participer à ce regroupement et d'y mutualiser de nombreuses fonctions logistiques (ex. les systèmes d'information ou les achats). Un établissement dit support est en charge de la coordination des membres et accueille majoritairement ces fonctions mutualisées. Le GHT se caractérise aussi par un Projet Médical d'Etablissement qui définit la stratégie du GHT puisque c'est ce document qui va répartir le rôle en matière d'offre de soins de chacun des établissements membres. Ce projet vient s'insérer entre le Projet Régional de Santé et les Projets d'établissement. Les documents forment une chaîne hiérarchique du régional au local en passant par l'échelon territorial désormais.

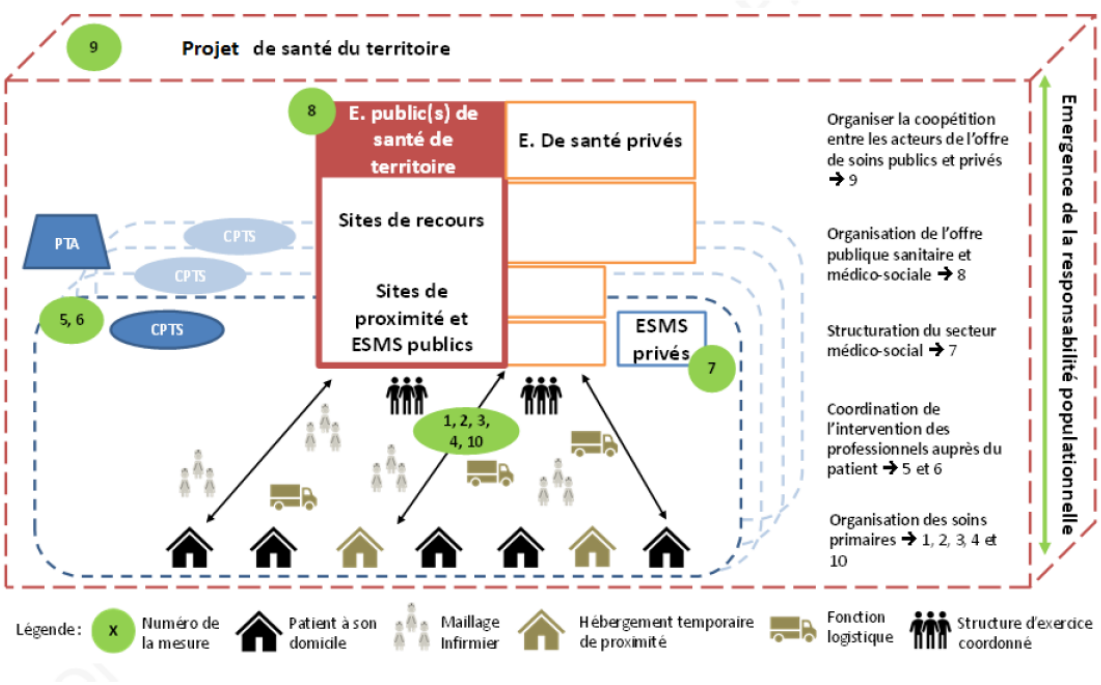
Les GHT renforcent le modèle de l'hôpital-entreprise, car leur raison d'être revêt à la fois une dimension de recherche d'économie par les mutualisations et une dimension de hiérarchisation de l'offre de soins, de la plus simple à la plus complexe. Pour ces deux dimensions, l'établissement support au cœur du dispositif centralise les compétences et les instances de décisions en assurant l'essentiel de la gestion et les actes les plus techniques. L'objectif est de maximiser l'utilisation des capacités de santé en les spécialisant dans certains types de soins. L'actuelle mise en place des hôpitaux de proximité participe à cette logique.

On dénombre actuellement 136 GHT sur le territoire national dont le périmètre varie, mais atteint souvent la taille ou la moitié d'un département. La création des GHT s'appuie de fait beaucoup sur les CHU qui par leur taille et leurs compétences sont en mesure d'être des établissements supports. Ils bénéficient aussi de l'aide importante des ARS (Dagorn et al., 2019).

La structuration du système hospitalier en établissements support d'autres établissements au regard de l'histoire des Agences Régionales de Santé, rappelle étonnamment le projet du cabinet Jeanneney CHR-ASR par leurs similitudes : fonctionnement en réseau, établissement support, obligation de participation. Une différence cependant est celle du périmètre géographique puisque le projet Jeanneney consacrait l'échelon Régional là où les GHT consacrent celui du Territoire.

Le modèle du GHT est a priori amené à être renforcé dans les années à venir comme le prévoit le rapport *Ma Santé 2022* (schéma n° 4.9). En effet, à l'heure actuelle les GHT ne coordonnent que l'offre hospitalière d'un territoire et de manière facultative et volontaire, une partie de l'offre médico-sociale et ne disposent pas d'une personnalité propre. A l'avenir, ils pourraient devenir des établissements publics de santé à part entière coordonnant l'ensemble de l'offre sanitaire d'un Territoire : hospitalière, de premier recours et médico-sociale. Ce nouvel Etablissement Public de Santé de Territoire (EPST) deviendrait le régulateur unique de la politique de santé au niveau territorial en reprenant certaines missions des ARS comme la contractualisation avec les CPTS ou en délivrant les autorisations d'activité de soins (Pribile & Nabet, 2018).

Schéma n° 4.9 – Organisation territoriale selon la stratégie *Ma santé 2022*



Source : (Pribile et Nablet, 2018 – p.7)

La montée en puissance des GHT fait craindre à certains observateurs la perte de pouvoir des ARS (Bréchat & Lopez, 2017) au-delà de celle des établissements fusionnés eux-mêmes.

Cette crainte est renforcée par un aspect commun à la quasi-totalité des dispositifs de ces lois qui ressort particulièrement : il s'agit du territoire. Là où la loi HPST avait marqué l'avènement du « R » de régional, les lois de 2016 et de 2019 marquent celui du « T ». Mais la montée en puissance « T » au détriment du « R » avec des structures de coordination infrarégionale et hors des ARS pourrait être perçue comme une remise en cause de ces dernières. Cependant, nous formulons l'hypothèse qu'au contraire le développement de ces structures pourrait être une réponse à différentes difficultés du modèle des agences régionales : l'éloignement régional renforcé à l'occasion de la réforme territoriale, l'autonomie budgétaire et les difficultés de gestion.

En effet, comme nous l'avons vu précédemment les ARS n'ont pas réussi à mettre en œuvre pleinement le processus de contractualisation, notamment en raison du volume d'établissements à contractualiser et du nombre d'informations à collecter. La concrétisation des GHT pourrait donc permettre aux ARS de (re)trouver le rôle originel de régulateur de l'offre de santé sur un nombre restreint d'offreurs de santé : les GHT. Cette situation leur permettrait de réinvestir certaines de leurs missions affaiblies : animation de la démocratie sanitaire, contrôle, relations avec la sécurité sociale, etc. En revanche, cela ne favoriserait pas l'autonomie des ARS dans la mesure où de par leur nombre restreint les GHT peuvent être plus aisément sous le contrôle de l'échelon national. Autrement dit, en soulageant les ARS, les GHT faciliteraient leur action et renforceraient l'étatisation du système de santé. *In fine*, la constitution du couple GHT-ARS concrétiserait l'ambition d'unification du système sanitaire et social souhaitée depuis 1967, mais avec une direction clairement administrative au profit de l'Etat.

Dix ans après les ARS ont donc renforcé leur pouvoir de contrôle sur l'ensemble du système sanitaire et social : secteur hospitalier, ambulatoire et médico-social. Les orientations formulées dans le cadre de la stratégie « Ma santé 2022 » ne remettent pas en cause cette tendance. Ce renforcement de la position des ARS au sein du système sanitaire et social s'accompagne d'une transformation de la logique des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec les établissements qui à défaut d'avoir des Moyens semblent avoir désormais trouvé leur place.

3.1.2. Un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens toujours sans Moyens ?

Le CPOM sanitaire[124], entre les agences et les établissements de santé, connait actuellement sa troisième génération qui couvre les périodes 2018-2022 ou 2019-2023 en fonction des régions. Dans la continuité de la précédente génération, la 3e génération de CPOM bénéficie d'une importante rationalisation du processus contractuel. Cependant, malgré des évolutions notables le CPOM se retrouve en concurrence avec d'autres processus contractuels tant régionaux (CAQES) que nationaux (FIR, CREF) qui sont amenés à être renforcés avec l'application du plan « Ma santé 2022 » et la réforme du financement des établissements. Ces dispositifs à l'inverse du CPOM sont porteurs de moyens financiers pour les établissements. En outre, la montée en puissance de la dimension territoriale évoquée précédemment vient elle aussi modifier la place du CPOM. L'avenir du CPOM comme principal mode de coordination entre l'ARS et les établissements apparait donc comme incertain, mais pas condamné.

Sur le plan réglementaire, le CPOM sanitaire n'évolue pas. Les principes généraux codifiés suite à la loi HPST de 2010 restent identiques. Le CPOM demeure la déclinaison du Schéma Régional de Santé[125] au niveau des établissements. L'évolution du CPOM suit celle du cadre de planification régionale qui avec le Projet Régional Santé de deuxième génération se veut plus unifié (réduction de nombre de documents contractuels : schémas et projets) et plus proche du territoire (indicateurs spécifiques et référence territoriale). A l'inverse de la première campagne de contractualisation, la deuxième campagne n'a pas fait l'objet d'une évaluation par la DGOS tout du moins rendue publique. Si l'on se concentre sur le cas de la région Ile-de-France[126] (cf. encadré n° 4.1), le CPOM de troisième génération semble répondre aux critiques formulées sur ses prédécesseurs : trop d'indicateurs, suivi limité (complexité et temps) ou faiblement incitatif.

La solution trouvée par l'ARS Ile-de-France (ARSIF) est de faire du CPOM un support de synthèse (schéma n° 4.10) de la relation entre l'ARS et l'établissement contractant, un support « stratégique ». Il s'appuie ainsi sur un socle contractuel qui correspond aux obligations réglementaires du CPOM et une série de 3 annexes qui retracent les objectifs, les moyens et enfin

[124] Nous nous focalisons ici volontairement sur le CPOM sanitaire dans la mesure où nous avons présenté le CPOM médico-social à la section 3.1.1 et que par ailleurs nous manquons de recul sur ce dernier pour en dégager des conclusions sur la question spécifique des moyens.

[125] Le Schéma Régional de Santé (SRS) suite à la loi Touraine de 2016 remplace à partir de 2018 les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) et constitue au sein du Projet Régional de Santé (PRS) le document synthétisant pour 5 ans l'organisation régionale de l'offre sanitaire et médico-sociale et les objectifs assignés à cette organisation.

[126] La section repose notamment sur le Guide méthodologique d'élaboration et de suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en Ile-de-France – version 2019 et ses fiches explicatives, édité par l'ARS Île-de-France.

les critères de performance de l'établissement. La totalité de la spécificité du contrat propre à l'établissement va être retracée dans les trois annexes. La constitution en annexes permet à la fois de classer les éléments similaires en les regroupant et de ne pas remettre en cause le cœur du contrat à chaque modification. Ces dernières se font par avenants annexés au contrat en faisant référence à l'annexe concernée. Enfin, le CPOM sanitaire bénéficie comme le CPOM médico-social du déploiement du système d'information de contractualisation des ARS « eCARS » afin de faciliter la négociation autour du contrat. La numérisation du processus contractuel permet de maintenir un haut niveau d'information et de faciliter le suivi, à moyens constants, qui faisait défaut aux précédentes générations.

L'annexe n° 1 consacrée aux objectifs constitue l'essentiel du processus de négociation avec l'établissement en cherchant à articuler soit les objectifs de la tutelle définis dans le cadre soit du PRS-SRS (volet n° 1 – orientations majeures) soit en déclinant les principes nationaux d'organisation du système de santé définis actuellement par les retombées du plan « Ma santé 2022 » (volets n° 2 – Parcours de santé, n° 3 – Coopérations territoriales, n° 4 – Déclinaison du service public hospitalier).

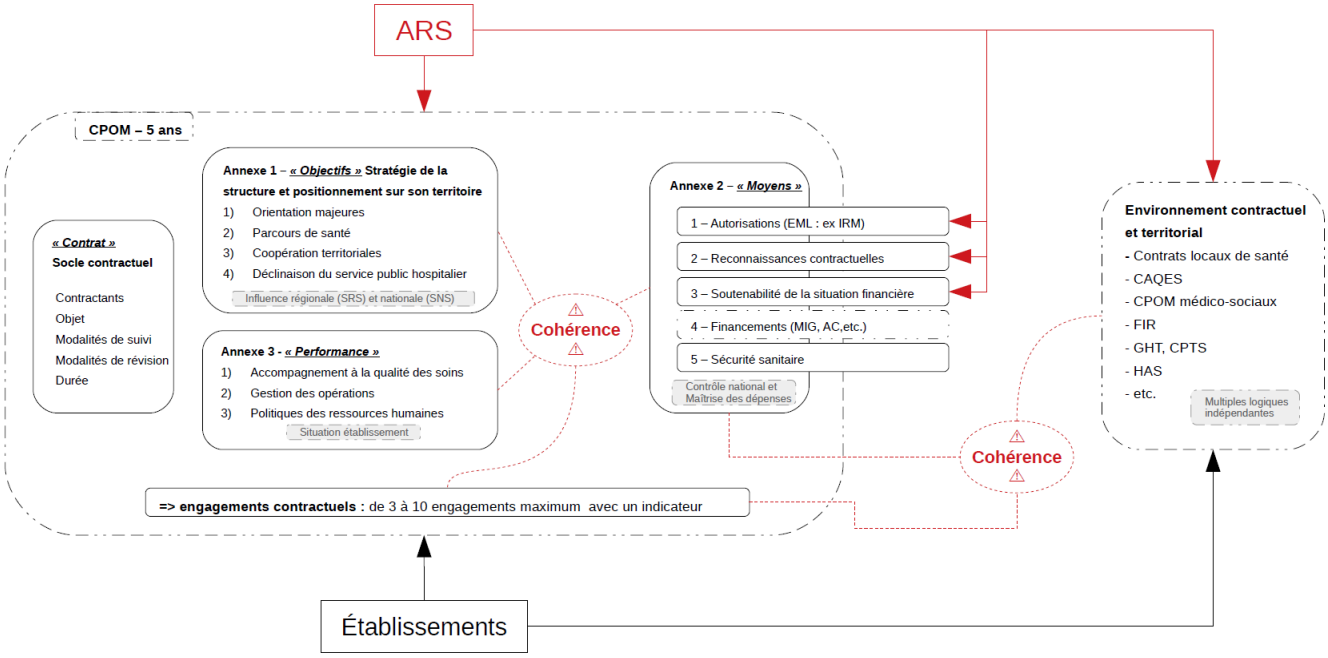
L'annexe n° 2 retrace les moyens du CPOM. Cependant, il s'agit plus d'une annexe de recensement que d'un objet de négociation contractuelle dans la mesure où trois volets sur cinq[127] ne sont que des listes de moyens négociés indépendamment du CPOM en lui-même et nécessaires au fonctionnement de l'établissement. Il s'agit des volets n° 1 – Autorisations (Equipements Matériels Lourds - EML), n° 2 – Reconnaissances contractuelles et le n° 4 Financement. Les volets n° 1 et 2 relèvent des pouvoirs réglementaires des ARS selon les normes définies nationalement pour autoriser la présence d'un équipement particulier comme une IRM ou d'une activité particulière comme les soins palliatifs. Le volet n° 4 regroupe l'ensemble des crédits budgétaires accordés à l'établissement. Il s'agit principalement d'enveloppes définies au niveau ministériel en lien avec l'Assurance maladie et le Ministère comme les Missions d'Intérêt Général (MIG). On retrouve dans ce volet les financements sous le contrôle de l'ARS comme les Aides à la Contractualisation (AC), mais qui là encore sont négociés en dehors du processus contractuel du CPOM. Enfin, le volet n° 3 Soutenabilité de la situation financière et patrimoniale ne concerne que les établissements en difficultés financières et fait l'objet d'une procédure spécifique pilotée nationalement.

L'annexe n° 3 est consacrée aux objectifs de performance interne de l'établissement notamment sur la qualité des soins et la gestion des ressources humaines. Cette annexe s'appuie notamment sur des indicateurs et des évaluations menées dans le cadre d'autres procédures comme la certification de l'établissement par la Haute Autorité de Santé (HAS) ou le CAQES.

Pour l'ARSIF, les engagements qui découlent du contenu des annexes et du processus doivent s'ordonner selon la solidité de l'établissement contractant. Ainsi un établissement en difficulté devra concentrer ses engagements sur le rétablissement de moyens d'action (annexe n° 2) pour ensuite envisager de s'insérer dans le suivi des objectifs régionaux et nationaux (annexe n° 1) pour enfin se focaliser sur sa performance interne (annexe n° 3). Dans un souci de réalisme du contrat, l'ARSIF limite de trois à dix le nombre d'engagements possibles.

[127] L'ARSIF qualifie ces trois volets de « socle commun ».

Schéma n° 4.10 – Le CPOM support des relations entre l'ARS et l'établissement



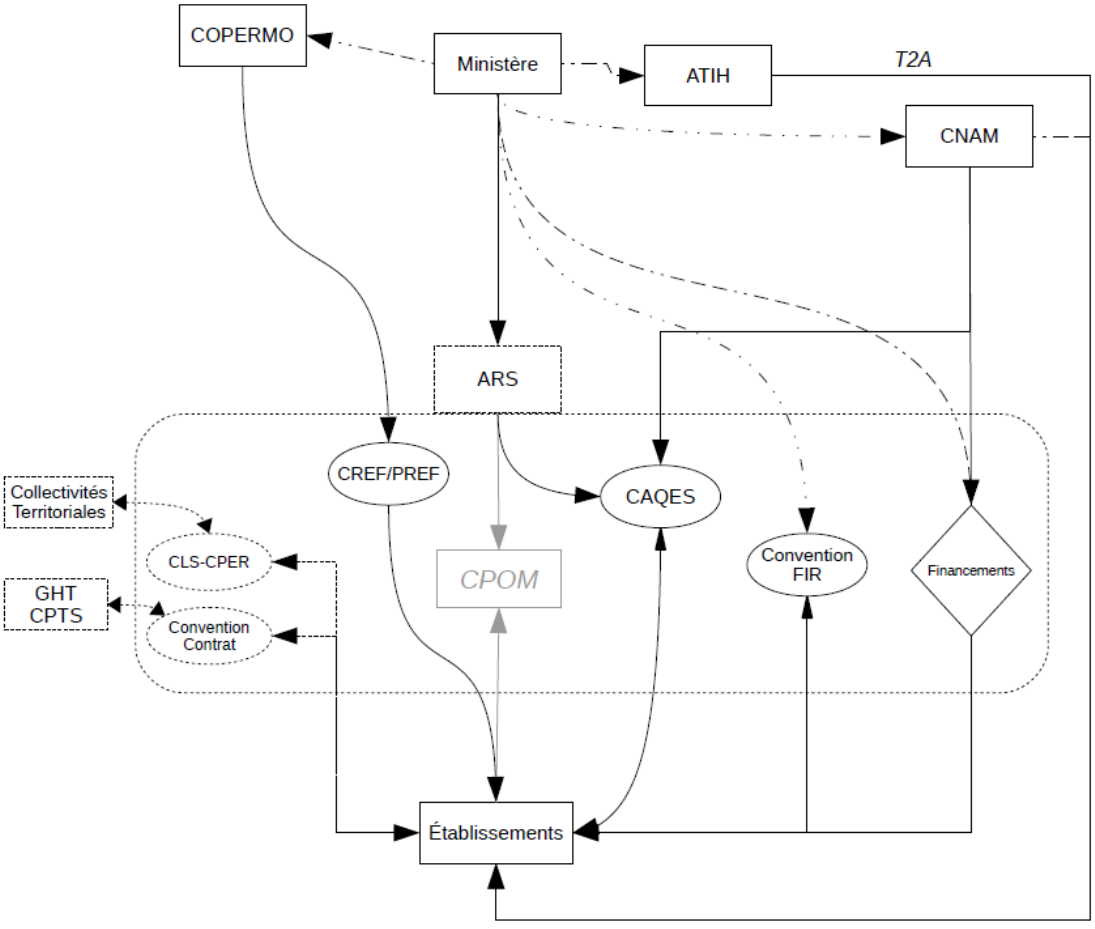
Source : schéma de l'auteur

Le défi pour l'ARS est d'assurer une cohérence aussi bien interne du CPOM qu'externe (cercles rouges, schéma n° 4.10), car il lui faut réussir à synthétiser en un document une multitude de processus indépendants. En effet, chaque contenu des annexes ou ceux des autres dispositifs font l'objet de processus de négociation, souvent contractuels d'ailleurs, qui ont donc leurs propres logiques et objectifs (qualité des soins, territorialisation, etc.). Ainsi, au cours du processus contractuel, l'ARS et l'établissement doivent prendre en compte (annexe n° 1) les objectifs régionaux et nationaux de santé définis respectivement dans le Projet Régional de Santé (PRS) et la Stratégie Nationale de Santé (SNS) pour déterminer les propres objectifs de l'établissement. Mais malgré les processus de co-construction à l'œuvre dans la détermination du PRS et de la SNS, l'établissement peut ne pas y trouver sa place. Ces objectifs définis doivent aussi tenir compte de moyens (annexe n° 2) qui sont définis principalement nationalement et dans d'autres processus pour éventuellement parvenir à améliorer la performance de l'établissement si sa situation interne le permet (annexe n° 3). En parallèle de cette tentative de construction de la cohérence interne du CPOM, l'ARS doit veiller à sa cohérence externe c'est-à-dire à ce que les autres formes contractuelles et procédures qui déterminent aujourd'hui directement les capacités d'action des établissements puissent s'articuler avec les éléments synthétisés et les objectifs déterminés dans le CPOM.

La tentative de l'ARSIF de sauver le « M » du CPOM en faisant de lui un support de synthèse (schéma n° 4.11) ne permet pas de dissimuler le caractère morcelé et autonome des sources de financements des établissements. Autrement dit, on ne peut que confirmer 10 ans après leur création la très faible maîtrise des ARS sur cette dimension des Moyens qui restent définis au

niveau national. L'opposition entre une régulation régionale et une régulation nationale se manifeste par une tutelle ministérielle sur le Fond d'Intervention Régional dont les grands objectifs sont déterminés au niveau national (FIR, 2019) ou encore les Contrats ou Plans de Retour à l'Equilibre Financier (C/P-REF) définis par le Comité interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de soins (COPERMO). En outre, on retrouve l'opposition entre l'Assurance Maladie et l'Etat dans la mesure où la première est le principal, presque l'unique, financeur des ARS. Précisons que l'Etat assure une tutelle sur l'Assurance maladie et sur ses financements puisque c'est l'ATIH qui détermine par exemple la T2A (*cf.* chapitre 3). Par ailleurs, une potentielle recomposition du rôle des collectivités locales et des GHT pourrait venir déstabiliser l'équilibre contractuel actuel.

Schéma n° 4.11 – Un environnement contractuel et budgétaire complexe



Source : schéma de l'auteur

Malgré le fait que la fiction du processus contractuel (*cf.* section 2) autour du CPOM disparaisse complètement, cela n'a pas empêché le régulateur de continuer à recourir à ce processus avec la mise en place d'un nouveau contrat lui pourvoyeur de moyens, parallèle au CPOM. Il s'agit du

Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins[128] qui est conclu entre l'ARS, l'Assurance maladie et un établissement de santé privé. Il a été créé par l'article 81 de la LFSS de 2016 dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé[129]. Ce contrat regroupe cinq anciens dispositifs contractuels[130] et constitue une étape importante de consolidation de la rémunération en fonction de l'efficience des soins en parallèle du chantier de la rémunération à la qualité qui est amenée à s'étendre avec le développement de l'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) à partir de 2020. Bien que son nom l'indique, la dimension qualité est sortie du périmètre du CAQES avec la LFSS 2020 au profit du futur dispositif IFAQ.

A l'image des CPOM, le CAQES[131] porte d'importantes ambitions contractuelles, mais pour sa part ce contrat en réalise une partie. En effet, l'objet du contrat n'est pas comme dans le CPOM un ensemble divers d'engagements, mais une liste restrictive d'une quinzaine d'indicateurs définis nationalement dont les valeurs cibles constituent-elles l'objet de la négociation tripartite et conditionnent le déclenchement de mécanismes incitatifs. On retrouve ainsi les biais attendus dans un contrat administratif en faveur de l'Etat contractant, mais la présence d'une rémunération à la performance en fonction d'indicateurs aux valeurs négociées correspond en partie à la vision économique du contrat. L'incitation prend la forme d'un intéressement aux économies réalisées suite aux actions de l'établissement en faveur l'amélioration de l'efficience des soins. Le montant de l'intéressement est compris entre 20% et 30% des économies réalisées par exemple sur la réduction des transports en ambulance, un des quinze indicateurs du CAQES. En parallèle les ARS peuvent via le FIR déployer un intéressement régional en fonction de la réalisation des objectifs du contrat. Enfin, un dispositif de sanction est prévu dans le contrat sous la forme d'une réduction des remboursements de l'Assurance maladie à l'établissement (abattement forfaitaire du tarif national) des actes ou produits de santé ciblés par le contrat. Cette réduction ne peut dépasser 50% du tarif de remboursement et l'impact de la perte de recette pour l'établissement ne peut être facturé aux patients. Le produit des sanctions est reversé aux Fond d'Intervention Régional[132], c'est-à-dire à l'ARS, et non à l'Assurance Maladie comme c'était le cas avec l'ancien CAQES. Aussi bien l'intéressement que les sanctions sont décidés par le Directeur général de l'ARS, l'Assurance Maladie ne joue qu'un rôle de payeur (calcul et mise en œuvre).

Le CAQES constitue un véritable outil contractuel à disposition de l'ARS en étant sous son contrôle pour les valeurs cibles, pour la mise en œuvre de l'évaluation et de mécanismes d'intéressement-sanction. En outre, l'effet incitatif peut s'appliquer à l'ARS dans la mesure où le produit des sanctions alimente le FIR, fond qui permet aux ARS d'agir. Elles peuvent donc être théoriquement incitées à maximiser leur contrôle.

---

[128] Instruction interministérielle n°DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins

[129] Dans la LFSS 2020 l'objectif de diminution des dépenses d'assurance maladie est explicitement indiqué à l'article 64 « Celui-ci [CAQES] a pour objet d'améliorer la pertinence et l'efficience des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie. »

[130] Le contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations (CBU), le contrat pour l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins sur les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville, la liste des produits et prestations et les dépenses de transport (CAQOS PHEV, liste en sus, transport), le contrat de pertinence des soins, le contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé (CAPES)

[131] Le CAQES est en cours de réforme. Nous présentons ici le CAQES tel qu'il se met en œuvre à partir de 2020 suite à la réforme.

[132] Les sanctions sont suspendues le temps que le CAQES modèle 2020 entre pleinement en fonction.

La montée en puissance du CAQES combinée aux multiples échecs du CPOM, absence de moyens et de substance, pose la question de la pertinence de son maintien comme principal support de la coordination entre l'ARS et les établissements. A première vue, hormis le caractère support de synthèse retenu par l'ARSIF, dont nous avons montré le caractère limité en raison du grand nombre d'imbrications avec les autres dispositifs ou l'interférence du niveau national, le maintien du CPOM semble difficilement possible. Mais à l'écoute du point de vue des agents de l'ARSIF (encadré n° 4.1), quelques pistes apparaissent. Si ces derniers mettent en avant la lourdeur du processus de contractualisation (nombre trop important d'établissements et d'indicateurs à gérer), ils arrivent à la conclusion que le CPOM est le support pour initier un dialogue régulièrement (signature, suivi annuel ou pluriannuel) avec les établissements de santé.

Encadré n° 4.1 – Mais alors, pourquoi garder les CPOM ? Une réponse du terrain

A l'occasion de 3 demi-journées à l'Agence régionale de santé Ile-de-France nous avons été amené à échanger avec des agents en charge de la contractualisation CPOM (siège et délégations départementales) et avec des représentants des fédérations hospitalières. Nous y avons été invité en tant comme « expert » suite à notre article *L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé* paru dans le Journal d'Economie et de Gestion Médicales en 2018.

Ces réunions étaient organisées dans le cadre d'une réflexion à la fois interne à l'ARSIF et commune aux ARS sur le futur du processus de contractualisation CPOM dans un contexte de limites largement identifiées (*cf.* section 2.2.2) et de mise en place d'un système d'information unique (eCARS).

Ces réunions nous ont permis d'observer les réactions des agents de l'ARS notamment dans le cadre d'une séance de réflexion (« brainstorming ») collective avec une vingtaine de participants. Si les agents de l'ARS mettent en avant la lourdeur du processus contractuel CPOM, un consensus semble se dégager autour de son utilité comme première matérialisation de la relation entre un établissement et l'agence. En effet, le CPOM oblige de fait l'agence à entretenir une relation, un suivi minimal, avec l'ensemble des établissements y compris ceux qui ne mobilisent pas les dispositifs mis en place par l'ARS ou ceux qui ne sont pas jugés prioritaires par l'agence. Le CPOM apparait pour certains comme un prétexte pour initier une relation.

In fine, le CPOM semble avoir trouvé une place comme outil de gestion à disposition des ARS et des établissements de santé. Même si le CPOM ne répond pas au cahier des charges d'un contrat au sens économique (droit ou science économique) ou même s'il est de fait potentiellement amené à disparaitre, le CPOM aura constitué un processus d'apprentissage au phénomène contractuel pour les ARS. Si on dresse brièvement un bilan on pourra notamment retenir : trois générations de contrat traduisant des améliorations incrémentales suite à l'écoute du terrain (contrainte de réalité), une expérience répliquée dans le secteur médico-social, une complémentarité avec d'autres contrats, l'extension de l'expérience de la négociation avec les établissements de santé. Cependant, au-delà de ces quelques éléments positifs pour le CPOM, la clef de l'action des ARS et du dialogue de gestion avec les établissements se trouve du côté de la maîtrise de la gestion des financements

du système de santé. Envisagée à plusieurs reprises, la régionalisation de la régulation des dépenses du système sanitaire et social n'a jamais été réalisée.

3.2. Dix ans après : les ARS pivots renforcés de l'action étatique au service de la contrainte budgétaire

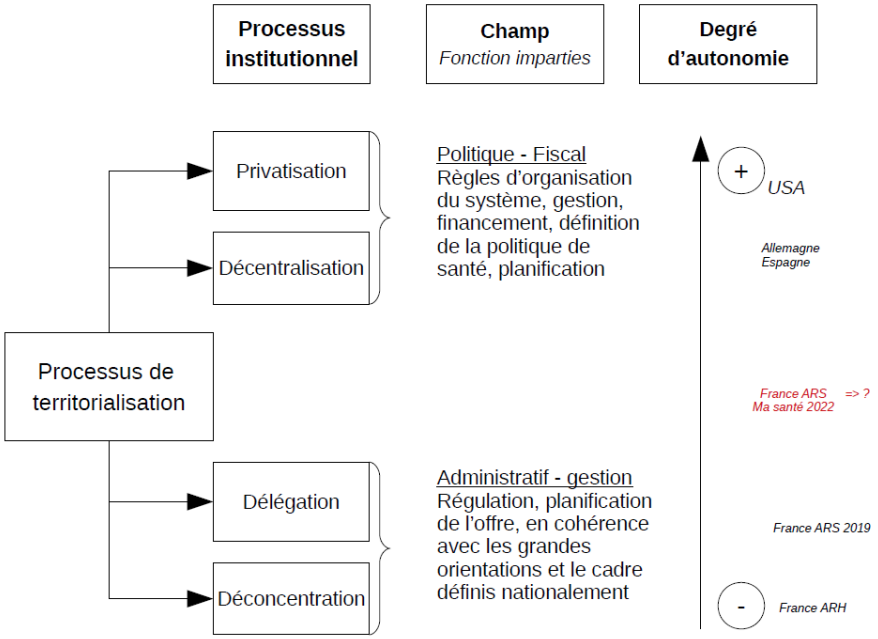
Dix ans après leur création, les ARS ont donc simultanément vu leur pouvoir s'étendre et réussi à trouver une cohérence, une utilité, au processus contractuel des CPOM avec les établissements. Une limite au développement des agences régionales semble demeurer : celle de ne pas contrôler les ressources budgétaires des établissements sous leur responsabilité. La persistance de cette limite à travers les différents projets d'agence de 1967 à aujourd'hui peut apparaitre comme paradoxale dans la mesure où, comme nous l'avons vu précédemment, le contrôle budgétaire est un élément essentiel du processus contractuel incitatif. Dans la pratique, l'absence de maîtrise régionale des dépenses de santé s'avère être cohérente avec la réalité du fonctionnement du système de santé et n'a pas empêché la maîtrise des dépenses de santé, bien au contraire (3.1.1). Pour autant, si l'échec de cette ambition met en difficulté l'avènement de l'idéal organisationnel des agences régionales, elle ne remet pas en cause leur raison d'être : renforcer le contrôle de l'Etat sur le système sanitaire et social français. En effet, dix ans après leur création les ARS semblent avoir pleinement trouvé leur place de cheville ouvrière de la politique de l'Etat en santé dans un contexte d'agencification de l'action publique (3.2.2).

3.2.1. La décentralisation de la régulation des dépenses de santé ? Un serpent de mer

La régionalisation de la régulation des dépenses de santé est une ambition originelle des projets successifs d'agences régionales. Cependant, ce projet n'a toujours pas été mis en œuvre en raison principalement des difficultés techniques et politiques qu'il soulève, alors même qu'il apparait comme nécessaire pour concrétiser l'autonomie des agences régionales. Si jamais ce projet venait à aboutir, il obligerait les pouvoirs publics à repenser la place et le rôle des instances et organisations concernées par les questions de santé en premier à savoir la Sécurité sociale, l'administration préfectorale, et les collectivités locales. Autrement dit, ce projet reviendrait à remettre en cause l'équilibre cohérent dans lequel se trouve le système de santé et de protection sociale qui permet à l'Etat d'assoir son pouvoir y compris au détriment de ses propres agences.

Le lien entre autonomie et maîtrise des moyens budgétaires semble essentiel si l'on suit les théories économiques des contrats (*cf.* section 2.1.1), car il permet de rendre opérationnel, via l'incitation, le contrôle de l'agence sur les producteurs de santé. Cette conclusion est renforcée par des travaux en économie publique liés au champ des *fiscal studies* ou à la décentralisation (Boadway & Shah, 2009; OCDE, 2019a). Ces résultats théoriques gagnent une audience grâce aux différentes instances supranationales comme l'OCDE ou l'OMS qui les promeuvent auprès des pouvoirs publics. Le degré d'autonomie dans le cadre de la régionalisation de la régulation du système sanitaire est généré par différents processus institutionnels qui ont leurs logiques et histoires propres en fonction des pays (schéma n° 4.12). Le cas des systèmes de santé américains constitue un exemple important en raison de l'autonomie fédérale en matière de santé (Bréchat, 2016).

Schéma n° 4.12 – Quelle territorialisation pour quelle autonomie ?



Source : adapté de Buttard, 2008 - p.261

Comme nous l'avons vu précédemment, les actuelles Agences Régionales de Santé bien que constituant un développement significatif de l'administration de l'Etat sanitaire demeurent faibles au regard de leurs ambitions et surtout à cause de leur absence presque totale de contrôle sur les moyens qu'elles doivent gérer. Pourtant, le principe d'autonomie budgétaire s'avère être un point central clairement exprimé dans les différents projets cherchant à les mettre en œuvre depuis de la fin des années 1960. Ainsi, on retrouve la question de l'autonomie budgétaire aussi bien dans le projet du cabinet Jeanneney en 1967 que dans le rapport Soubie de 1993. Comme de nombreux autres éléments du projet Soubie et du projet Jeanneney, cette dimension centrale ne verra pas le jour. En revanche, cette idée perdure avec les ARS, puisque les débats de la loi HPST sont l'occasion de la faire ressortir avec l'appellation d'Objectifs Régionaux d'Assurance Maladie (ORDAM).

La notion d'ORDAM cristallise le débat sur l'autonomie budgétaire des ARS. Ce débat n'est pas que technique, puisqu'il porte la possibilité que les ARS d'acquérir une responsabilité budgétaire par la mise en concurrence des ARS en termes d'efficacité budgétaire et par le déplacement de la responsabilité budgétaire, donc du déficit, de l'Etat vers les agences. En déléguant, l'Etat serait ainsi renforcé.

Dans la continuité de la mise en place de l'ONDAM en 1997, un débat s'ouvre quant à sa déclinaison en enveloppe régionale aux mains des nouvelles agences régionales (ARH puis ARS), à l'occasion des débats autour de la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 juillet 2004, dite loi Doutz-Blazy, au sein des parlementaires de la majorité gouvernementale (Bertrand & Libault, 2019). L'idée n'est alors pas retenue. Les parlementaires de droite ne vont cependant pas abandonner l'idée pour la reprendre au moment des débats parlementaires autour de la loi HPST. Même si elle n'est pas reprise dans le texte final, l'idée des ORDAM est ouvertement revendiquée

par la ministre comme une évolution logique des ARS, et ce aussi bien un an que dix ans après la réforme (Bachelot, 2011; Bachelot-Narquin et al., 2020). Ainsi, la ministre déclare un an à peine après l'installation des ARS *« il faudra, bien évidemment, aller jusqu'au bout de cette réforme : cela veut dire, vous mettre en situation de responsabilité sur l'ensemble des crédits qui aujourd'hui transitent par vos agences. Le modèle abouti de la réforme voulue par le Président de la République et de nombreuses fois évoqué par les parlementaires de droite et de gauche confondue consiste à créer des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM). ».* Le vœu de la ministre ne se réalisera pas malgré une proposition de loi en 2012,[133] mais aboutira seulement à la création du modeste FIR - 3,5 milliards d'euros en 2018 (SGMAS, 2019) - avec la LFSS de 2012. Une deuxième proposition de loi sera à nouveau déposée en 2018[134] avec un argumentaire similaire : l'autonomie afin de permettre l'innovation et donc une meilleure utilisation des dépenses. La Cour des comptes a appuyé à deux reprises (en 2015 et 2017) au moins la création des ORDAM qui selon la cour permettrait aux ARS « la possibilité de réaliser les gains en organisation que leur proximité du terrain les aide à repérer, si ce n'est une liberté complète d'allocation des ressources, du moins des espaces importants de redéploiement des moyens »[135]. Mais l'autonomie budgétaire des ARS défendue par la Cour est plus large, puisqu'elle consisterait aussi en la possibilité de faire reprendre par l'ARS certaines politiques conventionnelles de la CNAMTS, comme les aides incitatives à l'installation, ou par le renforcement du FIR[136]. Ces propositions sont reprises par les sénateurs Deroche et Savary en 2019,[137] mais qui suivant le rapport de 2011 du HCAAM se montrent prudent sur le potentiel de l'ORDAM qui ne serait ici qu'indicatif.

En effet, le HCAAM identifie en 2011 (HCAAM, 2011) des difficultés liées à la détermination de potentiels ORDAM, et des difficultés liées à la structure même du système sanitaire. En ce qui concerne la détermination même d'objectifs régionaux, le HCAAM soulève les enjeux autour du choix d'une base de calcul reposant sur la consommation individuelle des assurés d'une même zone, ou une base de calcul reposant sur la consommation de soins effectivement réalisée dans une zone géographique. Ces deux options posent la question de l'imputation de la dépense à la bonne entité régionale, et surtout celle de la pertinence d'une maîtrise régionale de l'offre de soins face à une demande interrégionale ou nationale. Une fois la base de calcul déterminée, le HCAAM s'interroge quant à la fixation des enveloppes initiales et à la détermination de leurs taux

[133] Proposition de loi organique créant des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM), présentée par les députés Patrice MARTIN-LALANDE, Gilles CARREZ, Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUAT, Maurice LEROY, Bernard PERRUT et Bérengère POLETTI, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 27 juin 2012. Source :http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/propositions/pion0013.pdf, consulté le 22/07/2020.

[134] Proposition de loi organique créant des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie présentée par les députés Alain RAMADIER, Jean-Pierre DOOR, Jean-Charles GRELIER, Gilles LURTON, Valérie BAZIN-MALGRAS, Patrick HETZEL, Jean-Marie SERMIER, Geneviève LEVY, Jean-Jacques FERRARA, Marine BRENIER, Éric PAUGET, Laurent FURST, Virginie DUBY-MULLER, Valérie BEAUVAIS, Nicolas FORISSIER, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 25 mai 2018. Source : http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b0985_proposition-loi, consulté le 22/07/2020.

[135] (Cour des comptes, 2017) p.217.

[136] (Cour des comptes, 2015) p.215.

[137] (Deroche & Savary, 2019)

d'évolution, car, comme pour la détermination de l'ONDAM, la multiplicité des facteurs expliquant l'état de santé et la nature des dépenses (critères sociaux, géographiques, épidémiologiques, etc.) est de fait exacerbée au niveau régional, compte tenu de la grande diversité des régions et des dynamiques intra et interrégionales.

Au-delà de ces deux aspects techniques de détermination d'ORDAM, le HCAAM pose la question consubstantielle de la régionalisation de la régulation des dépenses de santé : celle de la réorganisation complète des compétences entre le niveau national et le niveau régional. En effet, le HCAAM soulève le fait que la totalité des financements du système de santé et des règles de rémunération des structures et établissements de santé ou médico-sociaux est déterminée au niveau national, soit par les directions ministérielles, soit par la sécurité sociale. Or, pour mettre en œuvre une régulation régionalisée, il faudrait que les ARS aient la possibilité d'adapter ces règles à leur situation locale, ce qui serait légalement impossible en l'état actuel du droit. Ainsi l'introduction d'ORDAM « régulateur des dépenses » déboucherait donc, inévitablement, sur la perspective de donner au niveau régional de vrais outils de régulation, avec l'obligation d'en tirer toutes les conséquences quant à l'évolution des compétences actuellement exercées par le gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie »[138]. *In fine*, pour le HCAAM, il est impossible de dissocier la régulation régionale de l'offre de soins de celle des dépenses de santé. Le HCAAM se prononce donc alors en faveur d'une augmentation et d'un renforcement des pouvoirs de l'ARS sur certains fonds existants : MIG, AC, FMESPP, et les bases de ce qui est le FIR actuel.

Cependant, le débat sur le canal de financement à privilégier et la nature du contrôle par l'agence sur ce dernier, demeure dans un contexte austéritaire un débat limité, car enserré dans le carcan de l'équilibre budgétaire et du rétablissement des comptes publics. En outre, l'absence de maîtrise régionale des dépenses de santé n'empêche pas la régulation nationale matérialisée par l'ONDAM d'atteindre ses objectifs, puisque ce dernier est respecté depuis 2010.

Supprimé à la dernière minute dans la loi HPST, revenu périodiquement dans le débat législatif, l'ORDAM n'existe pas. La maîtrise budgétaire reste centralisée, et les ARS n'ont pas la main sur les niveaux de dépenses. Si les agences sont responsables de l'offre de soins, elles ne sont pas responsables de son financement. L'autonomie des Agences s'arrête là où commence la maîtrise budgétaire. Le pouvoir régional est ainsi dessaisi de la question comptable. La section suivante montrera qu'il est dessaisi aussi de la question sanitaire.

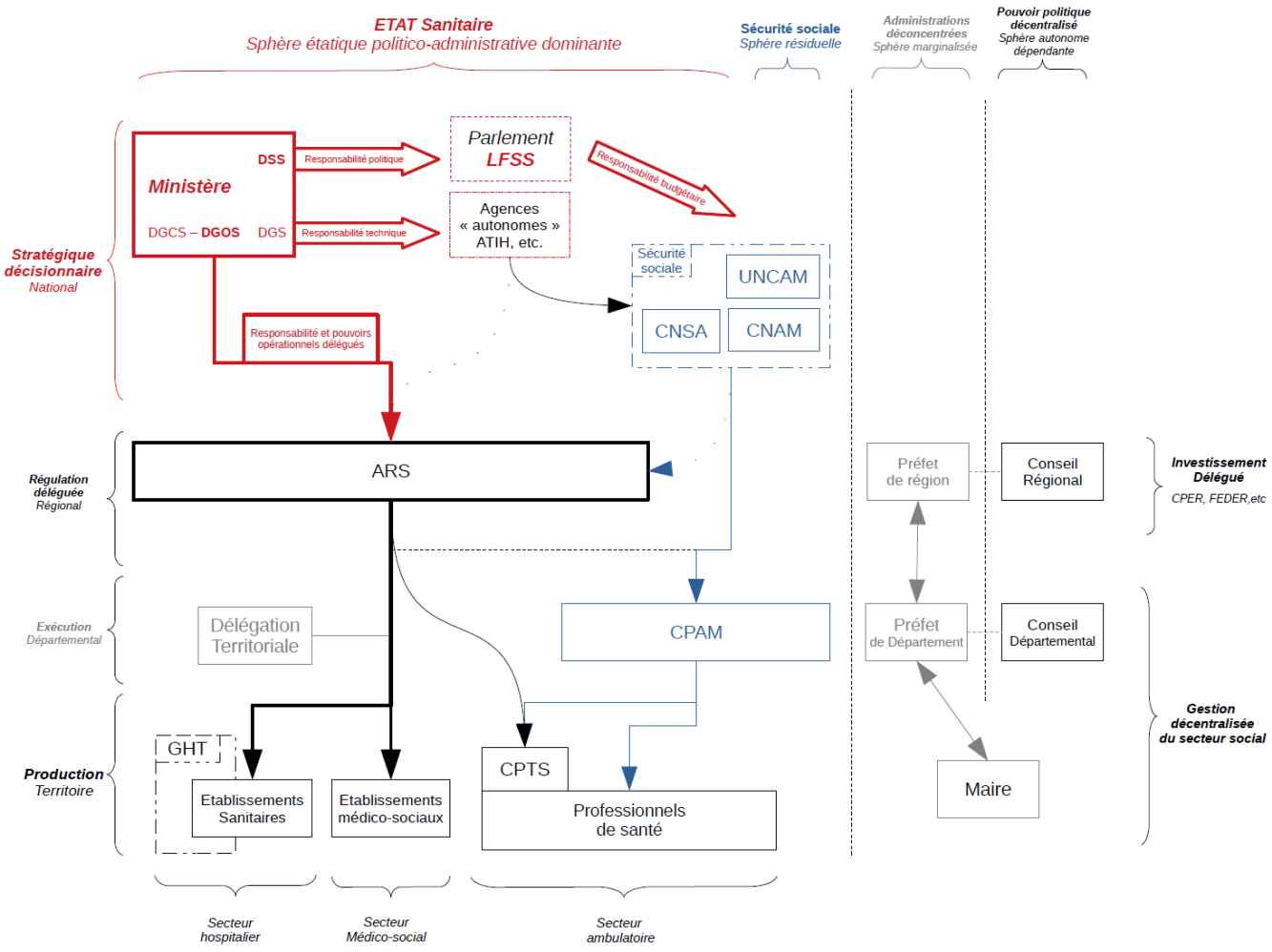
3.2.2. Les ARS pivots de l'étatisation par agence du système de santé

Remettre en cause l'organisation du système de l'administration du système de santé et de protection sociale français est une idée largement débattue. Tandis que l'unanimité pour la réforme des ARS se forme de la part des observateurs autour de la nécessité de décloisonner l'organisation en silos, de la rendre plus flexible et capable de réagir aux innovations ou aux défis du XXIe siècle, de nombreux désaccords persistent sur la manière pour d'y parvenir. Ces ambitions réformatrices sont renforcées dans le contexte de la crise de la COVID-19. Alors que ces mêmes observateurs mettent peu en évidence le caractère construit et renforcé par les réformes successives de cette

[138] (HCAAM, 2011) p.67.

organisation en silos ou de la dyarchie Etat – Sécurité sociale, nombre d'entre eux plaident pour une intégration, une fusion, plus forte du système de santé et de protection sociale. Une telle solution en apparence attrayante puisque capable d'assurer une meilleure efficience nous apparait comme contraire à l'équilibre trouvé par l'Etat pour assoir son pouvoir sur le système de santé. En effet, si on replace les ARS dans leur logique historique et à leur place actuelle dans l'ensemble de l'administration sanitaire, alors on peut mettre en évidence la cohérence globale du système de santé et protection sociale français : un système étatisé par agence (schéma n° 4.13).

Schéma n° 4.13 – L'ARS pivot de l'administration sanitaire étatique agencifiée



Source : auteur

Ainsi représenté, on observe que les ARS constituent au niveau territorial l'interlocuteur unique d'un Etat sanitaire qui a su renforcer son pouvoir, tout en déléguant la responsabilité de la conduite des politiques sanitaires et sociales et à ses agences (*cf.* chapitre 3), sans abandonner le pouvoir stratégique de décisions de la marche à suivre. En termes de financement, c'est à « l'agence » Sécurité sociale, que la *responsabilité budgétaire* incombe pour mettre en œuvre la Loi de

Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) conçue par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) au ministère, après évidemment un transit par le parlement. C'est à cette étape que se trouve notamment l'officialisation de l'enveloppe budgétaire annuelle dans laquelle évoluera le système de santé : l'ONDAM. Ce dernier se voit ainsi transférer la *responsabilité politique* du « trou » de la Sécurité sociale. Aux *agences sanitaires théoriquement autonomes* la *responsabilité technique* de produire les normes déterminant l'évolution normale et souhaitable des dépenses de santé, ainsi que les outils nécessaires à leur maîtrise (exemple : la T2A). La Sécurité sociale à travers son réseau de CPAM, est chargée de délivrer l'ensemble des crédits budgétaires aux établissements et aux professionnels de santé sous le contrôle régulier de l'ARS. Le réseau met aussi en œuvre la politique conventionnelle de rémunération définie entre les professionnels de santé et l'UNCAM. Cette délégation permet d'ailleurs au ministère de ne pas affronter directement le corps médical dans les négociations relatives à la détermination des honoraires médicaux.

Le pouvoir politique décentralisé des collectivités locales tant au niveau départemental que régional se trouve dessaisi de la question sanitaire. Au mieux, la région peut intervenir par une possibilité d'investissement avec les Contrats de Plan Etat Région (CPER), ou par les crédits du Fond Européen de Développement Régional (FEDER). Mais là encore, il ne s'agit que d'une action par délégation de la gestion de ressources nationales étatiques, en l'absence de fiscalité propre des collectivités locales. Pour leur part, les départements gèrent encore partiellement la politique sociale et médico-sociale, mais seulement comme gestionnaire face à un renforcement récent du pourvoir des ARS. Enfin, l'administration préfectorale est-elle entièrement marginalisée, puisqu'avec les ARS toute la gestion de l'état sanitaire bénéficie d'une administration propre.

Les ARS sont le pilier fondamental d'exécution de l'Etat sanitaire. Elles le concrétisent. Leur forme d'agence permet au ministère de déléguer la responsabilité opérationnelle à leurs directeurs sans perdre le contrôle puisque la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) assurent la définition stricte des outils à dispositions des ARS. Elles assurent une maîtrise sur la totalité de l'offre sanitaire et médico-sociale.

La régionalisation de l'administration sanitaire dépasse donc la question de l'échelon de prise de décisions en matière de régulation sanitaire, pour poser celle globale du système de protection sociale qui la sous-tend. Le pouvoir politique a pris soin, à chaque réforme, d'écarter les aspects les plus en rupture avec l'organisation en place, afin de systématiquement maintenir systématiquement son pouvoir, notamment par la maîtrise des instruments budgétaires. L'apparent éclatement du système de santé traduit en réalité un système étatisé, sans cesse renforcé et aujourd'hui fort. Seule la concrétisation des pistes évoquées à la section 3.1.2, le renforcement du GHT ou le renforcement du rôle de régulation de l'Assurance maladie, pourrait remettre partiellement en cause la centralité des ARS sans pour autant remettre en cause le pouvoir de l'Etat.

Conclusion

L'analyse de l'évolution du système de santé français qui a conduit à la mise en place des ARS permet de montrer que l'intervention administrative de l'État dans le système de santé et de protection sociale est un phénomène ancien. Loin de se limiter à l'effervescence agencificatrice observée au cours des décennies 1990 et 2000, les ARS trouvent leurs fondements dans une autre période de réformes importante : les années 1960, et, plus précisément, les réformes et les projets de réforme de 1967 du cabinet Jeanneney. On constate ainsi que la préoccupation budgétaire et la volonté de territorialisation sont déjà centrales. Cet interventionnisme administratif étatique en matière de santé et de protection sociale vient répondre à la fois au besoin pour les pouvoirs publics de maîtriser la dépense publique, et à celui de construire un échelon administratif intermédiaire capable d'assurer une tutelle au plus proche des acteurs locaux afin de mieux les contrôler.

Les ARS sont un instrument de l'étatisation de la santé, mais ont la particularité de lui donner une autre ampleur que celle de simples directions administratives parée des habits et vertus de la forme agence. En effet, les ARS permettent de lever un certain nombre d'oppositions historiques (l'État contre la Sécurité sociale, la régulation locale contre la régulation centrale, l'hôpital contre la médecine libérale) et de reconfigurer la forme de l'intervention de l'État en mettant en avant la technique de l'incitation, là où toutes les tentatives précédentes ont échoué. C'est donc par le contrat, figure mythique d'une coordination parfaite selon la science économique standard et de la philosophie libérale, que va se faire désormais la coordination entre ce nouvel échelon intermédiaire régional et les établissements de santé, ou sa tutelle ministérielle. Conformément aux préceptes du *NPM*, le contrat est censé garantir l'autonomie des acteurs du système de santé, et par conséquent responsables de leurs actions. Mais de par sa nature administrative, la dépendance au sentier, et les conditions de mise en place des ARS, la contractualisation apparait plus comme la caution d'un discours officiel prônant la territorialisation que comme un moyen effectif de mettre en œuvre un système de santé réformé.

Dix ans après leur création, les ARS n'atteignent donc pas leurs ambitions initiales. Pour autant, elles consacrent indéniablement une prise de pouvoir toujours plus grande de l'Etat sur le système sanitaire et de protection sociale. Là où l'Etat planificateur des années 1970 n'a pas réussi à exercer un contrôle sur un système de santé traversé par de multiples rapports de force, le modèle des ARS y est parvenu. A force de réformes, pas après pas, la construction d'un régulateur régional partiellement autonome s'est imposée et renforcée toujours plus rapidement. Les raisons de ce succès tiennent à la fois tant de la mise en œuvre incrémentale du modèle d'agence, de la constance des valeurs qui animent le projet et ses promoteurs successifs, et des affaiblissements organisés des contre-pouvoirs, que de la responsabilisation permise par le couple contrat-agence.

Cette concrétisation partielle des ARS n'est pas un échec, bien au contraire. Dans notre perspective d'analyse, elle révèle l'enjeu fondamental du développement du contrôle de l'Etat sur le système de santé et de protection sociale. En effet, la caractéristique inaboutie de l'autonomie budgétaire du régulateur régional que sont les ARS, bien qu'appelée par les promoteurs successifs des agences régionales en santé, de Jeanneney à Soubie, ou par les théories contractuelles, n'a pas vocation à être mise en œuvre concrètement. Cela impliquerait en effet une perte de contrôle de l'Etat sur les dépenses de santé. En l'état actuel de la situation budgétaire du système de santé, cela semble peu probable, car l'Etat refuse actuellement toute augmentation des dépenses de santé relevant des prélèvements obligatoires. La seule marge de manœuvre disponible est celle de la pertinence de

soins investie par les ARS, mais avec des résultats très incertains. Une autre solution est d'avoir recours à la dépense de santé privée, comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

In fine, les ARS constituent la cheville ouvrière qui unifie l'administration sanitaire au service d'un Etat sanitaire fort, en maniant à la fois incitations, contrôle à distance, et maîtrise budgétaire.

Troisième partie – Financer la couverture santé. Quelles frontières entre l'Etat et le marché ?

Introduction de la troisième partie

L'assurance santé fait l'objet de nombreuses analyses en économie concernant la quantité optimale de couverture (Newhouse et al., 1993; M. V. Pauly, 1968), le partage des risques entre assurances publique et privée (Einav & Finkelstein, 2011; Saint-Paul, 2012) et son impact sur l'accès aux soins (McWilliams, 2009; Nyman, 1999). Le transfert de charge de l'assurance publique vers l'assurance privée fait également l'objet d'études internationales montrant le poids grandissant de l'assurance santé privée dans les systèmes nationaux de protection sociale(Montanari & Nelson, 2013; Quesnel-Vallée et al., 2012; Reibling, 2010). Cette évolution est souvent lue en termes de privatisation (André et al., 2016; André & Hermann, 2009; Maarse, 2006) ou de dualisation de la protection sociale (Palier, 2010).

Ces analyses distinguent les deux types d'assurance (publique et privée) par leur fonction. Les assurances santé publiques ont explicitement une fonction sociale alors que pour les assurances santé privées, la mutualisation des risques est fondée sur la rentabilité de la prise en charge, globalisée sur l'ensemble des clients ou sur des groupes de clients. Les prestations versées sont connectées à la capacité de paiement.

Pourtant, la frontière entre assurance publique et assurance privée est aujourd'hui brouillée. L'assurance santé publique qui était obligatoire peut dorénavant être facultative comme en Allemagne pour les hauts revenus. A l'inverse, l'assurance privée peut être rendue obligatoire comme dans le cadre de l'*Obamacare* (*Affordable Care Act*) aux États-Unis ou en France pour les assurances santé d'entreprise (les complémentaires).

Le brouillage des frontières n'est pas uniquement institutionnel, il porte aussi sur les fonctions dévolues aux deux assurances santé. En matière de couverture santé, la solidarité est aussi portée par le marché du fait notamment d'un cadre réglementaire de plus en plus consistant. L'intervention de l'État encourage au sein des assurances privées le développement des missions et des valeurs traditionnellement caractéristiques des services publics. En France, il s'agit d'introduire une dose de Sécurité sociale dans les assurances maladie privées (dites complémentaires) en remodelant le mécanisme d'assurance pour faire une place plus large aux impératifs d'égalité et de solidarité. Si les règles de l'assurance complémentaire sont désormais calquées sur celles de l'assurance obligatoire, le marché ne serait alors qu'un prolongement de la Sécurité sociale, ce qui retire les dernières réticences qui pouvaient freiner son développement.

C'est le processus d'Etatisation qui met en œuvre le rapprochement de la Sécurité sociale et du marché de l'assurance privée en exportant les valeurs de la première vers la seconde. En matière de financement de la couverture santé, la profusion de dispositifs juridiques a conduit à redéfinir la place de la Sécurité sociale et la place du marché. Une telle évolution a été rendue possible à la fois par le nouveau statut de la Sécurité sociale comme agence d'Etat et par l'intégration du marché de l'assurance privée à la politique publique. Le marché est partie intégrante de la politique publique en matière de couverture santé. Cette dernière partie de la thèse explore la façon dont l'Etat a pris possession du marché et en retour comment le marché a tiré parti de son nouveau rôle de garant de la solidarité.

Le ***chapitre 5*** montre que le marché de l'assurance santé est soumis à une hyper réglementation visant à concilier le logiciel de l'assurance privée avec la mission sociale d'une couverture santé. Le marché de l'assurance santé est en effet très couteux et très inégalitaire. Il n'est pas

concurrentiel avec la Sécurité sociale qui couvre plus et moins cher. L'étatisation de la couverture santé ne consiste pas à étendre la Sécurité sociale, mais à étendre le marché. Cette étatisation se traduit par l'intégration dans le *business model* de l'assurance privée des objectifs de solidarité pour les plus vulnérables, mais aussi pour tous les patients. On souligne l'importance et la nouveauté des dispositifs juridiques qui guident le marché vers la solidarité. On analyse la façon dont se met en œuvre une finalité sociale dans la couverture privée. L'Etat en prenant le pouvoir sur la Sécurité sociale exporte ses valeurs vers l'assurance privée, brouillant les frontières entre assurances publiques et privées.

Le ***chapitre 6*** poursuit l'analyse de la « couverture santé marchandisée » qui tente de concilier rentabilité de la prise en charge et mission de solidarité. En les positionnant comme acteur incontournable de la solidarité, l'Etat les a installées dans le champ de la santé publique et de la mission sociale d'une couverture santé. Fort de leur nouveau rôle de garant de l'intérêt général, les assurances santé vont désarmer certaines des critiques qui leurs sont adressées pour investir des territoires inédits en se posant comme garantes la santé de la population. L'étatisation de la couverture santé par l'exportation des valeurs de solidarité réarme le marché qui peut s'ouvrir à de nouveaux objets et préoccupations. Enfin, on questionne le rôle de l'Etat quand il fait du marché le vecteur de l'intérêt général et de développement de politiques de santé publique en valorisant la figure du consommateur en lieu et place de celle du travailleur. La mise en marché de la couverture santé constitue ainsi la dernière étape du processus initié depuis la réforme de 1967 de neutralisation progressive du modèle de 1945 de Sécurité sociale.

Cette troisième partie de thèse a été largement nourrie par les travaux réalisés dans le cadre de l'ANR Marisa (Marché du risque santé). Elle reprend des passages d'articles co-écrits, certains publiés d'autres en cours de finalisation, dans le cadre de ce projet de recherche tout en proposant une analyse originale en lien avec le cheminement intellectuel de la thèse.

Le travail mené dans le cadre de cette ANR est un travail pluridisciplinaire mobilisant en particulier juristes et économistes. Dans les deux chapitres de cette dernière partie de thèse, nous mobilisons donc largement les textes juridiques et l'ensemble des dispositifs produits par le droit en matière d'assurance santé. En effet, nous considérons qu'à l'instar de l'analyse économique du droit (*law and economics*) que les règles (notamment juridiques), mais également les institutions sont une composante essentielle à la compréhension économique des modes de protection sociale.

Ceci a néanmoins nécessité de résoudre au préalable des problèmes de méthode et notamment de vocabulaire qui sont aussi un témoin du brouillage des frontières entre assurances publique et privée. Contrairement à l'économie, qui a une vocation à développer un langage international marqué par le poids des productions scientifiques américaines dans la discipline, le vocabulaire juridique tient compte des spécificités historiques et nationales des systèmes d'assurance maladie. Ainsi la Sécurité sociale française est vue comme une forme hybride, puisqu'elle est juridiquement un organisme de droit privé qui s'est vue confier des missions de service public[139].

Pour les économistes, la Sécurité sociale relève de l'assurance publique. Pour les juristes, c'est de l'assurance de droit privé. L'assurance maladie complémentaire comprend quant à elle une

[139] Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) sont des personnes morales de droit privé agissant avec de prérogatives de Service public.

diversité d'opérateurs à statut juridique différents, institutions de prévoyance et mutuelles ne poursuivant pas de but lucratif.

Toutefois, notre thèse s'inscrivant en dans le cadre de la discipline économique, nous faisons le choix d'utiliser des référents du langage proches de ceux de l'économie. Dans la suite du chapitre, nous entendrons par « assurance santé publique » les dépenses qui sont comptabilisées dans la dépense publique, au sens des données issues des statistiques internationales, de sorte que les dépenses couvertes par les assurances maladie privées ne relèvent pas de comptabilité de la « dépense publique ».

Chapitre 5 - L'intervention de l'Etat dans la couverture santé : une exportation des valeurs de solidarité ?

Introduction

Le constat selon lequel le financement de la santé passe de plus en plus par des assurances maladie complémentaires privées est aujourd'hui largement admis. Il s'agit là d'une illustration, dans la sphère de la protection sociale, d'un « tournant néolibéral » (Dardot & Laval, 2010) ou d'une « grande bifurcation » (Lévy & Duménil, 2014). Toutefois, l'interprétation de cette évolution ne fait pas consensus.

Pour certains auteurs (André et al., 2016 ; André & Hermann, 2009 ; Maarse, 2006), on assiste en Europe depuis le milieu des années 80 à une privatisation de la couverture santé qui s'est traduit, en France, par un transfert de charges de la Sécurité sociale vers les opérateurs d'assurance santé complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurance et instituts de prévoyance). Ce transfert, s'il concerne essentiellement les soins courants, n'épargne pas les dépenses hospitalières ni les Affections de Longue Durée (ALD) qui peuvent conduire à des restes à charge importants correspondants la part des frais de santé après le remboursement de la Sécurité sociale.

Pour d'autres auteurs (Borgetto, 2003 ; Hassenteufel & Palier, 2007 ; Palier & Bonoli, 1995 ; Pierru & Rolland, 2016), on assisterait plutôt à un mouvement d'étatisation du système de protection sociale. A l'appui de cette thèse, on peut citer la mise en œuvre de modalités de couverture santé inédites pour les plus vulnérables, comme la CMU-C et l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) fusionnées aujourd'hui au sein de la couverture « complémentaire santé solidaire » (CSS). Mais l'intervention de l'Etat se signale surtout par la création de dispositifs importants de réglementation des prestations et des activités de soins. L'Etat prend en effet directement la responsabilité du financement du système de santé (par la fiscalité) et de la délivrance des soins (par les agences) au détriment d'une gestion par les acteurs historiques du système sanitaire et social (médecins, syndicats, collectivités).

Notre objectif ne vise pas à départager une analyse en termes de privatisation d'une analyse en termes d'étatisation. Au contraire, nous chercherons à les rapprocher en considérant que l'Etat et le marché ne doivent pas être opposés. Nous chercherons ainsi à analyser comment l'Etat oriente le marché. En effet, en matière de santé, les pouvoirs publics ne cherchent pas uniquement à laisser une plus grande place au marché. Ils essaient aussi de lui faire endosser certaines valeurs, en particulier les valeurs de la solidarité consubstantielle à la Sécurité sociale. Le marché de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) se trouve ainsi reconfiguré pour tenir compte des impératifs d'égalité d'accès et de solidarité. Nous désignons ce phénomène par l'expression « étatisation par les valeurs ».

Cette nouvelle modalité d'intervention étatique ambitionne d'introduire des motivations non marchandes au sein de la logique assurantielle (Batifoulier & Ginon, 2019). Les valeurs non marchandes sont généralement associées à l'Etat. Notre thèse est que l'Etat les a exportées vers le marché. Il s'agit là d'une illustration symptomatique de la façon dont la politique de santé s'oriente vers une étatisation marchande. Cette illustration prend appui dans ce chapitre sur le cas de l'assurance santé. Mais les fondements sont identiques aux bouleversements analysés dans les

chapitres précédents : une prise de pouvoir de l'Etat sur l'organisation du soin, un accroissement de la place du marché qui s'appuie sur des valeurs qui ne sont pas uniquement marchandes, un développement des logiques contractuelles, le contrat étant dans ce chapitre ce qui relie l'assurance santé publique et l'assurance santé privée.

Dans la première partie, nous montrerons, à partir d'une discussion historique, quelles ont été les conditions permettant le développement d'un secteur de l'Assurance Maladie Complémentaire en France. Puis dans une deuxième partie, nous montrerons que le développement d'une logique marchande en matière de santé engendre une hausse inédite des inégalités que l'on peut mettre en évidence aussi bien aux Etats-Unis qu'en France. En effet, même si ces deux pays relèvent de systèmes de protection sociale très différents, ils sont tous les deux l'illustration du fait que la recherche des intérêts privés, objectif premier des entreprises d'assurance, est source d'inégalités. Dans la dernière partie, nous montrerons comment les pouvoirs publics tentent de concilier développement du marché tout en préservant les valeurs de solidarité. Pour cela, nous reprenons la notion de « marché éduqué » introduite par Batifoulier et Ginon (2019) et développée par Batifoulier, Duchesne, Ginon (2021)[140]. Le « marché éduqué » constituerait ainsi la forme moderne de résolution des contradictions entre l'application de logiques marchandes et la préservation de la mission de justice sociale de la couverture des frais de santé.

1. Le développement du secteur de l'Assurance Maladie Complémentaire en France

La mise en place de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) s'est faite en parallèle de celle de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à partir de la fin des années 1940. Alors qu'elle apparait à son origine comme une concurrente de l'AMO, l'AMC va donner corps progressivement à sa dimension complémentaire, s'imposant de fait comme un pilier incontournable de la couverture santé en France (1.1). La constitution d'un second pilier, complémentaire, au sein du système de protection sociale français a été rendue possible par le renoncement dès 1947 aux ambitions initiales du projet de Sécurité sociale de 1945, renoncement originel qui ouvrira la possibilité d'une transformation marchande de l'AMC dans les années 1980 (1.2). Le tournant marchand de l'AMC alors mis en œuvre est rendu possible par un tournant idéologique, nourri par la théorie économique standard, en faveur de la responsabilité individuelle au nom de l'efficacité (1.3).

1.1. Le secteur de l'AMC : deuxième pilier de la protection sociale à la française

Initialement le principe d'un système d'Assurance Maladie Complémentaire n'était pas prévu dans le système de protection sociale français moderne d'après-guerre. Comme le souligne l'historien Bernard Gibaud (2008), en s'appuyant sur les propos de Pierre Laroque et de Jean-Jacques Dupeyroux, l'AMC relève même d'un « impensé » du projet de Sécurité sociale de 1945. Cette situation peut être expliquée par l'ambitieux projet que constitue la Sécurité sociale qui se focalise sur la transformation du système des assurances sociales d'avant-guerre en un système unifié, performant et *révolutionnaire* de couverture (d'assurance) maladie obligatoire (*cf*. chapitre 1), ne

[140] Les sections 2.1, 3.1 et 3.2 autour de la notion de marché éduqué notamment reposent sur l'article suivant : Philippe Batifoulier, Victor Duchesne et Anne-Sophie Ginon (2021), La construction d'un « marché éduqué » de l'assurance santé. Une réorientation de la solidarité ? Revue de l'IRES, 2021/1-2, n°103-104

laissant de fait que peu de place pour un système complémentaire. L'objectif de porter un projet de couverture santé concurrent à la Sécurité sociale apparait très ambitieux au regard de la situation critique dans laquelle se trouvent les acteurs susceptibles de porter un projet d'Assurance Maladie Complémentaire. En effet, le mouvement mutualiste, principal acteur avant-guerre de la couverture santé, semble avoir échoué aussi bien sur le plan de l'efficacité de son action que sur son positionnement politique. Les faibles résultats du système des assurances sociales en matière de qualité de la couverture et de mobilisation des intéressés aux problèmes de gestion (Dreyfus, 2019) ainsi que le discrédit jeté sur les acteurs mutualistes en raison de leur collaboration avec le régime de Vichy pendant la guerre (Da Silva, 2020) rendent alors leurs possibilités d'action quasiment nulles. Enfin, le conflit historique entre le mouvement syndical et le mouvement mutualiste limite pour ce dernier la possibilité de débattre légitiment face à un mouvement syndical désormais plus puissant. Cependant, à la faveur d'une normalisation des rapports sociaux à la sortie de la guerre et grâce à une vive mobilisation des mouvements mutualistes ou de ceux soutenant la mutualité, mouvements chrétiens notamment, cette dernière va réussir à se préserver une place au sein du système de protection sociale français moderne échappant de peu à une marginalisation certaine. Le mouvement mutualiste en cherchant à se maintenir va poser les bases du système d'Assurance Maladie Complémentaire français.

La place réservée à la Mutualité en 1945 est minime avec la création d'un régime général qui n'a plus besoin de régimes périphériques ou concurrents. Cette position a fait l'objet d'une remise en cause, en 1946-1947. Les arguments développés alors pour justifier le maintien de la mutualité sont multiples : moraux, économiques et politiques. Les mutualistes mettent en avant, comme garde-fous, leurs valeurs fondamentales : libre participation (adhésion, association), solidarité, participation égalitaire et neutralité institutionnelle. Ainsi la Sécurité sociale est perçue comme une institution étatique. Elle doit laisser de la place à une institution relevant de l'économie sociale et solidaire, supposée défendre la même optique de solidarité, mais par d'autres moyens (adhésion facultative et non obligatoire, cotisation qui peut dépendre des caractéristiques des patients, etc.).

Ce travail de négociation, porté par la mutualité, quant à l'avenir de l'AMC conduit à sa reconnaissance progressive au fur et à mesure des textes qui viennent définir les principes et les modalités d'organisation la Sécurité sociale. Retracer ces évolutions législatives et réglementaires permet de mettre en évidence l'incertitude forte qui a pesée sur l'existence de ce que l'on considère aujourd'hui comme le deuxième pilier de la couverture santé ainsi que la domination de la Mutualité sur le secteur.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale laisse un doute quant à la pérennité des mutuelles. Elle ne scelle pas leur sort et indique dans son article n° 18 que *« Les institutions de prévoyance ou de sécurité sociale de toute nature autres que celles visées au précédent titre et que les sociétés de secours mutuels, établies dans le cadre d'une ou de plusieurs entreprises au profit de travailleurs salariés ou assimilés, ne peuvent être maintenues ou créées qu'avec l'autorisation du ministre du Travail et de la Sécurité sociale et en vue seulement d'accorder des avantages s'ajoutant à ceux qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale. »*. Ce régime différencié en faveur des mutuelles tient au fait que l'ordonnance fait reposer les caisses de Sécurité sociale pour ses principes de fonctionnement sur la loi du 1er avril 1898 relative aux sociétés de secours mutuels. Cependant, la base législative commune qui préserve l'existence des mutuelles implique comme contrepartie le fait que les caisses de Sécurité sociale

peuvent concurrencer celles de la mutualité pour de telles prestations. L'article 39 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 qui permettait aux caisses primaires de Sécurité sociale d'« *instituer des cotisations supplémentaires et facultatives à la charge des bénéficiaires en vue d'attribuer des prestations complémentaires et d'entreprendre des réalisations sociales en se conformant, pour la gestion de ces services ou œuvres, à la loi du 1er avril 1898. Les opérations relatives à ces avantages complémentaires font l'objet d'une comptabilité particulière.* ». Autrement dit, une caisse de Sécurité sociale pourrait se comporter comme un assureur complémentaire en matière de santé. Si le décret d'application de l'ordonnance du 4 octobre 1945 confirme cela, il introduit les Sociétés d'Assurance (SA) en matière de prévoyance hors santé. Dans le domaine de la santé, seuls les mutuelles et les Instituts de Prévoyance peuvent compléter la couverture du risque (Gibaud, 2008) comme les caisses de Sécurité sociale elle-même.

C'est avec la loi n° 47-450 du 19 mars 1947, tendant à modifier l'ordonnance du 4 octobre 1945 sur l'organisation administrative de la Sécurité sociale dans l'intérêt de la mutualité française, dite « loi Morice », que la place de la Mutualité sein du système de protection sociale français se trouve confirmée et sécurisée. Le régime de faveur des mutuelles est institué notamment par l'abrogation de l'article 39 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 qui permettait aux caisses primaires de Sécurité sociale d'« *instituer des cotisations supplémentaires et facultatives à la charge des bénéficiaires en vue d'attribuer des prestations complémentaires et d'entreprendre des réalisations sociales en se conformant, pour la gestion de ces services ou œuvres, à la loi du 1er avril 1898. Les opérations relatives à ces avantages complémentaires font l'objet d'une comptabilité particulière.* ». Autrement dit, la loi Morice évite de peu une « guerre fratricide » entre la Sécurité sociale et la mutualité (Gibaud, 2008). La mutualité passe ainsi statutairement d'une position d'acteur *concurrent* à une position d'acteur *complémentaire* et même maitre d'œuvre de la Sécurité sociale, gérant le régime d'Assurance Maladie Obligatoire du régime des fonctionnaires, du pour reprendre la terminologie contemporaine.

Le qualificatif « complémentaire » doit s'entendre à la fois comme complément à la prise en charge de tout ou partie du Ticket modérateur qui désigne un pourcentage du prix des soins. Il doit aussi s'entendre en termes de paniers de soins couverts. La Sécurité sociale ne rembourse pas certaines prestations ou même certains aspects du risque santé : c'est ici que peut se déployer la créativité de la prévoyance. Le premier aspect concerne le Ticket Modérateur c'est-à-dire la part du tarif opposable de Sécurité sociale non pris en charge par cette dernière au détriment de l'assuré social. Le Ticket Modérateur constitue une source volontairement créée de reste à charge afin de limiter le coût de la couverture santé par une prise en charge partielle, mais surtout par la volonté du législateur de limiter le recours à l'assurance, *a fortiori* le recours aux soins. L'Assurance Maladie Complémentaire est ainsi indispensable pour améliorer le taux de couverture des dépenses de santé et par conséquent le reste à charge. Le deuxième aspect concerne non le degré de prise en charge du panier de soins, mais l'étendue du panier soins. La Sécurité sociale ne couvre en effet pas toutes les dépenses de santé. Le rôle de la complémentaire est donc aussi d'offrir des garanties supplémentaires en étendant le panier de soins couverts par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

Pour le dire en d'autres termes, la mutualité se voit concéder la prise en charge de la hauteur du panier (une partie du remboursement) de soins, mais aussi de sa profondeur (une partie des biens et services médicaux). En outre, le principe d'Assurance Complémentaire n'est pas propre au

risque santé, mais concerne potentiellement l'ensemble des risques couverts par la Sécurité sociale, comme le montre l'exemple du risque vieillesse. En matière de santé, le choix s'est volontairement porté sur la mutualité. Avec une très faible participation des sociétés d'assurance qui préfèrent se concentrer sur les risques IARD (Incendies, Accidents et Risques Divers) et des Instituts de prévoyances aux marges de manœuvre limitées, le secteur de l'AMC est dominé au cours des Trente glorieuses par la Mutualité. Le secteur de la complémentaire santé repose alors principalement non pas sur une coordination marchande, mais sur une coordination d'ordre « corporatiste » ou professionnel plus ou moins locale. Cela tient aussi bien à l'histoire du mouvement mutualiste qu'à ses principes même. En effet, le secteur de l'AMC n'est alors pas un secteur où les principes d'un marché concurrentiel s'exercent. On ne choisit pas sa complémentaire, entendez sa « mutuelle », terme aujourd'hui consacré pour désigner celui de complémentaire. Cette caractéristique d'absence de choix est une caractéristique ancienne propre aux assurances sociales et aussi liée au mode d'organisation dominant de la protection sociale française : le corporatisme. Cette dernière caractéristique du système français est souvent mise en avant par la littérature académique (Esping-Andersen, 2007 ; Palier, 2005) pour souligner que l'organisation de la protection sociale se fait en fonction des professions. Cette perspective tend à ignorer le caractère général du système de Sécurité sociale français, mais est liée à la fois à une dépendance au sentier et à un blocage conjoncturel. En effet, le rôle des professions ressort lorsque l'on s'intéresse aux autres régimes que le régime général de Sécurité sociale c'est-à-dire aux régimes spéciaux organisés par profession et non pour un statut particulier (les salariés), au régime des fonctionnaires ou encore au régime agricole (mutualité sociale agricole). Il faudra attendre 2006 pour qu'une partie de ces régimes soit rassemblée en fonction de leur statut avec la création du Régime Social des Indépendants (RSI) intégré en 2018 au régime général. La force des acteurs mutualistes tient avant tout à leur rôle de gestionnaire de la Sécurité sociale pour les fonctionnaires.

Le secteur de la couverture santé complémentaire est traditionnellement présenté comme formant le deuxième pilier du système de santé et de protection sociale français. Cette présentation relève plus d'un abus de langage ou d'une vision idéologique que d'une réalité empirique, car elle tend à mettre sur le même plan AMO et AMC. En effet, malgré une histoire commune et donc des similitudes indéniables, il est nécessaire de rappeler que l'AMC n'a au cours de l'histoire représenté qu'au mieux 10 % de la prise en charge des dépenses de santé totales. Il faut attendre les années 1990 pour que cette place se renforce. Sur le plan des relations entre la Sécurité sociale et le secteur complémentaire mutualiste, la réforme de 1967 de la Sécurité sociale constitue un tournant, car les mutualistes vont participer à la défense de la Sécurité sociale contre le gouvernement par crainte des déremboursements et de l'étatisation croissante de la Sécurité sociale. Le deuxième pilier conservera sa place jusqu'à la fin des années 1970 avec l'apparition des premiers mécanismes incitatifs de souscription et l'arrivée sur le marché de nouveaux acteurs : les Sociétés d'Assurances à but lucratif.

Alors que le projet initial de la Sécurité sociale ne prévoyait pas l'existence d'un pilier complémentaire, ce dernier va se former rapidement. En matière de couverture du risque santé, ce pilier demeure facultatif et dominé par la Mutualité, là où il est obligatoire et dominé par les Institutions de prévoyance en matière de vieillesse.

1.2. La constitution du marché de l'Assurance Maladie Complémentaire

Le secteur de l'Assurance Maladie Complémentaire va connaitre une profonde mutation au cours des années 1980 avec la mise en place de réformes qui posent les bases marchandes de son organisation actuelle. Le secteur de l'AMC va être ainsi sorti de son régime d'exception, de sa torpeur mutualiste, pour être mis aux standards de la concurrence sous l'effet de différents mouvements de fond qui traversent alors l'économie française et plus largement les économies européennes.

Nous retenons trois tendances de fond qui conduisent les pouvoirs publics à mettre en place une réforme importante du secteur de l'AMC : les conséquences des difficultés budgétaires de la Sécurité sociale, l'évolution même du secteur et la pression européenne en matière de droit de la concurrence et d'harmonisation des règles entre les différents types d'opérateurs du marché de l'AMC. Ces mouvements qui traversent l'histoire de la protection sociale sont alors bien compris comme en témoignent les débats parlementaires. Le choix du marché au cours des années 1980 n'est pas le fruit du hasard, il est le résultat d'une remise en cause profonde du système de protection sociale français.

Ces phénomènes largement documentés en sciences sociales ne sont pas le fruit de la nature ou d'un sens de l'histoire comme aiment à le faire croire certains discours politiques. Ils sont le résultat de choix politiques précédents et de luttes longues de certains acteurs économiques influents. Une brèche a ainsi été introduite en 1956 avec l'autorisation pour les Sociétés d'Assurance d'intervenir désormais pleinement en matière de couverture santé complémentaire (Chadelat, 2016). En 1967, la question européenne est instrumentalisée pour remettre en cause la Sécurité sociale. La norme concurrentielle s'affirme au détriment d'une spécificité nationale (domination de la mutualité). La question lancinante du déficit de la Sécurité sociale invite à réduire les budgets publics et à transférer une partie de la prise en charge des besoins de santé vers un marché concurrentiel, jugé à même de réduire les coûts de la santé.

L'ensemble de ces transformations économiques vont se traduire par deux étapes importantes pour le secteur : celle de 1985 portant la réforme du code de la mutualité et celles de 1989 d'harmonisation de la prévoyance et d'intégration des contraintes européennes. L'ensemble permet d'assurer ce que l'on peut appeler désormais un marché (concurrentiel) de l'Assurance maladie complémentaire.

Le contexte de la réforme 1989 (loi Evin) est trouble aussi bien en raison des évolutions structurelles évoquées précédemment que du contexte politique troublé des années 1980 en France. Certes la gauche française est pour la première fois au pouvoir depuis la guerre, mais elle est divisée avec le départ des communistes puis va connaitre une phase de cohabitation entre 1986 et 1988 pour ensuite voir une autre gauche prendre le pouvoir. Aussi bien la mutualité que les assurances ont tenté à travers des opérations de lobbying d'influencer la réforme.

Ces réformes ont la double conséquence d'entériner le rôle des complémentaires santé au détriment de la Sécurité sociale puisque le gouvernement pourtant socialiste ne remet pas en cause l'orientation de la rigueur et officialise le caractère marchand du secteur de l'AMC. A l'image des débats de 1947 autour de la mutualité, les députés socialistes qui portent la réforme insistent sur la complémentarité de la Sécurité sociale et des assurances privées, là où les députés communistes rappellent que ce couple peut divorcer. Pour la majorité socialiste, rappelons qu'il s'agit, si l'on

reprend les propos de la ministre Georgina Dufoix, de mettre en place un « Pluralisme maitrisé » en matière de couverture santé. Là où la réforme de 1985 refuse le monopole de la couverture complémentaire aux mutuelles, celle de 1989 entérine le marché concurrentiel (Domin, 2019, 2020). Le couple mutualité - Sécurité sociale qui avait jusque-là dominé la régulation sera « trompé » en 1989 avec les sociétés d'assurance. Les craintes alors portées par les communistes et certains observateurs mutualistes seront confirmées par les réformes ultérieures.

A l'issue des réformes, le secteur de l'AMC acquiert un caractère structurant. Désormais en France on peut se couvrir de manière complémentaire volontaire auprès de n'importe quel opérateur d'Assurance Complémentaire qu'il soit Institut de Prévoyance (IP), mutuelle, Société d'Assurance (SA). Ces opérateurs interviennent sur le marché de la couverture individuelle comme collective. Ils obéissent aux mêmes règles et sont placés en position de concurrence augmentée. Les droits des consommateurs sont renforcés afin qu'ils puissent participer au marché (non-exclusion) et choisir en toute conscience leur contrat en faisant « jouer la concurrence ». La concurrence est sanctifiée même si elle conduit à des phénomènes de concentration où les moins concurrentiels sont absorbés par les plus rentables. On se retrouve ainsi dans des principes de fonctionnement assez éloignés de ceux qui avaient prévalu initialement dans le secteur de la couverture complémentaire. Ce mouvement se fait au détriment de l'acteur historique que sont les mutuelles qui doivent maintenant affronter la concurrence.

Cependant ce marché demeure résiduel à la fois par sa faible taille et par la prédominance encore de l'acteur historique qu'est la mutualité. Ce marché reste un marché avec libre accès, de prévoyance libre. Il n'y a pas d'obligation de se couvrir, mais simplement une incitation de fait à le faire sous l'effet des déremboursements et de l'augmentation des coûts de la santé. En outre même si les sociétés d'assurance ont réussi à se faire officiellement reconnaitre, elles demeurent minoritaires. De plus les mutuelles conservent des avantages aussi bien sur le plan réglementaire que financier avec la persistance d'un code propre et d'avantages fiscaux importants. Il faudra attendre le début des années 2000 et divers rebondissements pour que l'on arrive à une uniformisation concrète sur ces deux aspects (une réglementation et des avantages fiscaux identiques pour tous les opérateurs).

Ainsi le choix du marché en matière d'AMC de la décennie 1980 vient confirmer celui de la fin des années 1960 : développer la couverture santé, mais désormais en dehors de la Sécurité sociale. Des travaux récents en histoire et en sciences politiques insistent à la fois sur la continuité entre ces débats et sur la conversion de la gauche de gouvernement à cette primauté du marché (Pierru, 2007). Pour autant il faudra attendre les années 1990 pour que l'on assiste à une généralisation de l'AMC et à des recompositions internes. Alors que Sécurité sociale et mutualité étaient proches, les réformes des années 1980 conduisent à rabattre la mutualité sur les assurances, mouvement qui ne cessera de s'amplifier jusqu'à l'harmonisation de leurs codes respectifs et la fusion de leurs instances de contrôles, réformes renforçant la perte de spécificité de la mutualité par rapport au secteur des assurances.

1.3. Les justifications de l'AMC : l'austérité au nom de l'efficacité

A partir des années 1990, recourir à l'Assurance Maladie Complémentaire en lieu et place des systèmes d'Assurance Maladie Obligatoire comme la Sécurité sociale en France repose sur deux arguments principaux aujourd'hui largement connus : la contrainte budgétaire de l'Etat qui implique de limiter les dépenses publiques afin de ne pas entraver le bon fonctionnement de l'économie d'une part et la question de la responsabilité individuelle qui, entre questionnement moral et argumentation économique, implique « d'activer » les individus au nom de l'efficacité d'autre part. Ces deux arguments ne sont pas nouveaux et propres au contexte des années 1980 dans la mesure où ils accompagnent depuis son origine l'histoire de la protection sociale française moderne (Da Silva, 2017). Le fait nouveau est qu'ils deviennent à cette période les valeurs cardinales d'une action publique désormais néolibérale (Bezes, 2009 ; Dardot & Laval, 2010).

Le développement de l'AMC au détriment de l'AMO est d'abord justifié par une argumentation d'ordre macroéconomique et repose sur la critique méthodique de la dépense publique. En matière de santé, comme dans d'autres domaines, la dépense publique n'a pas bonne presse. Les mots employés sont des raccourcis cognitifs très efficaces pour exprimer cette condamnation. Le débat public en matière de santé est ainsi saturé des termes « dette », « déficit », « trou (de la Sécu) » « fraude », « abus ». Ce n'est plus uniquement le présent qui est menacé, mais aussi l'avenir quand un discours à la mode assimile la dépense publique d'aujourd'hui à la dette de demain pour les jeunes générations (Abecassis et al., 2016). Pour autant, la réduction recherchée de la dépense publique ne signifie pas suppression de la dépense. En matière de santé, les besoins sont largement involontaires et l'achat de biens et de services de santé ne relève pas de l'« achat plaisir » (Hodgson, 2008). Aussi la réduction de la dépense publique se traduit par l'augmentation de la dépense privée ou par le renoncement aux soins. En matière de couverture santé, le retrait de la Sécurité sociale induit le plus souvent la montée en gamme de l'assurance privée, tout particulièrement en France. Le transfert de charge du public vers le privé s'observe principalement pour les soins courants (soins les plus fréquents, hors hôpital et hors ALD). Dans la mesure où pour la grande majorité de la population, posséder une assurance santé privée (comme une mutuelle) n'est pas un luxe, mais relève du nécessaire, la baisse attendue des prélèvements obligatoires publics se traduit mécaniquement par une hausse de ce que l'on peut considérer comme des prélèvements obligatoires privés. Dans cette argumentation, l'assurance santé privée se justifie par défaut. Son principal attrait est de ne pas être de la dépense publique[141].

La mobilisation de l'argument de la contrainte budgétaire de l'Etat est consubstantielle aux débats qui entourent la question de la protection sociale en France et de manière plus générale toute l'action de l'Etat. Deux dimensions de l'argument peuvent être identifiées : ce que « prélever » veut dire d'une part et le niveau de prélèvement acceptable d'autre part. Si on se limite à la période d'après-guerre, on retrouve à deux moments cruciaux la question des prélèvements opérés par l'AMO. Pour la première dimension, les critiques formulées sont celles relatives à l'utilité de la dépense et celles qui concernent les conséquences du prélèvement. Prélever implique de réduire les revenus des uns pour assurer ceux des autres (afin de financer leurs dépenses).

[141] Cet argument qui est largement développé fait pourtant l'objet de larges contestations (Abecassis et al., 2016 ; Da Silva, 2017 ; Streeck, 2018 ; Tinel, 2016).

Cela a comme conséquence de poser la question du niveau que l'on peut atteindre, du niveau soutenable pour une économie (la deuxième dimension de l'argument). Dans le cas français, la particularité d'un financement reposant historiquement sur le travail par cotisation sociale a donné lieu à de nombreuses critiques. Elles portent aussi bien sur ses conséquences en termes de pouvoir d'achat des travailleurs, la CGT luttant avant-guerre contre la part ouvrière de la cotisation, qu'en matière de renchérissement de coût du travail, le patronat s'opposant à la cotisation au nom de la compétitivité-prix. Remarquons que cet argument pose fondamentalement un problème dans la mesure où AMO et AMC doivent bien être chacune financées, car *in fine*, le financement de la protection sociale repose sur les revenus d'activité et sera un poids pour l'économie. Ainsi ce qui est attaqué à travers la critique de la dépense publique ce n'est pas tant la dépense, même si cette dernière fera l'objet d'une critique en tant que telle, c'est avant tout sa dimension publique. Cela tient tant à son caractère statistiquement identifiable[142] qu'aux questions politiques qu'elle pose en matière de répartition capital-travail, que de conception de la société (*cf.* chapitre 2).

Le dénigrement de la dépense publique se traduit par la mise en place progressive d'une nouvelle doctrine d'action publique et de nouvelles méthodes de gestion à la fin des années 1980 en France. Il faudra attendre les années 1990 pour qu'elle soit effective[143].

La question de la dépense publique bénéficie d'une importante médiatisation et apparait comme un motif d'action publique très fort. Elle se manifeste par une rhétorique désormais connue autour du sauvetage de la Sécurité sociale face à un trou qui ne cesserait de se creuser. Comme le précise Duval (2002), il s'agit même d'un passage obligé dans les ouvrages traitant de la protection sociale. Le processus de mise en évidence et de construction du problème du trou de la Sécurité sociale est renforcé par la mise en place d'une multitude de dispositifs produits par la sphère publique elle-même, notamment à partir de 1979 avec la mise en place de la commission des comptes de la Sécurité sociale, puis en 1996 de l'Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie (ONDAM) et de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). Ces canaux de discussions et de diffusion viennent compléter le déjà développé canal de la Cour des comptes qui chaque année remet un rapport sur la situation budgétaire de la Sécurité sociale ou les rapports périodiques commandés par le gouvernement qui justifient des « plans de sauvetage ». Il est nécessaire d'insister sur le fait que le développement de ces dispositifs de médiatisation du problème budgétaire au travers d'une multiplication de rapports et d'instruments de politique économique ne constitue pas une originalité ou une étape politico-administrative particulière. En matière de dénonciation des dépenses publiques de santé, il n'y a pas de tournant, mais un continuum. En effet, comme nous l'avons vu dans la première partie de la thèse, l'argumentation budgétaire autour de la Sécurité sociale est consubstantielle à sa création et à son développement au cours des Trente glorieuses.

Appliquée aux questions de santé, l'affaire apparait entendue dans la mesure où le niveau des dépenses de santé est jugé insoutenable. Face à cela les différents plans de sauvetage de la Sécurité sociale n'ont que tardivement joué un rôle dans la maitrise de cette contrainte ou tout du moins

[142] Le secteur public fait l'objet d'une comptabilité unifiée aussi bien budgétaire que nationale avec des publications officielles qui centralisent et rendent accessibles l'information. Le secteur privé par définition n'a pas d'unité comptable.

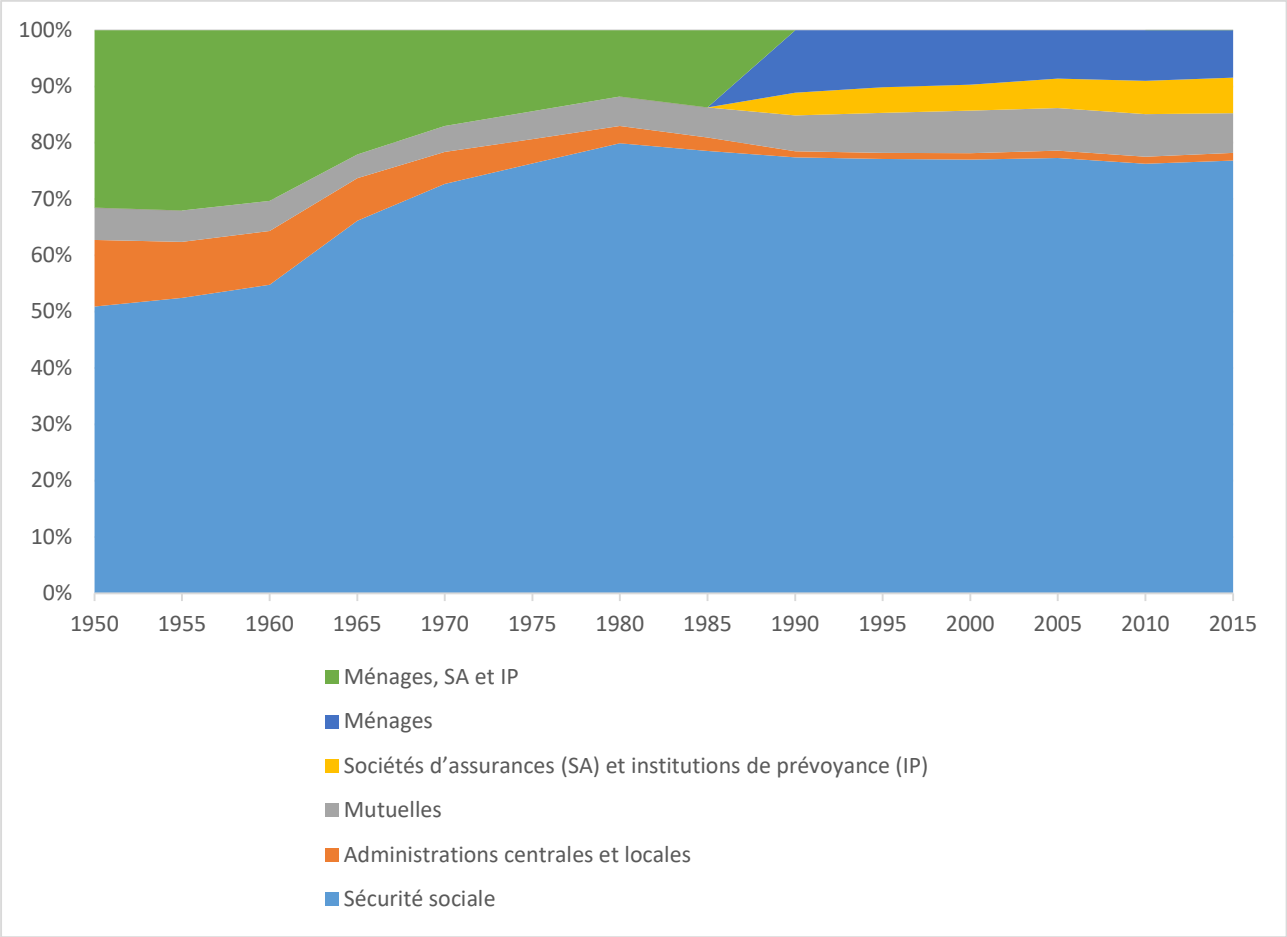
[143] Sur ce tournant on peut se reporter aux développements en termes de référentiel et de compromis que nous avons présentés au chapitre 1. Sur la question de la mise en œuvre du tournant néolibéral en matière de gestion et d'action publiques on peut se référer au chapitre 3.

marginalement. En effet, conformément aux principes de 1945 c'est un effet recette qui a été largement mobilisé pour résorber le désormais « trou » de la Sécurité sociale. Le fait marquant est que le financement de la protection sociale se fait toujours majoritairement par les cotisations, mais on peut remarquer un changement dans la composition de l'assiette des cotisations puisque l'on observe un recul de la cotisation patronale au profit d'une augmentation de la cotisation salariale qui compense à la fois la baisse de la part patronale, mais aussi le besoin supplémentaire de recettes. L'augmentation des recettes passe aussi par l'attribution de nouvelles ressources et la compensation des dépenses (charges) induites (indues) de l'Etat, vieille revendication des syndicats. Pour autant le volet dépense n'est pas complètement absent puisque dès le milieu des années 1970 on assiste aux premiers déremboursements de médicaments, mais surtout à des vagues successives de baisse des taux de remboursements par la Sécurité sociale. L'effet de ces mesures en termes de recettes, mais aussi de dépenses s'avère être positif en termes comptables puisqu'au cours de la décennie 1980, la CNAMTS est excédentaire sept années, notamment grâce à des mesures d'économies (Laroque, 1999).

Sous l'impulsion des gouvernements Rocard, Balladur et Juppé, la question de la santé sera désormais traitée exclusivement selon l'optique des dépenses. On observe une parenthèse de répit relative avec le gouvernement Jospin qui sans remettre en cause les réformes des gouvernements précédents va desserrer la contrainte budgétaire et mettre en avant la question de l'universalisation de la protection sociale. Leur maitrise justifiera la mise en place d'une importante opération de restriction de l'offre de santé notamment hospitalière. Sur le plan des recettes, la poursuite de la politique d'allégement des charges patronales que représentent les cotisations de Sécurité sociale se fera non plus par une augmentation croissante de la cotisation (ouvrière), mais par une fiscalisation des recettes avec notamment la CSG.

Si la lutte contre les dépenses de santé n'est pas nouvelle de la part de l'Etat, on observe bien une rupture dans le processus de socialisation des dépenses de santé. Comme on peut le voir sur le graphique n° 5.1 la part de la Sécurité sociale dans le financement de la Consommation de Santé et Biens Médicaux (CSBM) ne cesse d'augmenter de 1950 à 1980, année où la Sécurité sociale atteindra sa plus haute part dans le financement de la CSBM avec presque 80 %. Ce développement s'explique par le développement du régime général dans les années 1950, l'extension de la Sécurité sociale à de nouvelles catégories dans les années 1960 et enfin dans les années 1970 au contrôle des dépenses de santé (conventionnement et carte sanitaire, phase de planification dure, cf. partie 2).

Graphique n° 5.1 – Structure de financement de la CBSM en % de 1950 à 2015



Source : données (Soual, 2017) *et calculs de l'auteur*

Les années 1980 constituent un tournant en matière de prise en charge des dépenses de santé, car à la fois sous l'effet de mesures de restriction importante (plan Séguin) et de libéralisation de tarifaire avec la mise en place du secteur 2 ou secteur à dépassement d'honoraires (Soual, 2017), la part de la Sécurité sociale dans le financement de la Consommation de Biens de Santé et Soins Médicaux (CSBM) va reculer de presque 3 points entre 1980 et 1995. La part de la Sécurité sociale se stabilisera aux alentours de 77 % de la période 1980-2015. De son côté l'AMC (mutuelles, IP et SA) gagne trois points dans le financement de la CSBM entre 1990 et 2015[144]. Le reste à charge des ménages après remboursement de l'AMO et de l'AMC recule sur la période de 2.7 points dans la CSBM. A partir de 2014 on observe une remontée de la part de la Sécurité sociale dans la CSBM qui en 2019 atteint 78,2 % alors que la part des opérateurs d'AMC baisse à 13,4 % (Drees, 2020).

Si la part de la Sécurité sociale se maintient malgré des mesures d'économies, il est nécessaire de rappeler que cela est lié pour une part à une augmentation du périmètre de la Sécurité sociale notamment par la prise en charge des ALD ou plus récemment de nouveaux traitements (Hépatite

[144] Les données sur la période antérieure à l'année 1990 demeurent parcellaires, car c'est seulement à partir de cette année-là que la DREES détaille précisément le reste à charge après AMO payé directement par les ménages ou via des opérateurs d'AMC : mutuelles, IP et SA

C ou substituts nicotiniques) et pour une autre part au poids prépondérant et au dynamisme des dépenses hospitalières dans la CSBM et son évolution. Par ailleurs, le développement des nouveaux modes de rémunération des médecins de ville (rémunération sur objectif ou forfaitaire) renforce la hausse des dépenses de Sécurité sociale, indépendamment de l'évolution de la consommation des actes médicaux ou du remboursement par l'AMC.

La présentation de la place respective de l'AMO et de l'AMC dans le financement de la santé à travers l'évolution de la structure de financement de la CSBM tend à relativiser le fait que les dépenses de santé augmentent effectivement en valeur. Ainsi si on peut dire que la part des ménages recule dans le financement de la CSBM de 11,13 % en 1990 à 8,43 % en 2015, on peut en revanche également dire qu'elle a quasiment doublé en valeur de de 8,4 Mds € à 16,4 Mds €. Le reste à charge des ménages augmente moins vite que la CSBM, mais il augmente, ce qui se ressent dans le budget des ménages. De la même manière, la relative stabilité de la mutualité en pourcentage de la CSBM s'est traduite néanmoins par un triplement en valeur. Ce constat est encore plus fort pour les Instituts de Prévoyance (IP) et les Sociétés d'Assurance (SA) avec 305 % d'augmentation en valeur soit une variation deux fois plus importante à celle de la CSBM. Ainsi, si on met en évidence des variations qui semblent minimes, à hauteur d'un point de pourcentage ou de quelques dixièmes, il ne faut pas oublier qu'il s'agit de sommes importantes. Si les variations en part de la CSBM semblent minimes, elles apparaissent comme plus importantes en valeur.

Tableau n° 5.1 – Structure de financement de la CBSM en % et en milliards d'euros de 1990 à 2015

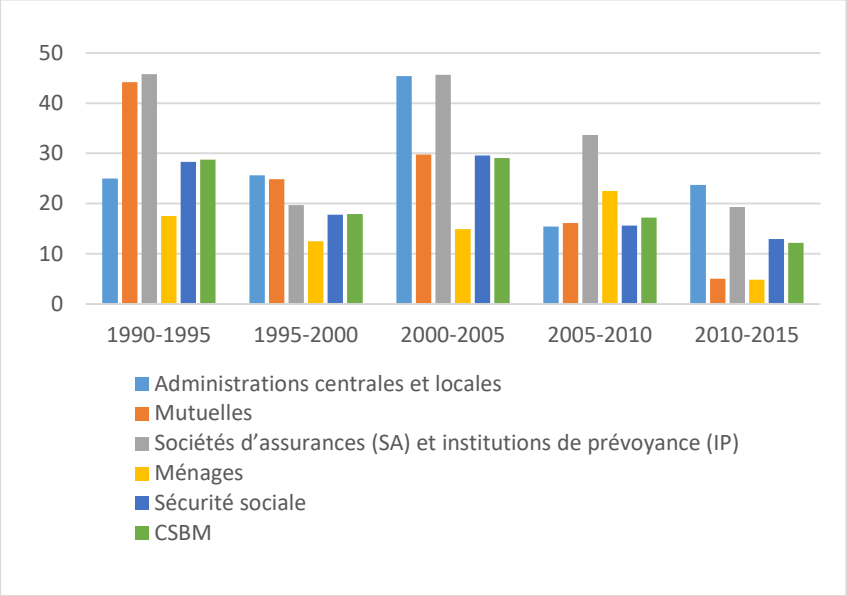
	1990		1995		2000		2005		2010		2015		1990-2015
	%	*M€*	*%*	*M€*	*%*	*M€*	*%*	*M€*	*%*	*M€*	*%*	*M€*	*%*
Sécurité sociale	77,40	58 452,69	77,12	74 998,07	77,02	88 319,52	77,31	114 426,75	76,28	132 322,03	76,83	149 481,82	155.73
Administrations centrales et locales	1,10	834,33	1,07	1 043,06	1,14	1 310,68	1,29	1 905,15	1,27	2 199,45	1,40	2 721,15	226.15
Mutuelles	6,37	4 811,03	7,13	6 937,75	7,55	8 663,20	7,59	11 240,78	7,52	13 052,54	7,05	13 715,14	185,08
Sociétés d'assurances (SA) et institutions de prévoyance (IP)	4,00	3 019,19	4,53	4 401,03	4,59	5 268,83	5,18	7 673,87	5,91	10 258,50	6,29	12 243,38	305,52
Ménages	11,13	8 403,03	10,15	9 874,17	9,69	11 110,89	8,63	12 767,38	9,02	15 644,29	8,43	16 405,20	95,23
CSBM totale	*100,00*	*75520,27*	*100,00*	*97254,09*	*100,00*	*114673,13*	*100,00*	*148013,93*	*100,00*	*173476,82*	*100,00*	*194566,70*	*157.64*

Source : données (Soual, 2017) *et calculs de l'auteur*

Le rythme de croissance des dépenses en valeur n'est pas linéaire (graphique n°5.2). La Sécurité sociale et la CSBM évoluent de la même manière puisque la première constitue le premier financeur de la seconde. Les fortes périodes de croissance se situent dans les périodes 1990-1995 et 2000-2005. Pour quatre périodes sur cinq, les IP et les SA ont une dynamique nettement plus importante que les mutuelles. Ce dynamisme leur permet de faire presque jeu égal avec les mutuelles. Cela s'explique notamment par la perte de parts de marché des mutuelles sous l'effet de leur banalisation vis-à-vis des autres opérateurs d'AMC et de l'activisme important des assureurs pour conquérir le marché de l'assurance santé. Notons que si les administrations centrales et locales représentent une part faible dans le financement de la CSBM avec 1,40 %, leur

croissance est forte avec le développement de l'Aide Médicale d'Etat (AME) et de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

Graphique n° 5.2 – Evolution en % des dépenses de chaque financeur de la CBSM



Source : données (Soual, 2017) *et calculs de l'auteur*

Cette analyse montre que la taille du marché de l'AMC s'est accrue du fait de l'argument de la contrainte budgétaire. Les processus de transfert de l'assurance publique vers l'assurance privée sont qualifiés parfois de privatisations imposées (Batifoulier, 2014) au sens où la privatisation (transfert de financement du public vers le privé) s'impose aux individus, par opposition à une privatisation où les individus sont acteurs (comme à l'hôpital). Cependant, le recours au marché a besoin d'autres justifications et l'appel à la responsabilité individuelle va venir renforcer l'argument de l'austérité budgétaire. Au-delà de ces données, il est nécessaire de rappeler qu'une part des effets des décisions en matière de couverture santé demeure inobservable à cause de leurs potentiels effets en termes de renoncement aux soins pour raisons financières ou de non-recours aux dispositifs qui permettraient d'éviter ce non-recours pour raisons financières. Transférer ainsi la réalisation de la couverture santé d'un système d'assurance obligatoire à un système facultatif et marchand n'est pas neutre, car il suppose que l'assuré soit en mesure de recourir à cette solution de marché, c'est-à-dire à se comporter le plus possible comme un consommateur alors qu'en matière de santé ce n'était jusqu'alors pas le cas.

2. Les inégalités de santé : une opposition entre responsabilité individuelle et solidarité

Le recours au marché en matière de protection sociale n'est pas neutre. En effet, il suppose que l'individu rationnel soit capable non seulement d'adopter une attitude responsable pour éviter ou limiter les effets les plus délétères de la maladie, mais également que chacun puisse financer sa

complémentaire afin d'être couvert en cas de besoin. La conséquence immédiate, et la plus visible, du développement d'une logique marchande via le développement de pratiques assurantielles privées est l'apparition des inégalités. Si les Etats-Unis et la France diffèrent dans bien des aspects en matière de financement de la politique sociale, elles constituent deux illustrations flagrantes du fait que le développement du marché dans la sphère de la santé est source d'inégalités.

Ainsi, aux Etats-Unis, dont le mode de gouvernance de la santé semble très proche de celui prôné par la théorie économique standard, le recours aux mécanismes de marché peut se révéler à la fois inefficace et inégalitaire. Le système de santé américain est ainsi vivement critiqué du fait des inégalités qu'il génère à tel point qu'il peut être vu comme un (anti) exemple paradigmatique (2.1). Si la situation française n'est pas comparable, il n'en demeure pas moins que le poids grandissant pris par l'AMC est un vecteur puissant d'inégalités, de mieux en mieux renseigné. A l'inverse, la Sécurité sociale vise à garantir non seulement l'accès de tous à la santé, mais également une redistribution des catégories les plus riches dont le besoin de santé est généralement plus faible vers les catégories les plus pauvres dont le besoin de santé est généralement plus élevé (2.2).

2.1. Responsabilité individuelle et inégalités de santé : l'exemple paradigmatique des Etats-Unis

Au-delà de la justification par défaut de l'argumentation budgétaire, l'assurance santé a besoin d'une positivité propre pour se développer. Dans cette perspective, l'assurance santé privée serait supérieure à l'assurance publique, parce qu'elle serait de nature à inciter les individus à adopter des comportements plus économes.

L'argument de la responsabilité individuelle a été légitimé et popularisé par la théorie économique standard de l'assurance. Cette approche qui vient des Etats-Unis est imprégnée du contexte étasunien. Elle considère que le simple fait d'avoir une couverture santé peut provoquer de la consommation de soins inutile. L'assurance serait donc en elle-même une source de gaspillage. L'argument vient directement de la théorie économique des marchés : avec une assurance santé, on ne paye pas le prix réel des soins, ce qui équivaut aux yeux des patients à rendre le soin gratuit ou peu cher. Or, si l'on admet que plus les prix sont bas, plus les quantités achetées augmentent, alors on consommera plus de soins en étant bien assuré. Ceci est particulièrement vrai si on assimile le patient à un consommateur rationnel qui va chercher son intérêt en toutes circonstances. L'assurance santé est alors dénigrée parce qu'elle provoque du soin inutile au sens où il n'améliore pas l'état de santé. Cette argumentation a fait l'objet de travaux théoriques (Feldstein & Friedman, 1977; M. V. Pauly, 1968; M. V. Pauly et al., 1991) comme empiriques (Newhouse et al., 1993). C'est le patient irresponsable qui est incriminé : quand il est bien couvert, il omet les efforts de prévention (aléa moral ex ante), il est peu regardant sur les prix des soins, il fait des réserves de médicaments et se rue sur le progrès technique disponible même s'il n'est pas nécessaire (aléa moral ex post). Ce sont les assureurs qui dépensent pour couvrir l'irresponsabilité du patient. Ils ont donc intérêt à ne pas proposer des couvertures complètes et à préserver un reste à charge pour le patient.

L'approche *mainstream* en économie de la santé fait une critique en règle de l'assurance santé du point de vue du noyau dur de la théorie néoclassique (la rationalité parfaite et la référence au

marché). Cette critique est celle de l'assurance santé dans son ensemble. Elle vaut aussi bien pour l'assurance publique que pour l'assurance privée. Pourtant, c'est surtout l'assurance publique qui est visée (Batifoulier, 2015a). D'une part, quand l'assurance est publique, le surcoût engendré par l'irresponsabilité du patient est pris en charge par les finances publiques et diminue mécaniquement les dépenses que l'on pourrait affecter à l'éducation ou au logement. Une assurance santé publique généreuse n'est donc pas source de bien-être, mais au contraire altère le bien-être collectif. D'autre part, les assurances privées, précisément parce qu'elles ont la capacité de sélectionner les risques, sont plus compétentes pour internaliser le coût social du comportement de l'assuré en spécifiant les polices d'assurance en fonction du risque. Si le renoncement aux soins est le but recherché, les assurances privées sont les mieux placées pour l'organiser.

Cette conception a fait l'objet de nombreuses critiques théoriques comme de réfutations empiriques (Batifoulier, 2015a, 2015 b ; Nyman, 1999, 2008 ; Stone, 2011). Les contestations théoriques ont mis en avant le fait que l'assurance santé relevait davantage d'un effet revenu que d'un effet prix. Elle agit comme un supplément de revenu et non comme une baisse de prix. Elle permet de redistribuer du revenu vers les malades et uniquement vers eux pour qu'ils puissent consommer du soin. Il est dorénavant acquis, au sein même de la théorie économique standard, que l'individu rationnel n'a pas de prise avec la réalité : le malade angoissé n'est pas assimilable à un consommateur utilitariste qui choisirait sciemment de rester à l'hôpital pour profiter d'un service gratuit. Sur le plan empirique, de nombreuses études ont montré que le renoncement organisé aux soins pour raison financière réduit la consommation des soins essentiels et pas uniquement la consommation du superflu. Internaliser le coût des soins au nom de la responsabilité a un effet négatif sur la santé individuelle et collective (Chandra et al., 2010; Dourgnon et al., 2012).

En dépit de ces critiques, la conception de l'assurance de l'économie *mainstream* et s'est imposée comme conception de référence dans le débat public. Le cas des Etats-Unis s'avère être un exemple paradigmatique d'application et de diffusion de ces idées. La littérature a mis en évidence le rôle de l'argument économique dans l'échec de la mise en œuvre d'une assurance santé sur le modèle européen (Batifoulier, 2015b; Gladwell, 2005; Pierru, 2007; Tanti-Hardouin, 2011). L'influence des microéconomistes de la santé, reconnus comme experts légitimes au détriment des institutionnalistes explique selon Lepont (2016) une large part de la conversion du parti démocrate aux revendications des assurances privées.

Le poids des assurances santé privées et le niveau de rente qu'elles prélèvent sur les richesses du pays ont conduit à condamner le développement du marché. Case et Deaton (2020) par exemple relient une partie des « morts de désespoir » aux Etats-Unis au rôle du système de santé considéré comme un « cancer au cœur de l'économie ». Ils mettent en avant que les assurances santé font en sorte que tous les acteurs du système de santé (hôpitaux, médecins, laboratoires, industriels, etc.) soient surpayés. L'encouragement à la consommation médicale (en particulier d'opiacés) est soutenu par les modèles d'affaire des assureurs. La hausse des prix a conduit à « une crise des coûts » qui a fragilisé la coalition entre les acteurs du système de santé et les assureurs.

L'*Obamacare* ou (*l'Affordable Care Act* - ACA) promulgué en 2010 est une réponse à cette crise des coûts. Il n'a pas radicalement modifié l'emprise du marché sur l'assurance santé, mais a modifié le fonctionnement de l'assurance privée qui s'est vue dans l'obligation de couvrir dix besoins essentiels à l'aide d'un panier minimal dans le but de limiter la sélection des risques.

L'une des mesures notables est l'interdiction faite par la loi aux assureurs de refuser d'assurer un client, quel qu'en soit le motif, et en particulier, du fait de son état de santé. Les barrières mises à la sélection des risques se sont aussi traduites par l'impossibilité de demander des primes supplémentaires pour raisons médicales, par un plafonnement des remboursements ou des règles nouvelles de résiliation du contrat qui empêchent d'invoquer des raisons liées à l'état de santé. L'ensemble de ces mesures s'inscrivent dans une perspective de réduction des coûts par l'accentuation de la concurrence, et la limitation de l'augmentation annuelle des primes d'assurance en demandant aux assureurs de justifier cette augmentation. Un dispositif fiscal a en outre introduit une taxe sur les contrats les plus chers nommés « *Cadillac Plans* », qui s'adressent généralement aux plus aisés dans le cadre de l'entreprise. L'objectif est que la qualité de la couverture puisse être mieux répartie sur l'ensemble de la population.

Cette volonté « d'orienter » le marché de l'assurance santé américain vers davantage de solidarité n'est pas nouvelle (Batifoulier et al., 2021). Elle traverse l'histoire du pays. Sa spécificité est de vouloir améliorer le système privé, plutôt que d'étoffer le système public. C'était le cas du projet Clinton en 1993-1994. C'est le cas de l'ACA qui s'inscrit dans une perspective politique de conversion du parti démocrate au marché et de meilleure maitrise des rouages parlementaires (Beaussier, 2016). La philosophie de la réforme repose sur la croyance qu'un marché régulé peut être plus efficient qu'un système public. Non seulement il conduit à davantage d'accès aux soins, mais (et peut-être surtout) il fait baisser les coûts des dépenses de santé. Cependant, dans la réalité, le système n'est pas seulement insoutenable socialement en excluant des soins une large partie de la population, il l'est aussi financièrement du fait de la hausse incontrôlée des prix (Gay & Sauviat, 2019; Parel, 2018).

Les Etats-Unis se retrouvent aujourd'hui dans une situation paradoxale. D'un côté, on assiste à un interventionnisme croissant notamment au nom de la solidarité envers les plus pauvres qui se traduit par une forte hausse des dépenses et de la réglementation. De l'autre, les dépenses de santé aussi bien privées que publiques explosent. Malgré cela les inégalités en santé sont toujours très fortes.

Ainsi si on compare, à partir des données de l'OCDE[145], l'évolution des dépenses de santé aux Etats-Unis entre 1995 et 2015, on constate qu'elles passent de 12.5 % à 16.9 % avec des niveaux respectifs de dépenses publiques et de dépenses privées de 5.8 % et 6.7 % en 1995 et 8.4 % et 8.5 % en 2015. Remarquons qu'entre 2007 et 2013, période de mise en place des réformes du président Obama on assiste à une augmentation d'un point des dépenses publiques de santé américaine c'est-à-dire la même augmentation qu'entre 1995 et 2007. Ces niveaux de dépenses font que les Etats-Unis sont le premier pays de l'OCDE en termes de dépenses totales de santé de santé loin devant des pays comme le Japon ou la France qui affichent des dépenses totales de l'ordre de 11 % du PIB. En outre, ces pays ont connu des augmentations plus faibles de leurs dépenses entre 1995 et 2007 alors même qu'ils ont connu un taux croissance du PIB plus faible que les Etats-Unis. Autrement dit, l'effet dénominateur a été moins important pour eux. Les Etats-Unis présentent en outre la particularité d'avoir le plus fort taux de dépenses privées de santé des pays de l'OCDE et le taux le plus dynamique au cours de la période avec une hausse de 1.21 point là où la majorité des pays ont connu une augmentation e l'ordre de 0.5 point (hormis la Corée du

[145] Le détail des données et des explications sur les dépenses de santé se trouvent dans le chapitre 1 du rapport de recherche sur la dépense publique (Abecassis, Da Silva, et al., 2016) que nous avons rédigé.

Sud et le Royaume-Uni). Ce haut niveau de dépense s'avère a priori particulièrement inefficace puisque les Etats-Unis sont un pays où les inégalités de santé se sont creusées malgré les réformes censées les réduire. Elles sont en partie expliquées par les difficultés de couverture des besoins de santé aussi bien en termes d'accès à la couverture que de niveaux de garantie des couvertures (Dickman et al., 2017). Le graphique ci-dessous (n°5.3) montre l'évolution des dépenses de santé par habitant en fonction du quintile de revenu. On remarque que les dépenses de santé repartent fortement à la hausse entre 1995 et 2013 avec une période de recul léger entre 2004 et 2013 pour les 20 % les plus pauvres. En outre, le prix des assurances privées a augmenté entre 3 et 4,5 fois plus vite que les revenus des Américains.

Le choix du marché pour couvrir la santé des Américains au nom de la réduction des coûts et l'amélioration de l'état santé en orientant mieux les choix des individus en matière de santé se révèle être un échec au regard de ces deux aspects. Les dépenses de santé ont augmenté et l'état de santé s'est globalement détérioré[146].

Graphique n° 5.3 – US health expenditures per capita, adjusted for inflation, by income group, 1963 to 2014

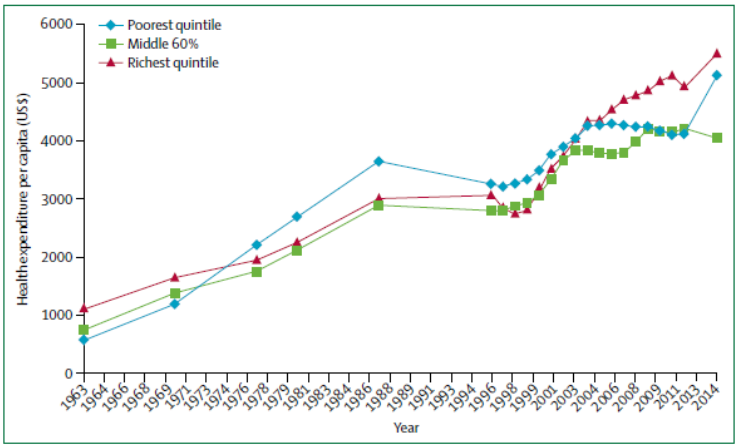


***Figure 2*: US health expenditures per capita, adjusted for inflation, by income group, 1963 to 2014**
Sources: Dickman and colleagues (2016);[42] and the Medical Expenditures Panel Survey[43,44] (for years 2013–14). Figures for 1996 to 2013 are 2-year moving averages; single-year figures are provided for 2014 to show the effect of the Affordable Care Act's coverage expansions in this year.

Source : Dickman et al., 2017, p.1434[147]

Le cas américain montre que les mécanismes de marché en matière de couverture sociale peuvent s'avérer à la fois inefficaces et inégalitaires. Les tentatives afin d'orienter le marché vers davantage de solidarité semblent largement insuffisantes, car elles entrent en contradiction avec la logique de rentabilité inhérente à toute forme de valorisation marchande. Les logiques commerciales de sélection des risques ou de calcul actuariel vont à l'encontre de l'objectif de solidarité. Le cas

[146] Entre 2012 et 2019 les principaux indicateurs de santé de l'OCDE pour les États-Unis ont soit stagnés soit ont reculés. En outre, les Etats-Unis est le seul pays de l'OCDE à avoir à la fois un fort niveau de dépenses de santé (le plus élevé) et un mortalité évitable élevée (OCDE, 2019b)

[147] Légende du graphique "Sources: Dickman and colleagues (2016);42 and the Medical Expenditures Panel Survey43,44 (for years 2013–14). Figures for 1996 to 2013 are 2-year moving averages; single-year figures are provided for 2014 to show the effect of the Affordable Care Act's coverage expansions in this year."

américain permet de mettre en évidence le caractère particulièrement inégalitaire des systèmes de couverture santé fondés principalement sur une logique marchande.

2.2. Le développement de l'AMC comme vecteur d'inégalité en France[148]

En raison des spécificités nationales du cas français en matière d'assurance santé, l'analyse menée dans le cas américain n'est pas transférable. La France et les Etats-Unis diffèrent, le premier pays relevant du payeur unique en matière d'AMO, là où le second implique une concurrence pour la mise en œuvre de la couverture santé principale des Américains. En France aussi pourtant, le développement de l'assurance santé privée avec l'AMC s'avère être un puissant vecteur d'inégalités ce qui entre en contradiction avec l'impératif social de santé.

En effet, pour le modèle économique canonique de l'assurance, la prise en charge du risque doit être rentable. La technique de mutualisation s'appuie sur le calcul de probabilités pour assimiler l'incertitude sur l'avenir à une notion de risque probabilisable et maitrisable. La mutualisation porte alors sur l'aléa individuel, et l'assureur va chercher à paramétrer le contrat d'assurance à partir des caractéristiques de l'assuré. Si la mutualisation est commune à toutes les formes d'assurance, obligatoire comme complémentaire, publique comme privée, la recherche de rentabilité lui donne une teneur commerciale (Batifoulier et Ginon, 2019). La contributivité qui est inhérente à cette conception s'exprime dans le principe de neutralité actuarielle et l'équivalence entre le reçu et le rendu.

Cette conception de l'assurance s'applique à toutes les formes de produits ou de comportements à assurer. En ce sens, l'assurance santé est un espace de lucrativité parmi d'autres. Cette conception est largement contestée en raison de l'objet même de cette activité : la protection de la santé des individus. Ainsi, l'assurance santé aurait pour certains, une nature différente de celle de l'assurance automobile ou de l'assurance habitation. La critique met également en avant les fonctions éthique et politique auxquelles doit répondre l'assurance santé. D'un point de vue éthique, le désir commun de repousser la mort le plus longtemps possible ou que chacun, quel que soit son revenu, ait accès aux soins pour participer à la vie sociale, oblige à couvrir les risques financiers liés à la maladie, indépendamment des risques individuels encourus par la personne. Or, les techniques utilisées par l'assurance privée, quand elles ne sont pas interdites, ont un fort penchant à œuvrer à la sélection des risques.

Le développement de l'AMC permet donc d'améliorer la couverture des soins, mais de manière inégale. En effet, si tout le monde a accès à la Sécurité sociale[149], tout le monde n'a pas accès à une complémentaire santé. Pourtant, le taux de couverture par une AMC a augmenté de 5 % ces dernières années, passant de 95 % en 2014 à 96 % en 2017 (Fouquet, 2020). Cette dynamique est remarquable, mais il restait encore entre 4 et 5 millions de personnes non couvertes – soit par une complémentaire (d'entreprise ou individuelle), soit par la CMU-C[150]. Les principales catégories

[148] Cette section repose principalement sur le chapitre d'ouvrage suivant : **Victor Duchesne**, Nicolas Da Silva, Chapitre 21 – Les complémentaires santé : plus chères et plus inégalitaires ? dans Batifoulier P., Del Sol M. (eds) (2022) Plus d'assurance santé pour moins de protection ? Le patient face au marché, Presses universitaires du Septentrion, collection « Capitalisme-éthique-institutions » à paraître

[149] En dehors du cas dramatique des personnes en situation irrégulière.

[150] Couverture maladie universelle complémentaire. Dispositif en vigueur à la date de l'étude.

de la population non couvertes sont les chômeurs (13 %), les inactifs (8 %) et les indépendants (5 %). L'analyse par tranche d'âge révèle que ce sont les 16-24 ans et les 25-34 ans qui sont les moins couverts, respectivement 8 % et 7 %. Parmi les personnes non couvertes, 30 % déclarent qu'elles n'ont pas souscrit à une complémentaire santé pour des raisons financières. Ces personnes disposent d'un revenu mensuel moyen inférieur de 700 euros à la moyenne française. Elles se déclarent souvent en mauvaise ou en très mauvaise santé (14 % contre 6 % dans le reste de la population).

L'avantage de la Sécurité sociale n'est pas seulement le fait qu'elle ne sélectionne pas à l'entrée, mais aussi qu'elle permet d'organiser une solidarité par classe de revenu qui n'existe pas avec les complémentaires (Jusot et al., 2017). Les études statistiques montrent qu'en raison du caractère progressif du financement de la Sécurité sociale, les plus aisés contribuent davantage que les plus pauvres. A l'inverse, les complémentaires santé et les restes à charge des ménages ne produisent pas de solidarité entre classes de revenus. En 2012, les 10 % les plus pauvres de la population contribuaient à hauteur d'environ 4 % de leur revenu au financement de la Sécurité sociale. La part de cette contribution était croissante du revenu : le cinquième décile de la distribution contribuait à environ 11 % de ses revenus, les 10 % les plus riches contribuaient à hauteur de presque 15 %. Concernant la contribution au financement des complémentaires santé, les 10 % les plus pauvres contribuaient à hauteur de 4 % tandis que les 10 % les plus riches contribuaient à hauteur de 1 % (en dessous de 4 % pour le cinquième décile de la distribution). De la même façon, la contribution au financement du reste à charge était décroissante du revenu : 2 % pour les 10 % les plus riches, 1 % pour le cinquième décile et moins de 1 % pour les 10 % les plus riches.

Pour ceux qui disposent d'une complémentaire, le sacrifice financier pour cet achat est très inégalitaire en fonction des revenus et de l'âge. D'après le rapport de la DREES (2019), *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties*, en 2012, le poids des dépenses de santé est plus élevé pour les plus démunis alors même que les ménages les plus aisés ont un reste à charge 1,7 fois supérieur. Les 10 % de la population aux revenus les plus faibles payaient en moyenne 950 € de primes de complémentaires et 250 € de reste à charge après complémentaire, contre respectivement 1 095 € et 540 € pour les 10 % les plus riches. Cependant, lorsque l'on rapporte la dépense de santé aux revenus, ce qu'on appelle le taux d'effort, le premier décile de la population consacrait 10 % de ces revenus à ces dépenses contre seulement 2 % pour le dernier décile. Le taux d'effort des 30 % les plus pauvres était supérieur ou égal à 6,4 %. Concernant les inégalités d'âge, le taux d'effort des 66 ans et plus était de 6 % à 7 % en moyenne, pour un taux d'effort tous âges confondus d'environ 3,5 %.

L'effort à réaliser pour acheter une complémentaire santé est plus élevé pour les plus pauvres, mais il est également bien moins rentable du point de vue de la qualité de la complémentaire (Jusot, 2014). En effet, si 96 % de la population bénéficie d'une complémentaire santé, il existe une forte hétérogénéité sur la qualité des contrats qui peuvent proposer des garanties très variables. En 2010, la quasi-totalité des contrats proposait le remboursement du forfait journalier et du ticket modérateur. Cependant, seuls 53 % d'entre eux prévoyaient le remboursement de dépassements d'honoraires (et dans une mesure variable). Florence Jusot rapporte ainsi que dans une enquête de 2010, seuls 50 % de la population interrogée considérait que leur complémentaire remboursait « plutôt bien » ou « très bien » les frais d'optiques et de spécialistes. Ce chiffre tombait à moins de 50 % pour les dépassements d'honoraires et pour les prothèses dentaires. Les meilleurs contrats

sont plus souvent les contrats collectifs qui sont associés à l'obtention d'un emploi de bonne qualité. Les personnes contraintes d'acheter des contrats individuels sont moins bien couvertes. Les inégalités se cumulent : les inégalités d'accès à l'emploi de qualité induisent une plus grande inégalité d'accès à une complémentaire de qualité – donc d'accès aux soins.

Toutes ces failles inscrites dans la structure des complémentaires santé doivent par ailleurs être replacées au sein du contexte particulier des problèmes de santé. Contrairement à une croyance populaire, la maladie ne frappe pas au hasard : elle choisit ses victimes. Il existe un gradient social de santé selon lequel les conditions de vie sont déterminantes sur la prévalence des maladies (Lang, 2014). Ce sont les personnes aux revenus les plus faibles qui connaissent les états de santé les plus dégradés. Non seulement elles connaissent une vie plus courte, mais aussi plus de problèmes de santé. Les inégalités de santé sont des inégalités sociales : plus on s'élève dans la hiérarchie sociale, plus la maladie s'éloigne du fait de meilleures conditions de vie : logement, travail, précarité, alimentation, etc.

Au total, les inégalités générées par les complémentaires santé renvoient à un paradoxe bien connu en santé publique, la loi de l'accès inversé (*inverse care law*). Selon Julian Tudor Hart (1971), la disponibilité des soins médicaux de bonne qualité tend à varier inversement aux besoins de la population. Le point central de cette analyse est le fait que lorsque les institutions marchandes s'emparent de la production et la distribution des soins elles ont tendance à proposer des contrats d'excellente qualité aux personnes qui peuvent les payer, mais qui n'en ont pas besoin d'un point de vue sanitaire, tandis qu'elles proposent des contrats médiocres aux personnes qui connaissent les besoins les plus grands. Les bienportants sont bien couverts, les malportants sont mal couverts. Si la publication de Hart date du début des années 1970, d'autres auteurs ont récemment montré la pertinence vivace de cette relation (Marmot, 2018; Watt, 2002).

3. Peut-on réconcilier l'irréconciliable ? Penser le couple marché/solidarité.

Comme on l'a vu, le développement d'une logique marchande dans la sphère de la santé génère des inégalités incompatibles avec les objectifs des pouvoirs publics. On se trouve alors confronté à deux logiques en apparence irréconciliables. D'un côté, l'Etat laisse se développer la logique marchande, en renforçant le rôle de l'AMC au détriment de l'AMO dans un contexte de déficit public qu'il cherche à limiter. De l'autre, le développement des inégalités dans la sphère de la santé, inhérent à la logique marchande rentre en contradiction avec ses propres principes visant à permettre l'accès aux soins pour tous. Aussi, l'Etat va-t-il chercher à imposer au marché de prendre en compte des impératifs de solidarité. Pour rendre compte de cette orientation, nous mobiliserons dans la dernière partie de ce chapitre la notion de « marché éduqué » à la suite du travail de Batifoulier et Ginon (2019) repris et développé par Batifoulier, Duchesne, Ginon (2021). En effet, si marché et Etat sont souvent vus comme des institutions opposées, voire antagonistes, nous montrerons au contraire qu'elles peuvent être complémentaires puisque l'Etat laisse se développer le marché tout en tentant de « l'éduquer » à la solidarité.

En effet, les pouvoirs publics ont facilité le développement du marché de l'AMC tout en cherchant à lui assigner de nouveaux objectifs sanitaires et sociaux. Grâce à des dispositifs juridiques, l'Etat a donc cherché à adapter le marché aux exigences de la santé publique notamment en l'amenant à une plus grande vigilance vis-à-vis des publics les plus précaires, mais également en évitant une

explosion des coûts pour l'ensemble de la population (3.1). Ce faisant on assiste à un changement de stratégie. Si au départ, les pouvoirs publics ont tenté d'instaurer une segmentation des risques entre AMO et AMC, progressivement l'AMC s'est, en partie au moins, substituée à l'AMO, tout en adoptant un objectif social de responsabilité. Le « marché éduqué » apparait alors comme un moyen de « policer » la mise en marché du secteur de la couverture complémentaire. (3.2). Dans ce cadre, l'appui sur l'analyse conventionnaliste, déjà mobilisée dans la première partie de la thèse, nous permettra de tenter de mieux cerner cette évolution. Nous montrerons ainsi que la logique marchande développée par l'AMC ne respecte pas les critères de normativité pour en faire une « cité ». Dès lors, pour faire face à la critique, le marché, s'il souhaite se développer doit adopter non seulement de nouvelles règles du jeu, mais également endosser les valeurs de solidarité traditionnellement dévolues à la Sécurité sociale (3.3).

3.1. La construction d'un « marché éduqué » par les dispositifs juridiques

Le recours à des espaces laissés au marché en matière de couverture des risques sanitaires n'est en soi pas nouveau, puisque dès 1947 les mutuelles ont été autorisées à prendre en charge les dépenses de santé non couvertes par la Sécurité sociale. Mais cet espace de prévoyance qui s'est constitué sous la forme d'un deuxième pilier, dit « complémentaire » au premier, s'est massivement déployé à partir des années 1990. Autrement dit, les assurances maladie complémentaires dont la figure juridique est bien ancrée dans le paysage sanitaire français agissent désormais de concert avec les régimes d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). La nouveauté se situe désormais dans la recherche quasi incessante des pouvoirs publics « d'adapter » ce marché à la réalisation des objectifs sanitaires et sociaux, qui étaient autrefois l'apanage de l'AMO.

On l'a vu, le recours au marché en matière de couverture sanitaire faire naître de nombreuses inégalités. En effet, il existe un antagonisme profond entre l'impératif de solidarité et la logique marchande[151]. Pour tenter de lever cette dichotomie, source potentielle de vives critiques, nous montrerons que l'Etat a tenté non seulement d'encadrer le marché, mais a également tenté de « l'éduquer » à la solidarité. Il s'agit à la fois de limiter les inégalités de santé socialement et moralement insoutenables et, dans le même temps, d'asseoir la logique marchande dans la sphère de la santé.

Mettre en œuvre un principe de solidarité au sein de l'AMC a nécessité une intervention protéiforme de l'Etat, à travers aussi bien du pouvoir réglementaire que de la création de mécanismes financiers de type incitatif. Permettre à différentes catégories de la population exclues, en raison de leur trop faible capacité à payer ou de leurs caractéristiques personnelles (âge, pathologie lourde, besoins spécifiques, etc.), de pouvoir entrer sereinement sur le marché de l'AMC, et ainsi souscrire un contrat complémentaire, tel est le constant défi auquel doivent répondre les pouvoirs publics. Autrement dit, il s'agissait de trouver, par tous les moyens, des mécanismes juridiques pour limiter, voire corriger, les effets négatifs d'exclusion induits par le fonctionnement attendu des règles applicables au marché de l'assurance. L'objectif est de rendre compatibles les techniques de l'assurance avec l'impératif de solidarité. Il fallait en quelque sorte

[151] C'est pour cela que dans le domaine de la santé nous choisissons de parler de logique marchande et non de cité marchande. Le raisonnement sera étayé plus loin

« faire comme si » l'AMC pouvait servir et réaliser les mêmes objectifs que l'AMO, tout en utilisant les mécanismes du marché applicables au secteur de l'assurance complémentaire.

Cela s'est traduit par un double mouvement : le législateur a cherché à couvrir toute la population en débutant par les plus précaires pour aller jusqu'à couvrir tous les salariés de droit privé, grâce à la généralisation de la couverture complémentaire santé. Dans le même temps, il a défini un panier de soins « *solidaire et responsable* » qui doit désormais bénéficier au plus grand nombre. On trouve alors dans l'ordre du droit deux grands types de dispositifs : ceux qui s'intéressent à l'accès au marché de l'assurance, et ceux qui traitent du contenu des dépenses prises en charge, c'est-à-dire ceux qui traitent des garanties contenues dans le contrat d'assurance.

En premier lieu, c'est l'identification d'une population dans l'incapacité d'acheter une couverture complémentaire santé qui a conduit les pouvoirs publics à multiplier les efforts en créant des dispositifs d'aides à l'achat de contrats d'assurance : CMU-C en 1999 auquel s'est ajouté le « chèque santé » avec l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS), et encore récemment avec la mise en place d'un dispositif fusionné de la couverture « Complémentaire Santé Solidaire » (CSS). Du point de vue de la gratuité de l'accès, ce dernier mécanisme est un peu différent des précédents, puisque désormais une partie de la population ciblée devra, pour être éligible et donc couverte, s'acquitter d'une participation financière « contributive » variable selon l'âge[152]. L'objectif affiché est de favoriser les personnes âgées modestes qui devraient pouvoir bénéficier d'une couverture complémentaire d'un montant environ de 1 euro par jour ainsi que les personnes handicapées bénéficiaires de l'ACS qui pourront désormais accéder à une prise en charge intégrale (et non partielle) de certains dispositifs médicaux spécifiques (fauteuils roulants, béquilles, sondes…). A ce mouvement ciblé d'aides à l'achat de contrats d'assurance, s'est ajoutée la loi de 2013 qui a, à l'inverse, généralisé l'accès à un contrat de couverture complémentaire santé à l'ensemble des salariés de droit privé. L'employeur est désormais tenu de prévoir une couverture complémentaire santé, pour laquelle des règles d'accès et de financement ont été élaborées. Cependant, pour protéger les individus en marge de l'emploi, les pouvoirs publics ont progressivement aménagé les règles de rupture des contrats de couverture complémentaire santé. On notera que des dispositifs spécifiques ont été ainsi adoptés pour les « sorties de contrats », sortie de groupe, mais aussi sortie des dispositifs aidés, avec des limitations tarifaires en faveur des retraités, mais la création de dispositifs de portabilité, voire des possibilités de maintien en faveur des chômeurs indemnisés.

En deuxième lieu, les pouvoirs publics se sont intéressés aux garanties offertes dans les contrats de couverture complémentaire santé. Des dispositifs ont même été progressivement créés pour déterminer le niveau des garanties et des prestations à couvrir. Le législateur a cherché à orienter les aides fiscales et sociales vers la souscription de contrats de couverture santé complémentaire « solidaires et *responsables* », en organisant un paramétrage de plus en plus fin des prestations et des niveaux de garanties offerts dans ces contrats (Ginon, 2017b). Différents « cahiers des charges » ont ainsi été élaborés pour déterminer un panier de soins minimal, accompagné de

[152] Cette participation financière s'élève à 8 euros par mois pour les assurés âgés de 29 ans et moins, à 14 euros par mois pour ceux âgés de 30 à 49 an, à 21 euros par mois pour les 50-59 ans, à 25 euros par mois pour les 60-69 ans et à 30 euros par mois pour les 70 ans et plus.

limitations tarifaires, et même de plafonds de prise en charge. Les opérateurs de l'AMC sont ainsi incités à proposer des contrats responsables « socles », qui comprennent un panier de soins minimum déterminé par le pouvoir réglementaire. Ces « cahiers des charges » fixent alors un niveau de garanties obligatoires : prise en charge du ticket modérateur pour les consultations chez un professionnel de santé, de certains médicaments ou encore d'analyses médicales et de prestations de santé publique, etc. Les équipements d'optique et l'achat de certains matériels dentaires et auditifs font partie du panier de soins 100 % Santé pour lesquelles les restes à charge doivent être intégralement couverts.

L'AMC doit ainsi participer à l'effort de couverture de tous, sans mettre en place un « *marché des pauvres* », dans lequel pourraient primer les objectifs commerciaux avec des couvertures dégradées ou *low cost*. Couvrir l'ensemble de la population à l'aide d'un socle de garanties, tel est désormais l'objectif « partagé » de l'AMO et de l'AMC, cette dernière devant parvenir, dans l'espace libre du marché, à corriger les effets sélectifs de ce dernier. L'accès de tous à une offre d'assurance ainsi que la baisse du niveau des restes à charge sont des objectifs désormais communs à toute offre d'assurance qui s'imposent à tous les opérateurs de la couverture santé, qu'ils interviennent dans l'AMO ou dans l'AMC. Cette adhésion à des valeurs communes ne va pourtant pas de soi et imprime désormais, au sein du marché, des valeurs inédites d'égalité et de solidarité.

L'assignation d'un objectif social à l'AMC ne vise pas uniquement les patients les plus précaires, mais concerne désormais l'ensemble des patients. Le souci de limiter le renoncement aux soins en améliorant la couverture des frais de santé (réduction du reste à charge) a conduit à l'adoption de nombreux dispositifs juridiques. Ces dispositifs qui présentent la particularité inédite de chercher à s'adapter aux évolutions du marché et à la demande sociale, se font en outre de façon de plus en plus précis. Les pouvoirs publics ont en effet opté pour la création de listes « quasi millimétriques » de détermination des dépenses remboursables dans les contrats responsables. Ces listes définissent chacun des paramètres de l'offre d'assurance (sauf le prix et hors (CSS) qui sera éligible à la qualification de « *contrats solidaires et responsables* » : tarifs de remboursement, liste des dépenses de santé à couvrir ou à exclure de la garantie, niveau de garantie, prix plafonnés, etc. sont autant d'indicateurs que livrent désormais les cahiers des charges des « *contrats responsables* ». Ainsi par la mise en place de ces outils, les pouvoirs publics veillent à ce que le marché de l'AMC garantisse un niveau de couverture qu'ils estiment satisfaisant au regard de la prime ou de la cotisation payée par les assurés. La solidarité nationale s'exprime désormais non pas par des transferts ou des prises en charge par l'Etat, mais par l'incitation à ce que l'ensemble des assureurs se comportent selon une « norme » définie par avance. Cette norme qui est estimée « juste » (au sens de justice et justesse) parce qu'elle cherche à introduire un rapport de proportionnalité acceptable entre le niveau de couverture acheté et le montant que doit débourser l'assuré pour son assurance. Le droit n'y est qu'incitatif dans la mesure où il n'entrave pas la liberté des opérateurs de l'AMC qui gardent toujours la possibilité de construire des offres différentes, des contrats d'assurance « non responsables » (*cf.* chapitre 6), mais il cherche néanmoins à orienter la production des contrats d'assurance vers des offres solidaires et responsables.

C'est la loi de 2004 dite loi Douste-Blazy du nom du ministre qui la porte qui a fait du contrat responsable, l'alpha et l'oméga des mesures visant à orienter le marché vers davantage de solidarité. Cette loi instaure le dispositif de « médecin traitant » (ou parcours de soins coordonnés) qui oblige chaque assuré à passer d'abord par son « médecin traitant » avant d'aller consulter un

« médecin correspondant ». Si le patient décide de consulter un médecin sans passer par son médecin traitant, il subit une pénalité sous forme d'un accroissement du ticket modérateur qui passe pour une consultation médicale de 30 % à 70 %. En prenant le tarif de la consultation médicale de 2021, le non-respect du parcours de soins coûte 10 euros par consultation (16.50 euros - 6.50 euros[153]). Mais ce dispositif n'a aucune effectivité si les assurances privées remboursent le malus. C'est d'ailleurs leur raison d'être que de rembourser le ticket modérateur.

La loi introduit alors « un ticket modérateur d'ordre public » qui ne peut pas être remboursé par les AMC. Les AMC sont fortement incitées à ne pas le faire par de fortes déductions fiscales[154]. Les contrats doivent donc être responsables au sens de la responsabilité des assureurs pour qu'ils relaient la politique publique. La réforme de 2004 associe les organismes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie. La maitrise de la contrainte budgétaire passe désormais par une collaboration avec les organismes complémentaires. Ce dispositif donne un rôle nouveau à l'assurance maladie complémentaire qui doit dorénavant appliquer la même politique que l'assurance maladie obligatoire [Ginon A.-S. (2005). La mission historique des AMC était de compenser les réductions de couverture de la Sécurité sociale. Dorénavant, leur nouvelle attribution consiste à garantir les objectifs fixés par l'Etat. Depuis la réforme de 2004, les contrats responsables se sont étendus et se sont nourris de l'idée selon laquelle ils pourraient participer à la réalisation d'objectifs de santé publique.

L'idée n'était pas uniquement d'empêcher des prises en charge excessives ou jugées inappropriées par les contrats d'assurance, mais aussi de favoriser le remboursement de certaines dépenses jugées « utiles ». Les garanties offertes dans les contrats d'assurance devaient « faire sens ». Ainsi, les dépenses couvertes devaient être au service de dépenses respectueuses des objectifs sanitaires et sociaux, fixés par la puissance publique. Progressivement, les textes se sont enrichis d'un « ordre public incitatif » (Borgetto & Lafore, 2019) qui est allé jusqu'à définir positivement une liste et un niveaux de garanties, comme des exclusions de prises en charge souhaitables (les dépassements d'honoraires, les franchises médicales), ainsi que des prestations positives pour répondre aux besoins sanitaires de la population. S'il est certain que l'un des objectifs du « contrat responsable » est de lutter contre le nomadisme médical (c'est l'un des objectifs affichés de la réforme du médecin traitant), le dispositif entend faire adhérer l'AMC aux valeurs portées par l'AMO. Les assureurs sont incités financièrement (par des déductions fiscales) à être responsables et à suivre les recommandations du législateur. Ils sont incités à ne pas couvrir certaines dépenses au nom de la quête de responsabilité du patient et sont en même temps associés à la prise en charge de certaines dépenses qui sont jugées « utiles ». Le secteur de l'AMC apparait donc comme profondément transformé : il doit être au service d'objectifs d'intérêt général similaires à ceux portés par l'AMO (Ginon, 2017a). Et parce que cette adhésion aux valeurs du service public n'est pas naturelle pour le marché, elle est désormais incitée, et même dans certains cas, obligée (lorsqu'il s'agit par exemple de couvrir collectivement des salariés dans une entreprise).

A cette complémentarité entre l'AMO et l'AMC dans les objectifs poursuivis, s'ajoute également une substitution de l'AMC à l'AMO dans la réduction du reste à charge. En effet, les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie se sont vus doter d'outils de gestion du panier de soins

[153] 16.5 euros = 70 % de 25 euros de consultation
[154] En particulier, l'exonération de la taxe spéciale de 7 % due sur les contrats d'assurance maladie.

remboursés (notamment pour solvabiliser les pratiques tarifaires excessives). Cette stratégie de substitution est pleinement mise en œuvre dans le cadre de la politique du « reste à charge 0 » (ou 100 % santé) sur laquelle nous reviendrons dans le chapitre 6. Alors qu'historiquement les deux assurances maladie s'opposaient, désormais elles se cumulent en matière de couverture des frais de santé. Le niveau de couverture des dépenses de santé contre lequel on s'assure aujourd'hui est en fait la somme des dépenses prises en charge par les deux techniques de mutualisation, aussi bien la partie AMO que la partie complémentaire issue de l'AMC.

Au total on retiendra combien les opérateurs de l'AMC ont été invités à participer à la réalisation d'impératifs sociaux tenant au respect des exigences d'égalité et de solidarité, jusqu'ici traditionnellement portées par l'AMO. L'accès de tous aux soins comme le devoir de faire un usage responsable des ressources collectives sont en effet inscrits dans les principes législatifs de l'AMO[155]. Les pouvoirs publics cherchent à la fois à bénéficier de la responsabilisation du consommateur induite par les règles du marché, mais aussi à « responsabiliser » le marché lui-même. En effet, si le marché peut responsabiliser théoriquement les consommateurs, il doit également corriger son propre logiciel pour devenir « socialement responsable ».

3.2. Accompagner le développement du marché de l'assurance santé par la poursuite d'un objectif social de responsabilité

En se développant le marché, de l'Assurance santé va tenter de répondre aux critiques auxquelles il fait face. Alors que la stratégie initiale des pouvoirs publics et des opérateurs d'AMC repose sur une segmentation des risques entre AMO et AMC, on assiste à une nouvelle orientation qui tend à un développement de l'AMC au détriment de l'AMO tout en lui imposant de respecter un impératif de solidarité.

L'instauration en France de dispositifs de *«* marché éduqué *»* est un témoignage de la conversion des Gouvernements aux théories du marché. Les intérêts des assureurs privés à but lucratif sont portés par le patronat qui affiche son hostilité au monopole de la Sécurité sociale, et revendique le droit pour l'assurance complémentaire d'intervenir dès le premier euro de remboursement (voir Pierru, 2007). Les intérêts des assureurs ont trouvé un relais dans le monde de la recherche académique pour diffuser une culture de l'assurance favorable à la responsabilisation financière du patient ainsi qu'au retrait de l'État social (Ewald & Kessler, 2002). Ces relais rencontrent d'autres traditions politiques ou cercles d'intérêts qui prônent eux aussi la réforme ou le retrait de l'Etat social.

De telles conceptions, qui s'expriment de longue date, ont été relayées par des économistes de la santé à forte audience, principalement dans le sillage de la *Toulouse School of Economics* (TSE)

[155] V. art L. 111-1 : « la Sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale », et l'art. L. 111-2-1 « La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale. La protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection. L'Etat, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire. En partenariat avec les organisations représentatives des professionnels de santé et les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du CSP, les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent, dans les conditions prévues à l'article L. 1411-2 du CSS, à la mise en œuvre de la politique nationale de santé définie par l'Etat. Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie ».

qui développent une approche cherchant à identifier les dispositifs optimaux pour inciter l'assuré à réduire son recours aux soins (Batifoulier, 2015b). Ces options théoriques occupent une position hégémonique, et apparaissent fréquemment dans les notes et rapports du Conseil d'Analyse Economique (CAE), comme le souligne Angeletti (2009), de façon « *à clôturer les bornes du débat économique légitime et les termes dans lesquels celui-ci peut être investi* ».

En France, l'accent est moins mis sur la non-assurance que sur le problème de la multi-assurances : le fait que l'assurance complémentaire s'ajoute à la Sécurité sociale est de nature à détruire toute incitation à l'effort. Le ticket modérateur n'atteint pas ses objectifs s'il est pris en charge par les assurances complémentaires. Une telle position est clairement exprimée par Jean-Jacques Laffont, l'un des fondateurs de la TSE, selon lequel : « *il est important d'empêcher les individus de souscrire une assurance complémentaire qui détruirait toutes incitations à l'effort. C'est pourtant ce que l'on laisse faire pour l'assurance maladie* » (Laffont, 1998, p.1498).

L'assurance santé privée est alors critiquée parce qu'elle s'inscrit dans la continuité de l'assurance publique. Son caractère « complémentaire » est peu propice à « responsabiliser » le patient si les tickets modérateurs, les forfaits, ou encore les franchises médicales et les dépassements d'honoraires sont pris en charge par les assurances privées. De plus, l'existence pour les mêmes soins d'une AMO et d'une AMC est perçue comme coûteuse dès lors qu'elle duplique les frais de gestion. Le mot d'ordre est donc d'organiser la séparation des prises en charge. Une solution simple serait de supprimer un type d'assurance, l'assurance publique versus l'assurance privée. Si le monopole d'une assurance privée est parfois considéré comme la meilleure solution (Jeancourt-Galignani, 2014), elle présente des coûts politiques et sociaux trop importants.

Une option fréquemment étudiée réside dans la séparation des risques, dans l'opération de partage entre un « petit » et un « gros » risque. Cette césure permettrait de distinguer l'opérateur en charge du remboursement en fonction du degré de gravité du recours aux soins. Le « petit » risque correspondrait ainsi aux soins les plus courants qui sont par définition les moins coûteux, mais les plus réguliers, avec une plus forte probabilité d'occurrence. Ce « petit » risque présenterait l'avantage d'être à portée de mains des individus aussi bien financièrement qu'en termes de prise de décision. Il serait donc pris en charge par l'AMC, et devrait être la cible des déremboursements de l'AMO. Pour sa part, le « gros » risque correspondrait aux soins exceptionnels qui sont à l'inverse plus coûteux et plus rares. On pense ici à l'hospitalisation d'urgence ou aux pathologies lourdes. Plus éloigné des choix individuels, ce risque justifierait une prise en charge collective par l'AMO. Cette distinction, concrètement difficile à mettre en œuvre[156], a cependant bénéficié périodiquement de nombreux relais politiques trouvant même sa place dans la littérature grise (rapport Nora et Naouri en 1979, rapport Chadelat en 2003).

On trouve aussi cette distinction entre les catégories de risques dès les premiers débats au moment de la mise en place de la Sécurité sociale afin d'en réduire déjà son périmètre de couverture pour ne viser que les plus vulnérables (Batifoulier et al., 2019). La segmentation du marché conduit à

[156] La séparation des risques est problématique, car il existe de multiples définitions du gros risque à protéger et parce que la frontière entre petit risque et gros risque n'est pas étanche. La distinction combine des critères de sévérité de la maladie (premier recours *versus* hôpital ou ALD) comme des critères financiers (les plus modestes ne peuvent pas financer leurs soins, y compris de premier recours). Le petit risque peut aussi devenir grand s'il n'est pas traité à temps (Batifoulier, 2014)

restreindre le champ de l'AMC à un ensemble de risques non couverts par les déremboursements successifs et la réduction du panier de soins pris en charge par l'AMO. Loin d'être un inconvénient pour l'AMC, cette stratégie lui permet de faire sortir de son périmètre les clients les moins rentables. La polarisation du marché de l'AMC tend à faire augmenter le reste à charge pour les soins courants tandis qu'il lutte contre le reste à charge des soins les plus lourds (Tabuteau, 2013).

La déconnexion juridique des paniers de soins (Abecassis et al., 2017 ; Ginon, 2014) s'accompagne de dispositifs incitant les assureurs à couvrir ce que ne veut pas ou plus rembourser l'AMO. C'est le cas notamment des dépassements d'honoraires dont on sait qu'ils sont l'une des premières causes d'inégalités d'accès aux soins[157]. Les dépassements d'honoraires sont en effet le royaume de l'AMC puisqu'ils interviennent au-delà du tarif de la Sécurité sociale. Les pouvoirs publics ont tenté de contrôler leur développement en cherchant d'abord à inciter les médecins à davantage de solidarité (faire reconnaitre un taux de dépassement d'honoraires abusif, de l'ordre de 150 % du tarif de la Sécurité sociale, inciter fiscalement les professionnels à la modération, etc.). Mais ils ont aussi mobilisé l'AMC pour qu'elle prenne en charge les dépassements en encourageant la prise en charge contractuelle, optionnelle pour l'assuré. Les dépassements d'honoraires combattus, au moins en apparence, sont légitimés par l'organisation de leur prise en charge, par l'AMC. La dispense d'avance des frais pour les plus modestes proscrit en théorie le dépassement d'honoraires. L'idée de mettre en place des contrats labellisés pour les bénéficiaires de l'ACS devait en principe limiter le coût engendré par d'éventuels dépassements, en particulier pour les soins dentaires[158].

La segmentation des risques renforce ainsi le besoin d'une éducation du marché à la solidarité. Si l'AMC obtient de plus en plus le monopole sur le financement de certains soins ou services, il devient impératif de chercher à en limiter ses effets, spécialement les plus pervers.

C'est le cas pour les dépassements d'honoraires, mais aussi pour ce qui relève de l'ensemble des soins hors panier responsable. L'AMC est invitée à prendre en charge toute une panoplie de soins et de services qui relève de la qualification de « prestations de confort » pour l'AMO ou dont le service médical rendu a été jugé faible, voire modéré par la Haute Autorité de Santé (HAS) : le séjour dans une chambre individuelle à l'hôpital, la consultation de médecines non conventionnelles, les dépenses d'homéopathie ou encore la réalisation de certains services liés au sport ou à l'activité physique, etc. De telles prestations ne sont pas condamnées ou interdites par le législateur. Mais elles n'entrent pas dans le panier de soins remboursable de l'AMO. Elles ont naturellement vocation à être prises en charge par la seule AMC qui est en mesure d'offrir des services « sur mesure », de répondre à des demandes différentes ou à des besoins différenciés des assurés. L'AMC se retrouve ainsi en position de monopole pour décider des prestations admises dans son système de prise en charge. Ces nouvelles opportunités sont de nature à accroitre le périmètre du marché.

C'est dans cet esprit que les assureurs privés peuvent également conclure des conventionnements (qui reposent sur une logique de contractualisation) avec les opticiens, les chirurgiens-dentistes ou encore les audioprothésistes ainsi qu'avec certains établissements de santé pour la partie

[157] Selon les chiffres du Haut Conseil de l'assurance maladie en 2012, 10 % des patients ont supporté un reste à charge d'au moins 2 090 euros dont 50 % est imputable aux dépassements d'honoraires.

[158] V. Art. L861-3 du CSS.

hébergement de l'hospitalisation. Ce conventionnement cible les postes de soin dans lesquels la participation de la couverture complémentaire est supérieure à celle de l'AMO. La loi autorise ainsi les opérateurs privés à faire des différences sur les niveaux des prestations et de remboursement quand l'assuré choisit un prestataire de soin ou un établissement avec lequel son organisme complémentaire a conclu une convention (conventions dites de « réseaux de santé »). L'assureur privé va ainsi pouvoir aiguiller le patient, l'orienter dans ses choix de soins et l'inciter à consulter des professionnels de santé avec qui il a contracté. Sur ce terrain, l'AMC va ainsi pouvoir développer des parts de marché nouvelles sans entrer en « concurrence » avec l'AMO.

En cherchant à « policer » le marché, les pouvoirs publics ont, en creux, renforcé la place de l'assurance complémentaire. Et s'il y a moins de réticences au développement du marché, c'est parce qu'on a cherché à en lisser les effets les plus pervers. Le « marché éduqué » rend donc l'AMC plus « présentable ». Elle peut ainsi s'étendre au-delà de ses domaines historiques de prédilection et porter le développement du marché dont le chiffre d'affaires a augmenté de 118 % en 15 ans (37 milliards d'euros en 2017 contre 17 en 2001).

3.3. Justifier la mise en marché : une analyse conventionnaliste[159]

Le recours à l'analyse conventionnaliste, déjà mobilisée dans la première partie de la thèse, permet selon nous de mieux comprendre pourquoi, en matière de santé, le marché accepte d'être « éduqué » pour tenir compte des valeurs de solidarité.

On l'a vu, la logique marchande trouve son origine dans le tournant néolibéral des années 1980 : c'est la contrainte budgétaire qui met en avant l'impératif de responsabilité individuelle. La santé est alors considérée comme un capital qu'il faut entretenir ou faire fructifier au même titre qu'un capital financier. Il en découle une logique de responsabilité individuelle : chacun est responsable de son capital financier qu'il peut faire fructifier, les individus sont responsables de leur capital santé qu'ils doivent entretenir (Grossman, 1972)[160]. Si cette conception marchande de la santé fait l'objet de nombreuses critiques, elle ne cesse de se développer (Batifoulier, 2014; Batifoulier & Domin, 2015). Notre hypothèse est que le financement de la santé via les complémentaires, pour résister à la critique, se drape du registre de la justification marchande décrit par Boltanski et Thévenot. Autrement dit, si la politique instrumentale trouve son fondement dans les économies budgétaires qu'elle permettrait de réaliser, encore faut-il qu'elle apparaisse comme justifiable, légitime, aux yeux des individus.

Or, comme nous l'avons vu précédemment, le processus de justification repose dans l'analyse conventionnaliste sur le modèle des économies de la grandeur (« cités »). Le modèle des cités (Boltanski & Thévenot, 1991) propose un cadre d'analyse fondé sur les principales philosophies

[159] Section adaptée de l'article suivant : Philippe Batifoulier, Louise Braddock, **Victor Duchesne**, Ariane Ghirardello, John Latsis (2021), Targeting 'lifestyle' conditions. What justifications for treatment? Historical Social Research, vol.46, n°1.

[160] Dans l'approche du capital santé (Grossman, 1972), chaque individu est doté à la naissance d'un stock de santé, sujet à dépréciation, mais qui est capable d'être amélioré ou maintenu par des investissements sanitaires. L'individu gérant jusqu'à sa mort l'obsolescence biologique, cherchera à déterminer, tout au long de son cycle de vie, son stock désiré de santé, sous contrainte de revenu et de temps. Dans cette perspective, il va investir en soins sur le marché des services médicaux pour être performant au travail et accroitre son revenu.

politiques occidentales modernes en identifiant les principes supérieurs communs sur lesquels reposent les justifications des individus. Ces principes sont jugés légitimes dans la mesure où ils respectent six axiomes qui permettent d'assurer un principe d'équivalence entre eux et d'avoir une portée générale.

La politique instrumentale de la santé qui induit le développement de l'AMC semble, tout au moins en apparence, respecter cette axiomatique déjà présentée dans la première partie de la thèse. **L'axiome de commune humanité (a1**), est respecté en ce sens où les hommes, qui ne peuvent pas faire l'objet d'un échange marchand, ont tous le même droit à la santé quand bien même ils seraient accusés d'être à l'origine de leur pathologie du fait de leur comportement individuel. **Le principe de dissemblance (a2)** peut s'interpréter comme la prise en compte de différences d'état de santé initial justifiant le cas échéant différentes prises en charge : la responsabilisation individuelle pour les uns, la bienveillance collective pour les autres. **Le principe de commune dignité (a3)** peut se traduire par le fait que chacun peut améliorer son capital santé ce qui lui confère « une puissance identique d'accès à tous les états ». **Le principe d'ordonnancement (a4)** suppose que chaque état est ordonné : il va de soi que le fait d'être en bonne santé peut être associé au fait d'être « grand ». A l'inverse sera considéré comme « petit » celui en mauvaise santé. **La formule d'investissement (a5)** est respectée dans le sens où la bonne santé des grands est liée à un investissement, un effort, une responsabilité individuelle. Enfin **le bien commun (a6)** est entendu comme le principe où le bien-être des grands doit profiter à tous : l'amélioration du capital santé des uns profite à tous et notamment aux petits (en mauvaise santé) dans la mesure où par leur gestion avisée ils solliciteront moins la dépense collective de santé et atténueront donc la pression de la contrainte budgétaire sur la détermination des politiques de santé.

Toutefois, il convient de noter que si la responsabilité individuelle justifie l'absence de prise en charge au cours de la vie d'une partie de la population en raison de leurs comportements individuels, lorsque la conséquence ultime de la maladie apparait, cette même responsabilité individuelle disparaît. La thématique de la responsabilité est annulée quand la maladie devient sérieuse et engage le pronostic vital. Par exemple, on peut justifier qu'un individu n'est pas remboursé pour soigner son obésité dont il sera tenu pour responsable. En revanche, l'amputation et l'appareillage de la jambe qu'il va subir à cause du diabète déclenché par cette obésité vont l'être (Batifoulier, Braddock, et al., 2021). Ce basculement de la responsabilité vers la bienveillance ou la solidarité est indispensable si on veut suivre le principe de commune humanité qui ne tolèrerait évidemment pas de laisser mourir ceux pour qui la responsabilité individuelle serait inopérante. Pourtant si l'on suit la théorie économique standard et l'approche instrumentale qui portent l'idée de responsabilité individuelle, on devrait laisser ces personnes mourir. On devrait d'autant plus le faire que le coût de la santé se concentre en fin de vie ou au moment des épisodes critiques de l'existence. Ainsi, si on envisage les conséquences ultimes de la maladie, la perspective d'économies budgétaires est socialement insoutenable, car elle implique de laisser mourir ses semblables.

Pourquoi est-il impossible de passer le « tabou de la mort » alors même que ça serait rationnel de le faire (Tirole, 2013) ? Le caractère sacré ou socialement central de la santé est indéniable dans nos sociétés occidentales contemporaines. Ceci implique bien que la logique instrumentale ne s'appuie pas uniquement sur un objectif économique de réduction de la dépense publique, mais également sur des principes de justice indispensables quand on touche aux questions de la santé

qui constitue un bien premier naturel selon la terminologie de Rawls. C'est pour cela que le principe de responsabilité individuelle n'est pas pleinement appliqué. C'est par renoncement à la mise en œuvre de ses propres principes que la responsabilité individuelle peut, en veillant à ne pas heurter le principe de commune humanité, espérer résister à la critique et donc perdurer.

De la même façon, si le principe de commune dignité est respecté, ce n'est qu'en apparence et aux dépens d'une distorsion évidente. En admettant que les plus vulnérables bénéficient à la fois des bienfaits de la responsabilité individuelle et d'une prise en charge de leur pathologie par le biais de ressources collectives, il n'est absolument pas certain que ceci leur permettra d'accéder au statut de « grands ». En effet, les états de santé ne dépendent pas uniquement des pratiques individuelles, mais également des facteurs sociaux et de contingences inéluctables. Par exemple, s'il est admis qu'il existe un diabète de type 1 qui relève des maladies auto-immunes, il est désormais acquis que l'obésité peut avoir des fondements héréditaires et/ou génétiques. Parce qu'un certain nombre de ces pathologies sont incurables, le principe de commune dignité se trouve limité.

C'est pourquoi nous soutenons la thèse que la logique de responsabilité individuelle, si elle mobilise la grammaire de justification marchande, ne constitue pas pour autant une « cité ». En effet, en matière de santé, la seule logique de contrainte budgétaire ne peut être une justification suffisante.

Suivre la logique marchande jusqu'au bout reviendrait à rejeter la faute de la maladie sur les malades eux-mêmes. C'est une conception bien pauvre de la légitimité qui, loin de mener à l'égalité des hommes, contredit à la fois le principe de dissemblance, qui suppose d'accepter l'altérité de tous quel que soit son état de santé initiale et ses capacités individuelles, et le principe de bien commun difficilement compatible avec le fait de « blâmer » les petits en déresponsabilisant le collectif. La santé ne peut être vue comme un simple capital à faire fructifier. Là où les inégalités sociales de patrimoine économique peuvent être potentiellement dépassées par l'accumulation de richesses, celles liées à la santé ne pourront jamais l'être. La santé ne s'accumule pas. Au mieux elle se préserve. Ainsi une inégalité de naissance ou de position acquise à un moment donné de la vie suite à un accident ou un défaut de soin peut difficilement se rattraper. La mauvaise santé a des influences sur toutes les sphères de la vie économique et sociale.

La montée des inégalités avec le néolibéralisme, et l'apport des travaux en sciences sociales montrant l'existence d'un gradient social des états de santé soulignent que la logique marchande, appliquée à la santé, ne parvient pas à constituer une cité. Cependant, comme l'ont montré différents travaux conventionnalistes, la stabilité d'une convention peut aller de pair avec le maintien d'un certain niveau d'inégalités, voire d'injustice. Les travaux autour du concept de « mauvaise convention » (Batifoulier, 2015a; de Larquier, 2016; Larquier & Batfoulier, 2005) mettent en avant le fait que certaines conceptions ou idées acquièrent un statut conventionnel alors même qu'elles font l'objet de dénonciation en raison de leur inefficacité ou de leur caractère injuste. De la même façon, les pratiques discriminatoires peuvent être fondamentalement injustes, mais perdurer (Ghirardello, 2019).

En matière de santé, l'argument de la responsabilité individuelle qui sous-tend l'orientation marchande des politiques de santé réussit à incorporer la critique pour perdurer. Ceci permet de comprendre pourquoi la logique marchande demeure alors qu'elle laisse subsister des inégalités sociales. Cette force tient plus alors d'un processus de légitimation que de la légitimité.

Ceci permet également de comprendre pourquoi le marché accepte d'être « éduqué » par l'Etat. En effet, la logique marchande, quand elle s'applique à la sphère de la santé doit accepter, pour perdurer de composer avec certaines contraintes, certaines limites. L'Etat apparait alors comme un acteur essentiel supposé réguler le marché. Cette conception de l'Etat est ancienne, et il est traditionnellement admis, y compris dans la tradition libérale, que l'Etat puisse venir encadrer le marché notamment pour éviter des situations de monopole ou pour corriger des externalités négatives. En matière de santé, ceci va néanmoins plus loin. Il ne s'agit pas uniquement d'imposer au marché certaines règles, mais de l'amener à prendre en considération des valeurs qui lui seraient spontanément étrangères. Cette prise en compte des valeurs non marchandes par le marché est acceptable puisque nécessaire à son propre maintien. Or, les acteurs de l'AMC ont bien compris l'intérêt lucratif à investir la sphère de la santé quitte à accepter de porter les objectifs de solidarité.

Conclusion

Le développement de l'AMC, non plus seulement à côté de l'AMO, mais également à la place de l'AMO est à la fois un processus justifié économiquement par la politique d'austérité, mais également un processus qui fait naître de fortes inégalités sociales. Pour tenter de justifier le développement de la logique marchande dans la sphère de la santé, les pouvoirs publics ont ainsi tenté d'encadrer le marché non pas uniquement par des règles, mais par des valeurs, en particulier les valeurs de solidarité jusque-là exclusivement portées par la Sécurité sociale. Un tel projet peut être jugé positivement s'il permet d'introduire davantage de justice sociale. Mais il permet surtout d'atténuer les critiques à l'encontre de la logique d'assurance quand elle s'applique à la santé. Avec l'éducation du marché à la solidarité, la hausse des coûts et l'accentuation des inégalités apparaissent davantage soutenables.

Ceci souligne également que la mise en œuvre du marché de la théorie économique standard s'avère être complexe. Le marché de la réalité n'est pas aussi parfait que celui de la théorie économique. L'idée de « marché éduqué » développée ici permet de mettre en évidence cette complexité inhérente à un processus de mise en marché, ou marchéisation, d'un secteur économique, ici celui de la couverture santé complémentaire. Elle permet aussi de saisir à la fois la dimension socialement construite des marchés, largement étudiée en sciences sociales, et de faire un parallèle avec les évolutions de la théorie économique standard vers la théorie économique standard étendue (Favereau, 1989).

L'idée de solidarité prend un sens nouveau avec le « marché éduqué ». Elle n'est ni celle portée par la mutualité ni celle portée par la Sécurité sociale. Pourtant elle existe et est portée par l'Etat social. A rebours des thèses autour de la disparition de l'Etat social nous faisons l'hypothèse que l'Etat est toujours porteur d'une solidarité, mais une solidarité à la fois transformée et porteuse des mécanismes de marché. Le « marché éduqué » développé dans le cadre de l'AMC permet ainsi à l'Etat de faire croire qu'il est possible de concilier ses objectifs néolibéraux et l'impératif social de solidarité en ce qui concerne la santé (Batifoulier et al., 2020). Cette nouvelle solidarité n'est pas le fruit du « marché éduqué », qui n'est ici qu'un moyen, mais bien celui de l'Etat qui met la solidarité au service du marché. On voit ainsi se dessiner l'aboutissement du processus d'étatisation de la solidarité en matière de santé et de la protection sociale, engagé depuis les années 1960.

Si le « marché éduqué » est une invention du néolibéralisme, son statut reste obscur. Il peut exprimer les contradictions à l'intérieur de l'appareil d'Etat. L'Etat n'est pas une entité homogène et peut être « en même temps » traversé par différentes logiques contradictoires. Le « marché éduqué » reflète alors d'un côté l'affirmation de la primauté du marché et son extension à tous les domaines de la vie sociale et de l'autre l'affirmation de l'exigence de solidarité à laquelle doivent se soumettre les intérêts privés. Des acteurs différents au sein de l'appareil d'Etat peuvent se faire les porte-paroles de ces points de vue différents. Les ministères sociaux sont davantage soucieux de la primauté de la logique de la solidarité alors que le ministère des Finances est guidé par la maitrise les comptes publics. L'Etat est lui-même un champ de bataille (Poulantzas, 2013) et la « main droite » de l'Etat doit composer avec sa « main gauche » (Bourdieu, 2012). Le « marché éduqué » serait donc un témoin de l'existence d'une lutte à l'intérieur de l'appareil d'Etat. Exporter les valeurs de la Sécurité sociale vers le marché serait alors un témoignage de la force de la main gauche de l'Etat et de la vitalité de l'Etat social que le néolibéralisme n'a pas réussi à emporter (Ramaux, 2012).

Les assurances privées, laissées dans la logique de la concurrence qui se renforce, sont invitées à s'ouvrir à de nouveaux objets et préoccupations et en particulier à prendre conscience de leur fonction sociétale. Les dispositifs de « marché éduqué » se présentent ainsi souvent comme des « codes de bonne conduite » ou de normes à suivre, soutenus par des incitations financières. Ils reposent plus sur le volontariat que sur la contrainte. Ainsi, si les assureurs privés sont invités (par des allégements fiscaux) à proposer des contrats responsables, il n'est pas interdit de proposer des contrats non responsables. Les assureurs sont appelés à se conformer à des valeurs de solidarité, mais peuvent tout aussi bien s'en affranchir. On observe d'ailleurs une augmentation des contrats non responsables visant à vendre de nouveaux produits d'assurance dans un contexte où les assureurs cherchent à se différencier pour affronter la concurrence. En assurant, pour ceux qui peuvent payer le contrat, certains dépassements d'honoraires, tels ceux pratiqués à l'hôpital ou par certains professionnels, ils encouragent les pratiques tarifaires qui sont source d'inégalités d'accès aux soins. Les contrats collectifs d'entreprise peuvent être utilisés comme des produits d'appel pour développer de nouveaux produits d'assurance affranchis totalement des logiques de solidarité (comme l'assurance au comportement).

La personnalisation/individualisation de plus en plus forte de l'assurance santé associée à une singularisation de l'offre de couverture conduit à la segmentation des contrats individuels et collectifs. L'assurance privée s'autonomise ainsi de la Sécurité sociale pour proposer aux assurés une couverture « sur mesure », plutôt que du « prêt-à-porter » (Batifoulier & Ginon, 2019). Il s'agit de différencier les contrats en fonction des besoins réels ou supposés du groupe cible (catégorie socio professionnelle, secteur d'activité, etc.). Ce sera l'objet du chapitre suivant.

Chapitre 6 - L'Etatisation de la couverture santé et le nouvel esprit de l'assurance santé

Introduction

Le chapitre 5 a montré que la solidarité en matière d'assurance santé se développe parce que l'Etat s'étend sur le marché. Le régulateur a multiplié les dispositifs juridiques pour inviter le marché à adopter une orientation solidaire de façon à ne pas exclure les plus modestes du marché tout en maitrisant les restes à charge des autres assurés. En cherchant à « policer » le marché, les pouvoirs publics ont, en creux, renforcé la place de l'assurance santé complémentaire. S'il y a moins de réticences au développement du marché, c'est parce qu'on a cherché à en lisser les effets les plus pervers. L'assurance santé privée étant plus « présentable », elle peut s'étendre au-delà de ses domaines historiques de prédilection (le ticket modérateur).

Marché et solidarité s'hybrident pour former une « couverture marchandisée » qui tente de concilier le logiciel de l'assurance privée avec la mission sociale d'une couverture santé. Une telle entreprise peut être jugée positivement si elle permet d'introduire davantage de justice sociale dans le monde de l'assurance. Elle permet aussi d'atténuer les critiques dont fait l'objet le fondamentalisme assurantiel quand il cherche à appliquer ses techniques au domaine de la santé. Quand le marché devient plus solidaire, la hausse des primes d'assurance et des frais de gestion est plus acceptable. L'accentuation des inégalités imputables aux disparités de couverture apparait aussi davantage soutenable.

Le marché peut donc sortir grandi de la prolifération de règles juridiques qui l'orientent vers davantage de solidarité. De fait, l'hyper réglementation n'est pas un obstacle au développement du marché si on en juge par l'évolution du chiffre d'affaires du secteur de l'assurance complémentaire santé. Comme on l'a déjà souligné, il a augmenté en France de 118 % en 15 ans (37 milliards d'euros en 2017 contre 17 en 2001). À titre de comparaison, les dépenses de la branche maladie (régimes obligatoires de base) n'ont augmenté « que » de 73 % sur la même période (selon nos calculs).

L'étatisation de l'assurance santé privée par la diffusion de valeurs de solidarité portées par des dispositifs juridiques ne fait pas obstacle au développement du marché. Au contraire, cette étatisation par les valeurs porte le marché. Favereau (2010) a défini la place du marché dans un double sens : emplacement et importance du marché. En matière d'assurance santé, l'extension du marché va de pair avec la délégation d'impératifs de solidarité. La place du marché ne se mesure pas seulement au chiffre d'affaires, mais également aux missions qui sont les siennes.

En habilitant les assureurs privés à prendre une place croissante dans la définition et la mise en œuvre des objectifs de solidarité, les pouvoirs publics tracent non seulement de nouvelles perspectives pour ce marché, mais le confortent aussi en légitimant sa place. Le marché n'est cependant pas uniquement un réceptacle des dispositifs juridiques. Il se transforme aussi sous l'effet de son étatisation par les valeurs. Ce chapitre est consacré aux bouleversements qualitatifs que connait le marché de l'assurance santé. La grande transformation de la couverture santé ne conduit pas uniquement à redéfinir la place de l'assurance santé privée en termes quantitatif (son chiffre d'affaires augmente), mais aussi qualitatif (sa fonction et ses missions évoluent).

En hybridant marché et solidarité, l'intervention de l'Etat en matière d'assurance santé a permis de concilier les « fondamentaux » du métier de l'assurance avec les impératifs sociaux. Les dispositifs juridiques ne peuvent pas être considérés comme purement exogènes, comme imposés de l'extérieur. Ils ne sont pas non plus totalement endogènes, car ils ne résultent pas d'un contrat complet entre l'Etat et les organismes complémentaires. Dans cette conception, la relation qui lie le régulateur et les assureurs privés relèverait d'une contractualisation dans laquelle la place croissante du marché s'échangerait contre une place croissante de la solidarité à travers les polices d'assurance. En accord avec l'Economie des conventions, nous considérons que les règles juridiques en matière de couverture santé privée ne sont ni des règles-contraintes ni des règles-contrat (Favereau, 1989). Elles permettent seulement de soutenir le développement du marché par des valeurs morales.

La solidarité n'est donc ni un contrat ni une contrainte pour le marché. La solidarité est un ressort du développement du marché lui-même. Le marché l'a donc intégrée à son propre logiciel en « endogénéisant » les valeurs portées par l'impératif de solidarité. Cet impératif qui était considéré comme un obstacle au développement du marché est devenu un élément central de son développement. Cette solidarité est alors interprétée par le marché pour être compatible avec la bonne marche des affaires. Elle sert aussi de tremplin à de nouveaux marchés assurantiels.

En habilitant les opérateurs d'assurance à prendre une place croissante dans la définition et la mise en œuvre des objectifs de solidarité, les pouvoirs publics légitiment la place du marché, mais tracent aussi de nouvelles perspectives. Poursuivre « en même temps » une stratégie d'extension du marché de la couverture santé tout en lui adossant la poursuite de l'impératif de solidarité consubstantiel à la primordialité du soin en santé, conduit à modifier la façon dont les assureurs appréhendent leur marché.

Du statut de critique du *business model* de l'assurance privée, la solidarité va passer au statut de vecteur de développement des affaires. L'assurance santé privée était critiquée du fait de sa faible sensibilité à la solidarité. En faisant de l'assurance privée un garant de la solidarité, l'Etat va repositionner les assureurs comme des acteurs de la solidarité et soutenir ainsi le développement du marché. L'assurance santé n'intervient plus uniquement pour garantir un paiement en cas de réalisation d'un risque santé. Elle se positionne dorénavant sur le terrain de l'intérêt général. C'est pourquoi, en se positionnant comme acteur incontournable de la solidarité, les assurances santé privées s'installent aussi dans le champ de la santé publique et de la promotion de la santé de la population. Fort de leur nouveau rôle de garant de l'intérêt général, elles vont investir des territoires inédits en récupérant certaines critiques qui leur sont adressées et ainsi en faire un levier d'un nouveau mode de développement. En faisant la preuve que l'assurance santé privée est capable d'allier rentabilité économique et objectif social, l'assurance peut s'ouvrir à de nouveaux objets et préoccupations.

Dans la première section, on montre que les nouvelles règles du jeu édictées par l'Etat laissent des espaces de liberté au marché. L'uniformisation des contrats d'assurance n'est pas un obstacle au marché qui investit de nouveaux horizons. La restriction du périmètre des contrats dits « responsables », ceux qui imposent des règles contraignantes de solidarité dans le cadre de ce que nous avons appelé le « marché éduqué », ouvre la porte à un espace où l'assurance privée prend en charge un panier de soins différent de celui de la Sécurité sociale. Ce marché autonome n'est pas le retour au marché du fondamentalisme assurantiel. Il fait des choix et investit certains

segments plutôt que d'autres. Dans la deuxième section, on cherche à qualifier ce marché autonome en prenant appui sur une lecture combinée des textes de loi avec une analyse du contenu des contrats d'assurance santé et des nouvelles garanties qu'ils offrent. On montre que l'assurance santé privée développe une mutualisation peu « sociale » quand elle persiste à ignorer les inégalités sociales de santé. Par contre, en puisant dans les possibilités offertes par le droit, elle se positionne comme acteur incontournable du bien-être pour un consommateur clairvoyant. En prenant à son compte l'ambition de santé publique et de promotion de la santé individuelle et collective, l'assurance se présente en garante de l'intérêt général. Le marché libéré des contraintes juridiques de solidarité (issues des contrats responsables) n'est pas un retour au marché et aux fondamentaux de l'assurance. L'étatisation par les valeurs perdure même si elle s'exprime différemment que dans le « marché éduqué ».

Dans la dernière section, on questionne le rôle de l'Etat quand il fait du marché le vecteur de l'intérêt général et de développement de politiques de santé publique. Car dans le même temps, le marché va traduire cette mission dans son propre langage ce qui va accentuer la segmentation des risques et donc des patients. Le nouveau monde de l'assurance santé est en effet taillé pour le consommateur clairvoyant, et non pour la figure historique du travailleur issu du modèle de 1945. En s'interrogeant sur le type de protection offert par l'Etat, on commente ce nouvel esprit de l'assurance santé par rapport à l'ambition de démocratie sociale portée par le plan de Sécurité sociale de 1945. La place conférée au marché a évincé la figure du travailleur pour privilégier celle du consommateur. En dévalorisant le couple Sécurité sociale – Salariat au profit du couple Etat-Marché, la mise en marché de la couverture santé constitue la dernière étape du processus initié depuis la réforme de 1967 de neutralisation progressive du modèle de la Sécurité sociale de 1945. Le matériel utilisé pour ce chapitre est présenté dans l'encadré ci-dessous.

Encadré n° 6.1 – Matériaux utilisés pour l'étude des contrats d'assurance santé

Le matériel d'étude est constitué d'un corpus de contrats. On considère que les contrats ne sont pas uniquement des objets techniques ou de technique juridique, mais sont porteurs de sens. Il existe des fondements normatifs aux contrats d'assurance dont on veut donner un aperçu maitrisable.

Notre matériel provient du travail effectué dans le cadre de l'ANR-17-CE26-0018 intitulé « *Marché du risque santé : construction, gouvernance, innovation sociale* ». Cet ANR pluridisciplinaire, porté par 3 laboratoires : IODE, CEPN, IRES, a commencé en octobre 2017 et a été prolongé jusqu'au 31/03/2022. Le matériel utilisé pour repérer les principales caractéristiques des contrats d'assurance se compose de 5 types de ressources :

La lecture des textes qui encadrent l'assurance santé. Comme pour le chapitre précédent, nous avons mobilisé les différents PLFSS, ainsi que certains décrets ou arrêtés, pertinents pour notre étude.

Les rapports institutionnels. En particulier, les rapports et recommandations du HCAAM et le rapport d'activité du centre technique des institutions de prévoyance. Chaque année, le **rapport annuel du CTIP** présente l'activité des institutions de prévoyance et l'actualité de la prévoyance collective. Les caractéristiques que nous étudions sont principalement portées par des contrats

collectifs (d'entreprise) et il nous a semblé pertinent de privilégier les sources portant analyse de ces contrats.

Une large littérature professionnelle rassemblée dans une Note de Veille mensuelle a été réalisée d'octobre 2017 à juillet 2019, dans le cadre du groupe de travail Marisa grâce au financement d'un poste d'ingénieur de recherche. Cette note de veille recensait toutes les actualités (notamment celles du marché et des acteurs) de l'assurance santé à partir d'une revue de presse portant sur les publications suivantes : Actualités sociales hebdomadaires ; L'Argus de l'assurance, La Tribune de l'assurance, Protection sociale informations, La lettre de l'assurance, Entreprise et carrières, Liaisons sociales.

La lecture de 9 contrats collectifs (confidentiels) comportait des clauses spécifiques liées au secteur d'activité et des avenants pour configurer des options. Ces contrats sont des contrats collectifs (contrat d'adhésion) commercialisés par différents types d'assureurs : mutuelle, société d'assurance et institution de prévoyance. Ces contrats complets concernent trois très grandes entreprises, deux dans le secteur du luxe et une dans le secteur automobile. Ils permettent de documenter le contrat de base (socle) « responsable » de l'assurance complémentaire, le contrat surcomplémentaire qui est proposé et les options facultatives dites non « responsables ».

Des entretiens ont été réalisés en 2019 avec deux responsables opérationnels d'une grande mutuelle de la fonction publique. Notre objectif initial était de compléter la lecture des contrats par des entretiens avec des personnes habilitées à les justifier parce qu'elles ont participé à leur négociation, à leur rédaction ou encore à leur valorisation et à leur vente. Les entretiens ont été menés à partir d'une grille d'entretien avec la responsable « domaine santé du Régime Complémentaire », d'une part et d'autre part le responsable « domaine Santé Régime Obligatoire de la Direction Technique Opérationnelle » de la mutuelle. Seule une première vague d'entretiens a pu être réalisée. La seconde vague prévue en 2020 n'a pas pu aboutir en raison du contexte sanitaire. Il était ensuite trop tard pour reprendre les entretiens du fait de la nécessité de finaliser la thèse. Le nombre d'entretiens conduits est donc trop faible pour que le matériel puisse être exploité : il ne sera donc mentionné que de façon épisodique dans le chapitre.

1. De la réglementation à la concurrence : le problème de la standardisation

Tout porte à uniformiser le marché de l'assurance santé et à éteindre la concurrence. Avec la forte intervention de l'Etat au nom de la mission sociale de l'assurance santé, le marché est invité à offrir le même type de produits en respectant un cahier des charges avec des gammes de prix identiques. Une même réglementation s'impose à tous les organismes (quel que soit leur statut juridique), laissant a priori peu d'espace de liberté, car gommant toutes les différences entre les contenus des contrats comme celles issues du type de compagnies d'assurance (1.1). Cependant, les techniques de l'assurance sont également largement partagées par les compagnies. Le métier d'assureur repose sur quelques règles communes qui s'appliquent à tous. En effet, dans un marché sans réglementation, les assureurs partagent les mêmes techniques actuarielles pour fixer les tarifs. Le fondamentalisme assurantiel est déjà largement standardisé. Les assureurs savent donc développer leur marché dans un cadre de standardisation. On analyse la façon dont la concurrence se développe avec une nouvelle vague de standardisation fondée sur l'exportation des valeurs de solidarité (1.2).

1.1. La standardisation des contrats et la banalisation des opérateurs

Le marché de l'assurance santé fait l'objet d'un encadrement croissant par des règles juridiques dont la particularité est de produire de la sécurité économique collective. Si la mutualisation est une technique ordinaire de l'assurance, pour l'assurance privée, cette mutualisation est davantage commerciale, que solidaire. Supiot (2016) distingue en effet deux sortes de mutualisation : une mutualisation fondée sur la solidarité volontaire qui est une liberté collective régie par le code de la mutualité ; une mutualisation des risques, fondée sur un calcul des probabilités, qui est une technique constitutive des métiers de l'assurance. Cette dernière mutualisation est commerciale puisqu'elle cherche à vendre des produits d'assurance rentables.

L'hyper réglementation et l'étatisation de l'assurance santé privée par les valeurs de solidarité décrite dans le chapitre 5 conduisent à brouiller la différence entre les deux types de mutualisation. Ce brouillage s'observe à la fois au niveau des contrats (1.1.1) et des opérateurs d'assurance (1.1.2).

1.1.1. Une standardisation des contrats d'assurance santé

Au niveau des contrats, comme nous l'avons déjà souligné, un vaste arsenal juridique impose à tous les opérateurs d'appliquer des niveaux et des types de garanties « standards », ce qui les conduit à uniformiser les gammes de produits offerts. C'est au nom de l'impératif de solidarité que sont justifiés ces dispositifs. Les contrats d'assurance sont en effet invités à corriger les effets pervers que peuvent comporter les règles traditionnelles du droit des assurances. Ils doivent assumer la fonction sociale de l'assurance santé.

En imprégnant le marché de valeurs sociales, cet ensemble de dispositifs reconfigure le marché de l'assurance santé. Cette reconfiguration est celle de l'uniformisation solidaire qui conduit tous les opérateurs à adopter des techniques similaires, répondant à l'impératif de solidarité. On peut observer ce processus au moins à quatre niveaux.

1. Pour les plus modestes, les stratégies commerciales de l'AMC ne doivent pas vider de son sens les dispositifs juridiques de ciblage qui ont pour mission de permettre l'accès de tous aux soins. C'est le cas de la CMU-C que les AMC doivent soutenir financièrement. C'est aussi le cas de l'aide à la complémentaire santé[161] pour laquelle le législateur a développé un ensemble de règles et de labélisations visant à éradiquer les effets pervers des couvertures « low cost » destinées aux plus pauvres (voir chapitre 5). Les primes d'assurance à faible prix conduisent aussi à des prestations de mauvaise qualité, totalement digitalisées. Elles induisent une augmentation du taux de non-recours et un accroissement du renoncement aux soins, soit exactement l'inverse de ce qui est recherché par le dispositif. Pour redonner de la lisibilité et de la crédibilité au dispositif, le législateur a introduit une labélisation des contrats ACS. La création d'un label ACS en 2012 avait pour objectif d'aider les ménages les plus

[161] L'aide à la complémentaire santé a fusionné avec la CMUC au 01/11/2019 pour donner la Complémentaire santé solidaire. Ce dispositif octroie une assurance complémentaire sous conditions de ressources à un coût nul (pour les anciens bénéficiaires de la CMUC) ou faible pour les autres. Ce nouveau dispositif n'enlève rien au raisonnement qui est présenté ici. Il y a toujours une aide à la complémentaire santé.

modestes à choisir leur contrat tout en imposant une qualité minimale dans le contenu. La labellisation réduit fortement le nombre de types de contrat que le marché peut offrir.

2. Mais d'autres publics sont potentiellement vulnérables. En particulier ceux qui sont en dehors de l'entreprise et de l'emploi salarié stable quand le contrat de couverture santé complémentaire n'est plus souscrit par l'intermédiaire de l'entreprise. Quand le législateur a rendu obligatoire en 2016 la couverture complémentaire santé d'entreprise pour tous les salariés du secteur privé, il a du même coup fragilisé la couverture santé de ceux qui « sortent » de l'entreprise, en créant des situations marginales, que l'on appelle désormais les exclus de la généralisation. Pour lutter contre cet effet non souhaité de la généralisation, le législateur a prévu des dispositifs de portabilité des droits pour assurer pendant un temps le maintien de la couverture santé. C'est le cas pour les chômeurs indemnisés. Il a aussi créé des dispositifs de lissage des tarifs pour les retraités qui sortent des contrats collectifs en limitant les prix pendant cinq ans. Là aussi, le législateur impose des normes identiques pour la couverture santé de certains types de publics.

3. Pour les patients « moyens », ceux qui ne bénéficient pas d'un dispositif de ciblage, les assureurs sont incités financièrement à leur proposer des « *contrats solidaires et responsables* ». Ces contrats sont le véhicule privilégié de la promotion de la mission sociale de l'assurance santé privée. Ils imposent la prise en charge systématique du ticket modérateur en médecine de ville (sauf sur les médicaments à service médical rendu faible), du forfait journalier hospitalier (20 euros par jour en 2021) et des tickets modérateurs à l'hôpital qui sont désormais pris en charge de façon illimitée par les organismes complémentaires santé. L'appellation « *solidaires et responsables* » s'adresse à tous les assureurs qui se doivent d'offrir des couvertures solidaires et responsables au sens de la responsabilité sociétale de l'assurance privée. Cette orientation s'exprime par un arsenal de dispositifs juridiques allant de la fixation de prix planchers à la détermination de seuils *maxima* de niveaux de couverture. Les cahiers des charges des « contrats responsables » sont devenus, au fil des modifications réglementaires, de plus en plus détaillés, allant jusqu'à déterminer une liste de tarifs et de soins à couvrir ou à exclure de la couverture santé. La réglementation s'appuie ici sur un droit incitatif qui offre des incitations fiscales et sociales pour les entreprises, mais aussi des politiques de moindre remboursement pour les soins jugés non responsables.
4. Enfin, pour tous, la réglementation interdit certaines pratiques qui sont pourtant au cœur du métier de l'assurance : la sélection des risques, la discrimination des tarifs en fonction de l'état de santé ou la prise en charge des états pathologiques antérieurs à la souscription du contrat (loi Evin). Dans le modèle canonique de l'assurance, l'assurance est un espace de lucrativité comme un autre. La mutualisation des risques est fondée sur la rentabilité de la prise en charge parce que l'assurance est « fille du capital » selon l'expression d'Ewald (1986, p.82). Cette conception de l'assurance s'applique à toute forme de produit et/ou comportement à assurer et méprise la fonction sociale de l'assurance santé. Le fondamentalisme assurantiel va à l'encontre de l'objectif d'équité verticale (où la contribution est fonction des moyens de chacun) et de l'objectif d'équité horizontale (prestations versées selon les besoins). Au contraire, les prestations versées sont connectées à la capacité de paiement. Cette façon de faire est intrinsèque au métier de l'assurance, mais se heurte aux caractéristiques spécifiques du secteur de la santé. L'assurance santé doit composer avec plus de contraintes que

l'assurance automobile. C'est pourquoi, quand l'assurance intervient dans le secteur de la couverture santé, elle doit se dévêtir de certains de ses habits pour satisfaire à l'exigence de moralisation. La législation s'y est employée en créant, pour le seul secteur de la santé, et ce dès 1989, des règles dérogatoires au droit des assurances.

1.1.2. La banalisation des mutuelles et la normalisation des opérateurs d'assurance santé

La standardisation n'est pas seulement celle des contrats, mais aussi celle des compagnies d'assurance santé. Les familles d'assureurs perdent leurs traits distinctifs et se fondent progressivement dans un modèle unique. Comme nous l'avons déjà développé, le marché de l'assurance santé privée se décompose en mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance. Ces trois types d'assureurs sont régis par des législations différentes, les mutuelles santé par le code de la mutualité, les sociétés d'assurance par le code des assurances, les institutions de prévoyance par le code de la Sécurité sociale.

Ils se distinguent aussi par leur rapport à la lucrativité. Les sociétés d'assurance sont explicitement à but lucratif alors que les institutions de prévoyance se caractérisent par une gestion paritaire par les partenaires sociaux. Les mutuelles comme les institutions de prévoyance sont des opérateurs à but non lucratif et revendiquent à ce titre appartenir à l'économie sociale et solidaire. Rien ne prédisposait donc les trois opérateurs à converger dans leurs objectifs, ni même dans leurs techniques de gestion.

Pourtant l'histoire de l'assurance complémentaire santé est celle d'une progressive convergence vers un modèle unique de gestion de la couverture santé. Cette uniformisation est certainement imputable à l'évolution des mutuelles qui ont progressivement orienté la physionomie du marché au départ en raison de leur position dominante. La mutualité, opérateur historique non lucratif, s'est en effet progressivement alignée sur les techniques des sociétés d'assurance à but lucratif. Le sort réservé aux mutuelles offre une illustration notable du brouillage des frontières entre mutualisation solidaire et mutualisation commerciale avec une tendance en outre à l'uniformisation des contrats d'assurance.

Comme nous l'avons développé dans le chapitre 5, c'est au nom de l'objectif de solidarité que la mutualité a obtenu de conserver ses prérogatives à un moment où on cherchait à généraliser la Sécurité sociale. Dans l'architecture de régime général de 1945, les autres régimes n'avaient plus leur place. Cependant, la loi Morice de 1947 reconnaît à la Mutualité le droit de se constituer en organisme complémentaire du régime légal. Cette concession faite aux mutuelles s'inscrit dans la reconnaissance du mouvement mutualiste qui était alors le seul opérateur sur le marché de l'assurance santé privée. Les mutuelles ont ainsi obtenu de rembourser une partie des soins appelée « ticket modérateur » (20 % à l'époque). Cette concession s'accompagnait cependant de la volonté de restreindre le marché à un ticket modérateur limité. La place de l'assurance privée mutualiste devait rester aussi faible que possible pour privilégier le remboursement solidaire de la Sécurité sociale, comme l'affirme d'ailleurs Pierre Laroque en 1945. « *Désormais les travailleurs sont assurés d'être couverts de leurs dépenses médicales à 80 %, et encore leur participation de 20 % sera-t-elle réduite ou supprimée, dans tous les cas où l'abus n'est pas possible* » (cité par Tabuteau, 2013, p. 201).

Cette doctrine a été poursuivie jusque dans les années 1980, années à partir desquelles la part globale du marché assurantiel s'est notablement accrue. Dans le même temps, et sous l'influence de l'Union européenne, les mutuelles ont perdu leurs repères identitaires pour résister aux offensives des sociétés d'assurance. L'ouverture du marché de l'assurance santé privée aux sociétés d'assurance à but lucratif et le développement du droit de la concurrence par les pouvoirs publics ont éteint progressivement le monopole de la mutualité comme celui des institutions de prévoyance. La mutualité n'a pas perdu que des parts de marché. Elle a perdu aussi ce qui faisait son identité.

L'existence d'une mutualisation solidaire des risques a été historiquement le moyen utilisé pour différencier les mutuelles des autres opérateurs Complémentaires d'Assurance maladie (OCAM), et en particulier pour distinguer les « mutuelles », des sociétés d'assurance à but lucratif. Cette forme juridique d'exercice de l'activité d'assurance santé reste d'ailleurs toujours l'argument qui est mis en avant sur le marché de l'assurance santé pour opérer une distinction entre les concurrents. L'affichage de valeurs de solidarité est le principal argument de marché avancé par les mutuelles. Mais la mutualité n'en a plus l'exclusivité puisque l'objectif de donner consistance à la solidarité à l'intérieur de l'AMC concerne désormais toutes les formes juridiques d'exercice de l'activité d'assurance santé.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les dispositifs juridiques de « marché éduqué » ne visent pas uniquement les mutuelles. Ils n'excluent pas non plus les mutuelles au prétexte qu'il n'y aurait pas besoin d'éduquer à la solidarité des organismes qui en sont déjà convaincus. Les dispositifs de marché éduqué concernent tous les opérateurs d'assurance santé privés sans aucune distinction.

Cette situation est paradoxale, car le modèle mutualiste offrait une solution très simple à l'Etat pour valoriser l'objectif de solidarité de la couverture santé. Le marché éduqué à la solidarité est en effet « naturellement » celui des mutuelles. Le modèle mutualiste poursuit les objectifs de solidarité de la Sécurité sociale, mais par d'autres moyens.

Le monopole de la mutualité sur la couverture complémentaire aurait alors été un moyen de favoriser une forme de solidarité additionnelle à la Sécurité sociale. Il n'en a rien été : la législation européenne a refusé de reconnaitre la spécificité du statut mutualiste au nom de la « concurrence libre et non faussée » (Benoît & Coron, 2018). Et ce sont les mutuelles qui ont le plus souffert de ces directives européennes dites « d'assurances » dès lors que s'est imposée une obligation d'activité d'assurance unique, obligeant les mutuelles à séparer leur activité d'assureur de celle de gestionnaire des établissements médicaux, paramédicaux et sociaux (Coron et al., 2017).

Alors que le développement de valeurs de solidarité au sein de l'assurance complémentaire pouvait se faire aisément par le renforcement de la spécificité mutualiste, c'est au contraire la relégation de l'identité mutualiste qui a été décidée. Discutant l'apposition selon laquelle la mutuelle a perdu son identité du fait des directives européennes, Domin (2021) montre, à partir d'un travail de recherches mené sur des archives, que c'est bien l'Etat français dans les années 1980 qui a fait le choix de retirer à la mutualité son monopole, et de placer le secteur de l'assurance santé complémentaire sous l'emprise du droit de la concurrence, même si au même moment il a cherché à encadrer le jeu de cette libre concurrence en élaborant des dispositifs de marché éduqué.

Ce mouvement de fond se renforce avec l'accent mis par les pouvoirs publics sur les contrats collectifs d'entreprise puisque les mutuelles ne sont historiquement pas construites sur ce portefeuille d'assurés : elles se sont en effet spécialisées dans l'offre de contrats individuels. Au total, si la mutualité est l'opérateur historique de la couverture santé privée en France, elle est aujourd'hui fortement concurrencée par les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance qui gagnent continuellement des parts de marché, à la faveur de l'empilement des dispositifs juridiques. Cette anomie de la mutualité est renforcée par des mouvements de concentration et d'alliances de grande ampleur.

En effet, pour enrayer leur déclin, les mutuelles s'allient avec d'autres compagnies d'assurances, voire avec des banques pour constituer de plus grands groupes financiers (Abecassis et al., 2014, 2018). Au nombre de 346 en 2017, les mutuelles représentent plus de la moitié des 474 organismes de complémentaire santé (103 sociétés d'assurances et 25 institutions de prévoyance). Mais le mouvement de concentration est particulièrement puissant puisque les mutuelles étaient 1 702 en 2001. Cette concentration en grands groupes conduit aussi à un mimétisme dans les pratiques. La relégation de la spécificité mutualiste et le nivellement des organismes d'assurance maladie complémentaire ont accentué l'uniformisation des pratiques assurantielles.

Les entretiens (le cadre des entretiens est présenté dans l'encadré en introduction du chapitre) que nous avons réalisés avec deux responsables d'une grande mutuelle de la fonction publique confirment le constat d'une uniformisation généralisée et progressive du marché de la complémentaire santé à tous les niveaux :

- Uniformisation de la gestion : techniques actuarielles, normalisation des logiciels ;
- Uniformisation des offres : contraintes réglementaires, effet de la concurrence ;
- Uniformisation des clients : perte de la spécificité du fonctionnaire. Les fonctionnaires n'adhèrent pas forcément à une mutuelle de fonctionnaires ;
- Uniformisation du panier de soins : normalisation réglementaire via des tarifs plafonnés et des cahiers des charges ;
- Uniformisation des réseaux de soins : Ce sont des plateformes, constituées en sociétés commerciales, qui gèrent des réseaux de soins (réseaux de professionnels de santé surtout en optique, dentaire et auditif) pour le compte de plusieurs OCAM. Les mutuelles participent à ces réseaux de soins au même titre que les autres organismes complémentaires.
- Uniformisation des avantages comparatifs. Avec le tiers payant généralisé, les remboursements arrivent directement sur le compte bancaire des clients pour les assurés. L'avantage comparatif de certaines mutuelles sur le « guichet unique » (gestion à la fois du régime obligatoire et du régime complémentaire) s'estompe.
- Uniformisation de l'offre de prévention du fait de la concentration et de la mutualisation des offres au sein des grands groupes d'assurance. La mise en commun de nouvelles offres accessibles à l'ensemble des OCAM permet de les industrialiser et de les décliner sur un ensemble large de clients.

Les opérateurs d'assurance santé convergent vers un mode homogène de gestion des risques. Dans ce contexte d'uniformisation, le droit de la protection sociale (notamment par le biais des cahiers des charges) a aussi orienté les contrats vers davantage de standardisation. Ce mouvement de fond a conduit à chercher d'autres voies de différenciation.

1.2. De la standardisation à la différenciation : le marché autonome

La standardisation n'est pas en soi un obstacle au développement du marché. Il peut en être le levier. En matière d'assurance santé, la standardisation des produits est une caractéristique intrinsèque du métier. Au-delà de la législation qui impose de plus en plus de contenus standardisés dans les contrats d'assurance, le fonctionnement même de l'assurance santé ne pousse pas à la différenciation, mais au contraire à la standardisation (1.2.1). Si le marché conduit spontanément à la standardisation des contrats, la législation peut donner un cadre pour la différentiation. L'arsenal juridique s'est en effet étoffé pour créer un espace où les assureurs peuvent développer de nouveaux produits et se distinguer de leurs concurrents. La caractéristique fondamentale de ce marché est qu'il s'autonomise de l'assurance obligatoire (la Sécurité sociale). En effet, les contrats solidaires et responsables ne mobilisent que la fonction complémentaire de l'assurance privée. Il existe donc tout un espace potentiel de produits d'assurance dit « supplémentaires » qui échappe au cadre contraignant du cahier des charges des contrats responsables et même à celui de la Sécurité sociale. La législation a ouvert la porte à des produits non plus standards mais « sur mesure » (1.2.2).

1.2.1. La standardisation, « cœur de métier » de l'assurance santé

Notre objectif dans cette section est de montrer que la standardisation des contrats d'assurance santé privée n'est pas un problème pour les assureurs, mais une solution pour développer leur modèle d'affaires.

La standardisation des produits est un thème traditionnel de la littérature en économie industrielle notamment. Nous retenons l'analyse de Salais et Storper (1993) parce qu'elle mobilise la notion de standardisation selon le point de vue du producteur comme du consommateur. Le producteur (dans notre analyse, l'assureur) peut s'engager dans une méthode de production standardisée en fabriquant des produits normalisés. Il peut aussi standardiser sa production. Le consommateur (l'assuré) peut préférer des produits communs ou génériques ou demander des produits dédiés à son besoin spécifique. Même si l'analyse concerne le monde de l'industrie, on peut l'appliquer au monde de l'assurance santé.

Dans beaucoup de domaines, l'assuré cherche un remboursement comme les autres assurés. Le service recherché est générique. C'est le cas pour le ticket modérateur ou le forfait hospitalier. Il peut aussi rechercher un produit d'assurance « sur mesure » qui correspond à un besoin spécifique comme le remboursement des activités liées au sport ou au bien-être qui sont bonnes pour la santé.

Le producteur – assureur – doit satisfaire la demande pour des produits de base, qui font partie du panier standard de soins à rembourser. Il peut aussi vendre des produits d'assurance qui ne s'adressent qu'à des individus ou des communautés cibles.

En croisant ces deux axes d'analyse, Salais et Storper distinguent quatre mondes de production, dont le monde marchand qui a besoin de la standardisation, mais qui doit aussi satisfaire une demande différenciée, alors que le monde de production industriel repose sur une production standardisée de produits génériques. Le monde interpersonnel s'appuie sur une évaluation de la qualité par la confiance. Producteurs comme consommateurs peuvent imprimer leur signature sur

la qualité du produit. Enfin le monde de production immatériel vise des produits très différenciés, voire des « niches » pour une clientèle réduite qui portent sur de petites séries. Il concerne principalement, les produits sur mesure, « *high tech* » ou encore les biens de luxe. Les produits d'assurance santé oscillent entre le monde industriel pour le panier de base à couvrir et le monde immatériel pour les produits « hors panier » de soins remboursables.

Le fondamentalisme assurantiel nourrit effectivement un monde industriel qui produit des contrats d'assurance standards pour des assurés en attente de produits génériques. Pour tous les produits d'assurance, les techniques d'assurance classiques cherchent à transformer l'incertitude face à l'avenir, en un risque probabilisable et maitrisable. La mutualisation commerciale est fondée sur le calcul de probabilité pour rechercher la rentabilité de la prise en charge qui est globalisée sur l'ensemble des clients. Les cotisations ou les primes d'assurance doivent alors se « rapprocher » le plus possible du risque. Ce modèle canonique du contrat d'assurance vise à normaliser les aléas pour mieux les domestiquer.

Les techniques d'assurance cherchent usuellement à diviser les populations en classes de risques statistiquement homogènes. La fragmentation des risques par le calcul de probabilités conduit à définir des sous-populations uniformes (ou les plus homogènes) qui se caractérisent par un risque aussi maitrisable que possible. Dans ces conditions, la technique d'assurance tend toujours à offrir des produits standardisés, même s'ils peuvent différer, mais toujours à la marge. De fait, l'opération d'assurance fonctionne selon le même standard : paramétrage en fonction de l'âge (qui est un critère primordial en matière d'assurance santé), de la résidence, du revenu et de l'ancienneté dans la souscription du contrat. C'est donc la technique même d'assurance dans un contexte concurrentiel qui conduit à la standardisation des produits.

Ainsi, « le logiciel » de l'assurance est hermétique à la fantaisie dans la construction des garanties. La couverture du risque maladie laisse peu de place à la prise de risques pour les assureurs. Cette tendance à l'uniformisation dans la façon de fabriquer l'assurance, et donc de construire les garanties, trouve sa source dans les fondements mêmes de la technique assurantielle (Batifoulier & Ginon, 2022).

Ce n'est donc pas tant la réglementation par des « *contrats solidaires et responsables* » qui a conduit à l'uniformisation des contrats. La standardisation est un paramètre du marché qui préexiste au développement par le régulateur de l'injonction à davantage de solidarité. La gestion de la tendance naturelle à la standardisation des contrats d'assurance santé est structurante pour le secteur. La nouveauté est que la standardisation est décuplée par l'hyper-réglementation des « *contrats solidaires et responsables* ». La standardisation interne aux contrats d'assurance santé se conjugue ainsi avec une standardisation externe imposée par le législateur au nom de l'impératif de solidarité. Dorénavant, tout conduit *a priori* à une forte standardisation que ce soit du fait des règles de solidarité imposées par les pouvoirs publics ou des techniques d'assurance elles-mêmes qui sont les mêmes pour chaque assureur. Toutefois, et c'est le point que nous voulons développer, c'est en puisant dans les possibilités offertes par les règles de droit que le marché de l'AMC a trouvé les ressources pour mettre en place des stratégies de différenciation, et s'orienter ainsi vers un registre « immatériel ».

1.2.2. Le marché autonome et les contrats dédiés

C'est tout d'abord la surface du marché qui s'est agrandie, offrant aux assureurs de nouvelles potentialités pour développer leur activité. Le législateur a nourri les stratégies de développement intense de parts de marché auprès des acteurs de l'AMC. Ainsi la place du marché s'est accrue avec le développement de l'orientation solidaire de l'assurance privée. Le droit a fait du marché de l'assurance santé un Service d'Intérêt Economique Général (SIEG au sens de l'UE). Le marché a en effet pris plus de surface en raison de l'hyper réglementation, et non en dépit de l'hyper réglementation. Les opérateurs d'assurance santé privée interviennent désormais dans le cadre d'une mission que leur a confiée l'Etat. Cette mission est formalisée par les règles juridiques, qui elles- mêmes, ont pour objet d'exporter les valeurs de solidarité vers le marché. On comprend alors que cette étatisation du marché par les valeurs ait débouché logiquement sur l'obligation d'assurance. Si le marché porte la solidarité collective, il est nécessaire que tout le monde en bénéficie sinon la solidarité est tronçonnée ou segmentée. C'est dans cette perspective qu'une multitude de dispositifs juridiques ont étendu la couverture par l'assurance complémentaire santé. Les plus modestes qui ne peuvent pas se payer une assurance privée ont pu disposer d'une assurance « gratuite » par les dispositifs CMU-C, puis plus récemment CSS. Les employeurs du secteur privé ont également l'obligation de souscrire une assurance complémentaire santé pour leurs salariés. Un projet de loi vise à étendre ce dispositif aux agents du secteur public à partir du 1er janvier 2022 de façon à combler le décalage qui existe aujourd'hui entre les salariés du secteur privé et les agents de la fonction publique sans pour autant qu'il y ait un alignement total (en termes de contenu et de modalités de financement, notamment)[162].

Au total, l'assurance santé privée a vocation à concerner toute la population, comme c'est le cas pour l'affiliation à la Sécurité sociale. Elle a même vocation désormais à occuper le même périmètre que la Sécurité sociale.

Cette extension de marché renforce la concurrence entre les opérateurs. Le marché de l'assurance santé est en effet un marché en croissance qui attire la convoitise des opérateurs. Les opérations de couverture complémentaire santé s'inscrivent dans un contexte accru de marché et de concurrence.

Si la surface du marché de l'assurance complémentaire santé s'est étendue en s'attachant de nouveaux clients, elle s'est aussi accrue par l'extension des produits offerts à la vente. Le marché s'accroit parce qu'il a davantage de demandeurs potentiels, mais aussi parce qu'il sait pianoter sur une gamme de produits étendue.

Mais c'est surtout au niveau des garanties que le marché s'est le plus étoffé. Alors que le législateur imposait un contenu standardisé pour les contrats « *solidaires et responsables* », il a favorisé la construction de stratégies de différenciation de la part des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM). Plus le législateur a resserré les contraintes sur les « *contrats responsables* », plus il a « ouvert la porte » à la souscription de contrats non responsables. Ainsi,

[162] L'ordonnance du 17 février 2021 fait obligation aux employeurs publics de participer au financement des couvertures complémentaire santé de leurs agents. Comme pour les employeurs de droit privé, toutes les fonctions publiques doivent « s'uniformiser ». La participation de l'Etat sera obligatoire pour les garanties santé. Cependant l'adhésion de l'agent reste facultative ce qui constitue une différence fondamentale avec le secteur privé.

si le législateur a fait œuvre de normalisation solidaire avec les « contrats responsables », il a invité les OCAM à faire œuvre de différenciation dans le cadre des contrats non responsables. Le législateur n'a pas seulement offert une possibilité. Il a rendu possible l'existence de contrats non responsables et les a légitimés. En enrichissant les produits d'assurance santé de services supplémentaires, l'assurance santé privée a alors trouvé un nouveau marché.

Ces contrats non responsables ont la propriété d'être déconnectés de l'assurance de base. L'assurance santé privée intervient aussi sur un panier de soins différent de celui de la Sécurité sociale. Ce panier est traditionnellement constitué de l'optique, des audioprothèses, du dentaire, de l'hébergement hospitalier ou des dépassements d'honoraires, domaines où le remboursement par la Sécurité sociale est faible, et parfois si minime qu'il est perçu comme ridicule. Mais ce panier autonome, vis-à-vis du panier de la Sécurité sociale, est aussi désormais constitué de produits innovants comme l'assurance santé au comportement, la couverture des dépenses en bien-être, et plus généralement un ensemble de produits sur-mesure, de produits de niche qui ne sont souscrits que par certains assurés ou groupes d'assurés. Ce sont des produits qui s'imposent aux OCAM qui veulent survivre sur le marché en contexte de forte concurrence. En d'autres termes, le législateur a déplacé l'essentiel du marché concurrentiel sur le terrain de la surcomplémentaire. Plus le législateur normalise le contenu des « contrats responsables » au niveau des assurances complémentaires, plus il contribue au déploiement de produits autonomes sur le marché de la surcomplémentaire.

La littérature administrative ordinaire distingue l'assurance maladie complémentaire (AMC) qui complète les remboursements de l'AMO de l'assurance supplémentaire qui intervient pour des prestations non couvertes par l'AMO. La couverture santé serait alors organisée selon 3 « piliers » : le pilier AMO (la Sécurité sociale = premier niveau) celui de la couverture complémentaire, puis le troisième pilier, dit supplémentaire qui est en quelque sorte la « complémentaire de la complémentaire ». En France, l'assurance privée assume les deux fonctions. Le territoire de la « supplémentaire » est cependant complexe, et peut se rapporter à différentes gammes de produits.

L'instruction rédigée en 2019 par la Direction de la Sécurité sociale (DSS)[163], distingue 3 catégories de contrats d'assurance santé à partir du contrat socle qui désigne le contrat complémentaire intervenant en premier après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

- Le contrat « *surcomplémentaire* » juridiquement distinct du « contrat socle, mais qui peut être souscrit auprès du même organisme d'assurance que le « contrat socle » ou auprès d'un organisme différent. Ce contrat peut être labélisé « responsable » s'il vient rembourser dans les limites tarifaires (même hautes) du contrat responsable.
- Le « *contrat avec options* » où les options souscrites dans le cadre de ce contrat ne constituent pas un contrat juridiquement distinct et ne sont pas des contrats surcomplémentaires. Si une option ne respecte pas les critères de responsabilité, l'ensemble du contrat est réputé non responsable. Par exemple, si dans une option il n'y a pas de respect

[163] INSTRUCTION N° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

des critères de plafond de prise en charge pour les dépassements, alors l'ensemble du contrat est « non responsable ».

- Le *contrat supplémentaire* est complètement indépendant du contrat socle ou complètement indépendant du contrat surcomplémentaire. Il ne peut recevoir l'appellation de contrat responsable.

Avec l'exportation des valeurs de solidarité vers les assurances privées, le législateur a établi un lien de connexité juridique inédit entre AMO et AMC. Le contrat « solidaire et responsable » à « contenu standardisé » doit souder AMO et AMC dans la poursuite d'un objectif commun pour maitriser les dépenses socialisées et satisfaire un impératif commun : développer une couverture santé plus solidaire. AMO et AMC ont parties liées. Avec le développement d'un arsenal juridique permettant de s'affranchir du cadre contraignant du contrat socle complémentaire, on a en quelque sorte construit un « échafaudage » permettant de décloisonner les paniers de soins.

Ceci a été rendu possible parce que le droit est incitatif. En effet les règles qui constituent les « contrats responsables » n'ont juridiquement qu'une dimension incitative. Si les parties en expriment la volonté, le contrat type ou standardisé du contrat responsable est dépassable. Il est possible de créer autant de garanties supplémentaires que souhaité. Il importe peu que le contenu des contrats responsables ne soit pas obligatoire. Il est toujours possible de le « supplémenter » en souscrivant des offres surcomplémentaires, ou supplémentaires, sur le marché de l'assurance santé.

C'est ce nouvel espace de liberté rendu possible par l'évolution de la législation qui va permettre de déployer des contrats sur-mesure dans un environnement devenu très concurrentiel.

2. Le « réarmement » par les valeurs du marché de l'assurance privée

Les contrats « solidaires et responsables » induisent une standardisation des produits et une uniformisation des garanties. Cependant le législateur n'a pas limité le marché des complémentaires santé aux contrats responsables. Il est toujours possible d'offrir des contrats non responsables autonomes par rapport aux règles de remboursement du régime obligatoire. Cet espace est celui des contrats supplémentaires, surcomplémentaires ou à option qui permettent aux assureurs privés de s'affranchir du lien entre assurance obligatoire et assurance complémentaire. Toute une gamme de garanties en matière de santé peut être vendue à l'assuré sans avoir une base dans le régime obligatoire, c'est-à-dire sans que l'assurance santé se positionne en complément de ce que rembourse l'assurance de base (Sécurité sociale). De nouveaux produits d'assurance ont ainsi émergé, liés très souvent au bien-être, à la santé au travail, à la pratique du sport, aux médecines alternatives, au soutien psychologique, au sevrage tabagique ou encore à la livraison de produits médicaux à domicile. Ils sont souvent accompagnés de services numériques et « surfent » sur la digitalisation (objets connectés, plateformes, téléconsultation, « chat », etc.). Plus le législateur a cherché à éduquer le marché en réglementant le contenu des contrats de couverture complémentaire, plus il a laissé se développer, voire a encouragé, la construction d'offres spécifiques à destination de certains assurés. Plus il a réglementé les contrats responsables, plus il a autorisé la diffusion de dispositifs inédits, « non responsables », se présentant comme des produits sur mesure, des produits de niche qui ne sont souscrits que par certains assurés ou groupes d'assurés.

Le législateur n'a pas seulement laissé faire le marché sur un domaine innovant. Il a mis en ordre ce marché en étoffant la part laissée à la surcomplémentaire. Les dispositifs juridiques récents ont en effet agrandi l'espace du marché et le spectre d'intervention de l'assurance maladie surcomplémentaire (2.1). Si le marché de l'assurance santé s'est émancipé de l'assurance de base, il ne s'est toutefois pas autonomisé de la mission sociale qui lui a été confiée. Le marché s'est engagé sur l'espace surcomplémentaire fort des valeurs qu'il a porté sur l'espace complémentaire. En d'autres termes, avec l'extension des contrats solidaires et responsables voulus par le législateur sur la part complémentaire, le marché a fait la preuve qu'il pouvait investir dans la mission sociétale de l'assurance et se poser en garant de l'intérêt général. Les contrats non responsables à l'étage surcomplémentaire ne sont pas étrangers à cette mission sociétale et solidaire. Au contraire, ils semblent même reposer sur un engagement renouvelé des assureurs dans des valeurs avec la récupération de certaines critiques. Le marché se développe aussi à partir de raisons morales (2.2).

2.1. L'extension du marché de la « surcomplémentaire »

De plus en plus de contrats intègrent des garanties santé visant à rembourser des prestations qui ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Ces contrats ne sont pas assis sur un vide juridique, mais s'inscrivent dans de nouveaux dispositifs qui ont vocation à élargir la place du marché surcomplémentaire. On insistera ici sur la législation relative aux restes à charge (2.1.1) ainsi que sur l'obligation d'assurance complémentaire d'entreprise, qui constituent toutes deux des leviers pour le développement du marché (2.1.2).

2.1.1. La politique du reste à charge et l'espace de couverture à prix libre

La notion de Reste A Charge (RAC) désigne historiquement ce qu'il reste à la charge du patient après remboursement de la Sécurité sociale. Du fait d'un changement de convention statistique, le RAC est dorénavant défini par ce qu'il reste à la charge du patient après remboursement de la Sécurité sociale ET après remboursement de l'assurance complémentaire. Avec cette nouvelle convention statistique, le RAC français est très faible avec 6,9 % des dépenses de santé (CSBM)[164]. Ce qui permet aux différents gouvernements de se féliciter d'avoir le RAC le plus faible d'Europe.

Dans l'ancienne convention statistique qui conduisait à ajouter la part des assurances privées qui vaut 13.4 %, le RAC était beaucoup plus élevé et supérieur à 20 %. Au-delà de l'argument politique, cette nouvelle définition du RAC souligne le poids des assurances privées dans la gestion du RAC. Le changement de convention statistique montre qu'une politique de maitrise des restes à charge doit mobiliser l'assurance santé privée au nom des valeurs de solidarité. C'est particulièrement le cas pour certains soins de ville très mal remboursés par le régime obligatoire, comme pour les frais optiques et les soins dentaires. En France, pour les soins courants, la prise en charge publique des dépenses est de l'ordre de 55 %[165] mais elle n'est que de 33 % pour le dentaire

[164] DREES « Les dépenses de santé en 2019 - résultats des comptes de la santé » - Édition 2020.

[165] Chiffre calculé sur la base des données de l'Echantillon Permanent des Assurés Sociaux 2006 de la DREES, repris par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie dans son avis du 27 janvier 2011 *« Accessibilité financière des soins : comment la mesurer ? »*.

et 4 % pour l'optique. La Drees en 2020 a montré que pour 1 % des patients, le RAC après assurance maladie obligatoire dépasse 3700 euros annuels (Adjerad et al., 2019). La littérature qualifie de « catastrophique » ce type de RAC qui peut sévir aussi à l'hôpital (Franc & Pierre, 2016; Perronnin, 2016).

Les chiffres les plus récents publiés en 2021 montrent une baisse globale du RAC du fait de la crise sanitaire. La Sécurité sociale s'est en effet positionnée en 2020 comme un « assureur total » et a pris en charge à 100 % la majorité des soins qui n'ont pas été reportés. Le RAC avant AMO ou après AMC a baissé avec la baisse du recours aux soins. L'année 2020 apparait ainsi très particulière. Elle laisse pourtant subsister des restes à charge pour l'audioprothèse qui représentent 58 % du prix des soins, pour l'optique 27.4 % et pour les soins dentaires 18.3 %. Sur les médicaments, le RAC est moins élevé avec 12.8 % des dépenses en médicament, mais du fait d'une consommation plus fréquente, il revient à 58 euros par an en moyenne sur un total moyen du RAC pour 2020 de 202 euros (DREES, 2021).

Ce bref état des lieux statistique sur les niveaux des restes à charge montre qu'il subsiste des postes de dépenses qui échappent largement à la part obligatoire, mais aussi à la part complémentaire. Ces frais de santé nourrissent potentiellement l'étage de souscription nécessaire à la surcomplémentaire.

La réforme du « 100 % santé » (initialement baptisée « Rac 0 ») entrée en vigueur en 2019 a pour but de maitriser les RAC pour les dépenses d'optique, les soins dentaires et les besoins auditifs. Elle repose sur un financement croisé de l'AMO et de l'AMC pour ambitionner la mise en place d'une couverture complète sans reste à charge pour certains paniers de prestations uniquement.

Si la volonté de limiter les restes à charge est ancienne et les tentatives nombreuses, les plus récentes s'appuyaient sur les réseaux de soins qui sont des dispositifs de contractualisation avec des professionnels de santé pour encadrer le prix des lunettes, des prothèses dentaires, et des aides auditives principalement. Les réseaux de soins ont été initialement vécus comme un processus de différenciation pour les assureurs permettant à leurs clients de réduire leur reste à charge après intervention de l'AMC. Les réseaux de soins ont perdu une partie de leur raison d'être dans le cadre du « 100 % santé » (sur les prix en tout cas), ce qui oblige les assureurs à chercher d'autres moyens de différenciation.

Le mécanisme par lequel est construit le dispositif « 100 % santé » offre des opportunités dans ce sens. Il ne s'agit pas comme le souligne Gay (2021) de reproduire ce qui a été fait pour l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) c'est-à-dire de proposer trois contrats types labellisés présentant des garanties différentes selon la qualité. La voie choisie est celle de la différenciation des techniques et des biens médicaux, certains étant offerts au remboursement « 100 % santé », les autres étant laissés à la discrétion du patient. Le travail de nomenclature a conduit à construire trois paniers. Seul le premier est « *100 % Santé* » parce qu'il comprend un ensemble de biens entièrement remboursés aux assurés. Le deuxième panier évolue positivement dans la qualité des produits offerts, mais au prix fort et sans remboursement intégral (prix libre). Enfin le troisième panier dit « *à prix maîtrisés* » est dédié aux soins prothétiques dentaires pour une couverture qui est renforcée, mais pas intégrale (Wanecq, 2020).

Ainsi la réforme instaure trois paniers fondés sur des nomenclatures techniques décrivant ce qui est pris en charge et ce qui est remboursé. La réforme est souvent commentée parce qu'elle établit

une coordination des financeurs vers un objectif commun de réduction des restes à charge. Mais elle formalise aussi juridiquement un espace de prix libres sans plafonnement alors que, dans le même temps, la part que rembourse l'AMO est revue à la baisse (en optique en particulier). Le processus d'intégration des deux assurances maladie porte aussi sur le panier à prix libres pour lequel il est imposé des planchers et des plafonds de remboursement pour que le contrat soit labélisé responsable. Mais quand la qualité des produits et des garanties augmente, ce sont des contrats non responsables dans le cadre d'une surcomplémentaire qui prennent le relais. De tels contrats ne sont pas soumis à des plafonds de remboursement ce qui étoffe et organise un espace marchand reposant sur la différenciation. La qualité permet d'échapper au 100 % santé (Gay, 2021)[166].

Ce marché se nourrit non seulement de la persistance du RAC, mais aussi de l'organisation d'une autogestion du RAC par les patients. Les patients sont en effet invités à choisir leur gamme de produits en fonction de leur disponibilité à payer une qualité additionnelle. Cette gestion publique du RAC est un puissant levier au développement du marché. Le RAC est transformé en argument commercial. C'est le patient, consommateur souverain, qui décide de le supporter ou non. Le choix du niveau de couverture est fonction d'un arbitrage entre la satisfaction du besoin et son coût. Le RAC devient un élément du calcul coût/avantage et du choix de consommation.

Le législateur a ainsi construit pour les dépenses de santé minoritairement couvertes par l'AMO, tout particulièrement, l'optique, le dentaire et l'audioprothèse, un statut juridique à part. Ces dépenses obéissent désormais à des règles différentes qui visent à assurer une meilleure prise en charge par la seule AMC, au niveau complémentaire comme surcomplémentaire.

Ce marché n'est pas anecdotique. Les derniers chiffres publiés par la Commission des comptes de la Sécurité sociale montrent que pour l'optique, seuls 20 % des verres simples, 11 % des verres complexes et 14 % des montures sont couverts par le panier 100 % santé. Pour le dentaire si 54 % des prothèses dentaires sont prises en charge, il en reste 39 % à tarif modéré et 21 % tarif libre. C'est pour l'audioprothèse que le marché a le plus de marge avec uniquement 12 % des audioprothèses en 100 % santé contre 61 % qui sont vendues hors 100 % santé.

Au total, la réforme du 100 % santé institue un espace de couverture « à prix libre » très important et dorénavant structuré. Non seulement elle autorise un marché des contrats à prix libre pour des clients qui peuvent se payer une qualité additionnelle, mais elle le protège. Cette évolution est totalement en phase avec le « coup de pouce » juridique qui a été fait en faveur des contrats collectifs d'entreprise.

2.1.2. La généralisation de l'assurance santé privée à l'entreprise : un effet de levier pour les surcomplémentaires

La littérature juridique distingue les contrats individuels des contrats collectifs. Les premiers sont des contrats d'assurance souscrits à titre individuel. Les seconds sont des contrats entre un organisme d'assurance santé et une entité collective, en l'occurrence, l'entreprise qui conclut un contrat de couverture, pour des tiers, les salariés. Les contrats collectifs existent depuis longtemps, mais ils ont reçu une nouvelle impulsion en 2016 quand le législateur a créé les conditions

[166] « Les premiers pas contrastés du 100 % Santé », Laure Viel, L'argus de l'assurance, 9 avril 2021, p. 18-19.

juridiques pour que se développe une couverture complémentaire santé généralisée au niveau de l'entreprise.

En effet, depuis la loi du 14 juin 2013, qui fait suite à l'Accord National Interprofessionnel (ANI) signé le 11 janvier 2013 entre le MEDEF, la CFDT, la CFTC et la CFE-CGC, la mise en œuvre d'une couverture complémentaire santé au niveau de l'entreprise est une obligation à la charge des employeurs. La réforme est entrée en vigueur le 1er janvier 2016. Si cette réforme est présentée comme une « généralisation » de l'assurance santé privée, elle ne fait que transformer des besoins de contrats individuels en des obligations à souscrire des contrats collectifs, tout en excluant ceux qui ne sont pas dans l'entreprise ou qui en sont sortis (retraite, licenciement, chômeurs).

Le dispositif retenu sur le contenu des garanties peut être résumé en quatre points en suivant la chronologie de l'arsenal juridique qui a été mis en œuvre :

1. Obligation faite à l'employeur de proposer un *panier de soins minimal* aux salariés (décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014). L'employeur peut, s'il le souhaite, proposer des garanties supérieures. Le panier de soins minimal comprend entre autres, l'intégralité du ticket modérateur sur les consultations, 65 % du remboursement des médicaments, la prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limitation dans le temps, les soins dentaires à hauteur de 125 % du tarif de base la Sécurité sociale et les frais optiques à hauteur de 100 euros, tous les deux ans, pour des corrections simples.

2. Cofinancement obligatoire de la cotisation de la part de l'employeur sur le contrat du salarié à hauteur de 50 % minimum (article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale).

3. Dispense d'adhésion à l'initiative du salarié. Les salariés pouvant avoir recours à une dispense d'adhésion sont ceux ayant déjà un contrat individuel (jusqu'à la fin de celui-ci), les salariés couverts par un autre contrat collectif en tant qu'ayants droits, les salariés bénéficiaires de la CMU ou de l'ACS (Aide à la complémentaire santé). Ces deux types de public sont couverts soit par le marché soit par un autre dispositif.

   Sont aussi concerné par la possibilité de dispense les salariés à temps partiel ou apprentis ayant un contrat de travail inférieur à 12 mois (les contrats courts) ou dont le taux d'effort (part de leur revenu affecté à une complémentaire santé) est supérieur à 10 % de leur revenu brut (dispositif pour les salariés les plus précaires). En contrepartie, en cas de dispenses et en fonction des accords paritaires, l'employeur peut verser une subvention au salarié dans les montants fixés par l'Etat. (Décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015).

4. Extension des dispositifs de portabilité, c'est-à-dire de maintien d'une couverture collective en faveur des anciens salariés, par des mesures fiscales (allégements sociofiscaux). Ce droit est généralisé aux anciens salariés ayant droit aux indemnités de chômage et étendu à tous les anciens salariés jusqu'à 12 mois (décret n°2017-372 du 21 mars 2017).

La loi renouvelle ici complètement la conception de l'assurance santé privée. De facultative, elle accède dorénavant au statut d'assurance obligatoire brouillant ainsi les frontières entre assurance publique (la Sécurité sociale) et assurance privée. La loi affiche une volonté de permettre l'accès

de tous aux soins dans une période de désengagement de la Sécurité sociale. Pour autant, la cible de la réforme est constituée des salariés de droit privé, qui, pour la plupart, ont déjà une couverture complémentaire. Cet écart fait à l'impératif de solidarité est compensé par des dispositifs de type « marché éduqué » qui incitent les entreprises à aider au financement de droits pour les anciens salariés (avec la création également de dépenses à haut degré de solidarité dans certains accords collectifs).

Le point central pour notre étude est que l'extension des contrats collectifs ne fait pas que développer un nouveau marché en rendant l'assurance privée obligatoire pour tous les salariés du privé. Elle introduit un partage inédit de couverture entre une assurance complémentaire obligatoire et une assurance surcomplémentaire facultative. La seconde n'a pas de raison d'être si la première est très couvrante. Les complémentaires d'entreprise ont en effet la réputation de couvrir davantage que les contrats individuels, ce qui réduit la taille du marché de la « surcomplémentaire ». Mais avec la généralisation de la complémentaire d'entreprise, on a observé le mouvement inverse : le marché de la surcomplémentaire a connu un nouvel essor.

L'intérêt pour les assureurs de se positionner sur le marché des contrats collectifs est double. Quand la clientèle est celle des salariés d'une entreprise, les coûts d'acquisition (publicité, marketing, etc.) sont plus faibles parce qu'ils s'adressent à un public ciblé, très homogène. De plus, les salariés constituent des consommateurs captifs puisque la souscription est faite par leur employeur. Il est alors possible de développer de nouvelles offres de service auprès de ce public « pré-sélectionné » (Domin & Gallois, 2015).

Ce nouveau marché est même rendu lucratif par l'utilisation qui est faite des contrats socles. La législation interdit de couvrir un panier de soins qui ne correspondrait pas à un minimum légal (contrat socle responsable). Mais elle n'interdit pas de ne proposer que des contrats socles qui présentent des garanties inférieures à ce qui était déjà la pratique des contrats collectifs d'entreprise. En d'autres termes, les contrats socles obligatoires peuvent être souscrits par l'employeur pour respecter la loi. Un contrat sur deux est un contrat socle ou un contrat socle légèrement amélioré (Abecassis, Coutinet, et al., 2017). Dans le même temps, les assureurs peuvent en profiter pour développer des offres au-delà du contrat socle en vendant des surcomplémentaires ou des assurances supplémentaires dont le rôle est de couvrir ce qui n'est pris en charge ni par l'assurance maladie obligatoire ni par l'assurance maladie complémentaire. L'employeur n'a une obligation de cofinancement que pour la complémentaire, mais pas pour la surcomplémentaire.

En ce sens, la loi « généralisant » la complémentaire santé par l'entreprise serait utilisée comme un produit d'appel pour vendre des garanties supplémentaires. Les surcomplémentaires se présentent comme des contrats à qualité additionnelle qui peuvent être souscrits individuellement, ou plus souvent, par la mise en place d'options au sein de l'entreprise avec le même assureur qui vend de la complémentaire socle et aussi de la surcomplémentaire.

Cette nouvelle architecture fait aussi levier au développement des contrats non responsables qui sont disposés à tout rembourser si l'assuré peut y mettre le prix. Ils peuvent concerner des prestations liées à la santé que ne remboursent pas ou très peu la Sécurité sociale, des prestations liées au bien-être individuel comme familial, comme le coaching en sport, en nutrition et en sommeil ou encore en automédication, l'aide à domicile et la garde d'enfants après une hospitalisation, etc. (nous reviendrons sur le contenu de ces contrats dans la section suivante).

Un certain nombre d'éléments statistiques récents confirment le développement rapide de ce nouveau marché. Ainsi la disposition des salariés à payer une surcomplémentaire a largement doublé au moment de la mise en place de la généralisation de la complémentaire de la loi (entre 2015 et 2017) passant en moyenne de 22 euros à 49 euros par mois selon une Etude du cabinet Deloitte « Les français et la santé », 2017 (Deloitte, 2017). En 2017, ¼ des salariés du privé avait souscrit à une surcomplémentaire (Adjerad et al., 2019) et 19 % des bénéficiaires de surcomplémentaires ont souscrit à un contrat non responsable (Barlet et al., 2019).

La législation fait ainsi levier au développement du marché et tout spécialement pour la diffusion de contrats surcomplémentaires qui ont trouvé un nouvel espace d'expression dans le cadre de contrats collectifs. Ces contrats surcomplémentaires sont complètement autonomes vis-à-vis de la Sécurité sociale et « vendent » des garanties « non responsables », ce qui leur permet de satisfaire de nouveaux besoins. La section suivante est consacrée au contenu de ces contrats.

2.2. Un nouvel esprit de l'assurance santé

La constitution d'un nouvel espace pour le marché, « l'espace surcomplémentaire », conduit au développement de nouveaux produits d'assurance qui s'affranchissent du cadrage responsable et donc solidaire imposé.

Si pour la partie complémentaire de l'assurance santé, les contrats doivent être « solidaires et responsables », pour la partie surcomplémentaire, ils peuvent être « non responsables » en totalité ou en partie pour l'exercice d'options dans le contrat. L'objectif de cette section est néanmoins de montrer que l'assurance complémentaire privée reste sensible à l'objectif de solidarité, y compris à l'étage de la couverture surcomplémentaire. L'éducation à la solidarité véhiculée par le droit de l'assurance santé ne disparaît pas totalement quand les règles du « contrat responsable » ne sont plus applicables. Se positionner en garant de l'intérêt général pour les assurances privées est en effet un argument de marché. Les nouveaux produits d'assurance sont alors porteurs de la trace de la mission solidaire qu'a obtenue le marché. Nous étayons cette thèse en étudiant d'abord le contenu des nouveaux produits d'assurance. Ceux- ci véhiculent des valeurs morales en cherchant à répondre à certaines critiques qui sont traditionnellement faites à l'assurance privée (2.2.1). Pourtant, les nouveaux produits d'assurance répondent à certaines critiques, mais pas à d'autres. La mission d'intérêt général que s'est donnée l'assurance privée repose alors sur une conception particulière : il s'agit de promouvoir la santé comme « valeur des valeurs », mais pas en revanche de lutter contre les inégalités, notamment sociales. Au contraire, les nouveaux produits d'assurance actualisent une « critique artiste », mais occultent la critique sociale (2.2.2).

2.2.1. Des nouveaux produits d'assurance pour désarmer la critique

Poursuivant l'analyse que nous avons présentée au chapitre 2, nous mobilisons ici les travaux de Boltanski et Chiapello (2011) sur le nouvel esprit du capitalisme. Ils ont montré que le capitalisme a besoin de répondre à certaines critiques pour se développer. Il ne peut pas se contenter uniquement d'une épreuve de force, mais doit aussi passer une épreuve de légitimité. Le capitalisme a besoin de ses ennemis pour se renouveler. Il se transforme en donnant raison à certaines critiques et en « endogéneisant » certaines valeurs et principes normatifs qu'elles

expriment. L'accumulation du capital nécessite une idéologie qui justifie l'engagement dans le capitalisme offrant des perspectives de vie attrayantes, et pas seulement des avantages matériels. Le capitalisme se donne des raisons morales à son développement. Il incorpore une partie des valeurs au nom desquelles il était critiqué.

Cet « esprit du capitalisme » est nécessaire à l'engagement des personnes dans la marche des affaires. Le capitalisme doit donner des raisons acceptables de s'engager et c'est pourquoi il doit s'appuyer sur des raisons morales. Cette exigence d'auto justification forge l'« esprit du capitalisme » qui n'est pas seulement un « *supplément d'âme* », un « *point d'honneur spiritualiste » ou une « superstructure ». « Il sert le capitalisme en le contraignant* » (p.67). « *Pour continuer à être désirable, le capitalisme est donc amené à se doter d'une idéologie qui agit au minimum en offrant des justifications, pointant vers des critères de justice, en permettant de répondre aux critiques soulevées* » (p.645)

L'analyse de Boltanski et Chiapello met au premier plan le rôle de la critique. La critique du capitalisme est d'une certaine façon un moteur du capitalisme.

> « *L'effet dynamique de la critique sur l'esprit du capitalisme passe ici par le renforcement des justifications et des dispositifs associés qui, sans remettre en cause le principe même de l'accumulation et l'exigence de profit, donne partiellement satisfaction à la critique, et intègre au capitalisme des contraintes correspondant aux points qui préoccupent le plus ses détracteurs. Le coût à payer par la critique pour se trouver écoutée, tout au moins partiellement, est alors de voir une partie des valeurs qu'elle avait mobilisée pour s'opposer à la forme prise par le processus d'accumulation mises au service de cette même accumulation* » *ibid.*, p.73

Ce raisonnement peut être adapté à l'assurance santé privée en considérant tout d'abord que le fondamentalisme assurantiel marchand fait l'objet de nombreuses critiques. Les techniques usuelles de l'assurance conduisent à des pratiques de sélection des risques qui sont choquantes quand elles sont appliquées au domaine de la santé. Verser des prestations selon la capacité de paiement des personnes peut aussi susciter l'indignation en conduisant au renoncement aux soins. L'assurance santé privée vend des produits d'assurance dont le degré de couverture est fonction du prix du contrat (de la prime payée). Les contrats les plus couvrants sont les plus chers. Or, ce sont les plus malades qui ont le plus besoin de couverture (et le plus de RAC). Dans le monde de la complémentaire santé, on observe exactement l'inverse. Ceux qui ont le plus besoin de soins sont ceux qui sont les moins bien couverts par une couverture complémentaire.

Cette critique sociale est statistiquement armée : les 10 % de la population aux revenus les plus faibles payaient en moyenne 950 euros de primes de couvertures complémentaires et 250 euros de restes à charge après intervention de leur complémentaire, contre respectivement 1 095 euros et 540 euros pour les 10 % les plus riches (Barlet et al., 2019). Comme nous l'avons développé au chapitre 5, la littérature a mis en avant un taux d'effort (la dépense de santé rapportée aux revenus) fortement inégalitaire au désavantage des plus modestes. Le premier décile de la population consacrait 10 % de ses revenus à ces dépenses contre seulement 2 % pour le dernier décile. Ce phénomène de « loi de l'accès aux soins inversé », *inverse care law,*(Hart, 1971), n'est pas uniquement une réalité statistique, mais une source d'indignation qui provient d'une situation vécue personnellement ou de l'émotion suscitée par le sort d'autrui. La couverture santé privée

protège davantage les plus riches que les plus pauvres au mépris de la satisfaction des besoins élémentaires. L'assurance santé privée dessert la santé de la population en protégeant mal ou pas ceux qui affrontent la maladie. Son extension pose un problème de santé publique, et plus largement d'égalité.

La critique ne porte pas uniquement sur le registre des inégalités et de la santé publique, mais aussi sur celui de l'efficacité. De nombreuses analyses ont mis en avant l'importance des coûts de gestion des contrats complémentaires santé par rapport à ceux générés par la Sécurité sociale. Selon la Drees (DREES, 2019), la Sécurité sociale dépense 7,3 milliards d'euros en frais de gestion (46,8 % du total des frais de gestion) pour financer 206,5 milliards d'euros de prestations (soit 75 % du total des prestations). Dans le même temps, les complémentaires ne financent que 55,1 milliards d'euros (20 % du total), mais pour des coûts de gestions de 7,5 milliards d'euros (soit 47,5 % du total). Autrement dit, la Sécurité sociale finance au moins 3,8 fois plus de la dépense courante de santé que les complémentaires en dépensant moins en frais de gestion (Da Silva & Duchesne, 2022). De plus, les coûts de gestion des organismes complémentaires augmentent plus vite que ceux de la Sécurité sociale. Ainsi, l'assurance santé privée fait l'objet de nombreuses et persistantes critiques. Coûtant plus chère à la population, elle affaiblit la santé publique en mettant des barrières tarifaires à l'accès aux soins, pour ceux qui ont le plus besoin de soins. L'AMC est un marché fortement contesté à tel point que se font de plus en plus entendre les voix qui souhaitent (re) donner le monopole de la couverture santé à l'assurance publique.

Les assureurs n'ignorent pas ces critiques. Ils vont tenter de convaincre que leur « business model » peut être bon pour la réalisation des objectifs de santé publique. Il ne s'agit pas de renoncer à la recherche de rentabilité, mais de prendre en charge certaines missions de santé publique pour désarmer la critique. Le surcoût à payer pour disposer d'une bonne couverture santé est présenté comme le prix du bien-être individuel et collectif.

L'assurance privée est fortement critiquée quand son modèle d'affaires nuit à la santé individuelle et collective. Or, la réglementation des contrats solidaires et responsables a rendu manifeste l'orientation solidaire de l'AMC. La législation a promu l'AMC comme acteur majeur de la solidarité. Elle a donc désarmé en partie la critique dont fait l'objet l'AMC. Du même coup, elle a réarmé le marché en légitimant son action et, comme on l'a vu, en lui offrant de nouveaux territoires d'exercice.

Cependant le marché doit toujours satisfaire l'épreuve de légitimité. L'épreuve de force se conjugue avec une épreuve en justice et l'AMC, pour développer son marché, a besoin de subir une épreuve de légitimité en assimilant certaines critiques. Les contrats d'assurance incorporent une partie des valeurs et des principes sur lesquels la critique de l'AMC s'appuie. En capitalisant sur la nouvelle compétence attribuée en matière de solidarité, les assurances santé privées se positionnent dorénavant comme des acteurs incontournables de réalisation des politiques de santé publique et de promotion de la santé de la population. Elles récupèrent certaines critiques qui leur sont adressées pour saisir de nouvelles opportunités de développement. Dans le même temps, elles se positionnent sur un terrain qui était l'exclusivité de l'Etat.

Le nouvel esprit de l'assurance santé privée s'exprime par la diffusion de produits innovants tels que l'assurance à dimension comportementale. S'appuyant sur le développement du numérique et des objets connectés, ces produits concernent un large spectre de domaines allant de la nutrition à l'arrêt du tabac en passant par l'activité physique et la prise en charge du stress. Les assureurs

développent des dispositifs invitant les assurés à adopter de « bons comportements santé » au quotidien. Ces actions sont présentées comme des missions au service de la santé individuelle, mais aussi pour la santé publique et l'intérêt général (Batifoulier, 2019). Le programme *Vitality* créé par la société d'assurance *Generali* en 2016 est souvent cité en exemple. Il permet aux adhérents bénéficiaires de contrats collectifs de santé ou de prévoyance, de réaliser des objectifs personnalisés récompensés par des points convertissables en avantages commerciaux dans des enseignes comme Club Med, Transat Voyage, *Weight Watchers* ou Séphora, Fnac, Décathlon, etc. D'autres sociétés d'assurance ont lancé des produits analogues octroyant des chèques cadeaux pour ceux qui ont eu un mode de vie sain et équilibré en fonction du verdict rendu par un bracelet électronique (Chelle, 2018; Ginon, 2017 pour d'autres exemples).

Les produits innovants ne se limitent pas à l'assurance comportementale. Le dispositif de « franchise cautionnée » fait le lien entre la prime d'assurance et la sinistralité. Les assurés les moins dépensiers sont récompensés par des remboursements d'une partie de leurs cotisations, mais aucune caution n'est remboursée si la consommation de soins de l'assuré est importante.

Tous les assureurs proposent désormais à la souscription des garanties supplémentaires, présentées sous la forme de « packs », de « forfaits » tels que les « forfaits bien-être », « forfait sport sur ordonnance », « forfait méditation », ou « coaching forme ». La spécificité des assurances santé privées n'est plus dans le remboursement dit complémentaire, mais dans la vente de services dont certains n'ont qu'un lien très indirect avec la maladie. La prévention apparait comme « un nouvel eldorado » selon le terme employé par un responsable opérationnel d'une grande mutuelle de la fonction publique au cours d'un entretien que nous avons réalisé. Les assureurs ont massivement investi dans des « chargés de prévention » qui organisent des sessions de formation dans les entreprises et cherchent à vendre un produit qui est adapté à la spécificité et au besoin de l'entreprise.

Notre propre étude (voir encadré en introduction) sur un échantillon de contrats non responsables montre que les assureurs ont systématiquement introduit dans les contrats une rubrique « non remboursé par la Sécurité sociale » qui désigne des prestations relevant de l'acupuncture, chiropractie, ostéopathie, étiopathie, psychomotricité, naturopathie. Sont concernées aussi les consultations de psychomotriciens, diététiciens, sophrologues, micro-kinésithérapeutes si le praticien est inscrit auprès d'une association agréée. Les trois grandes familles d'assureurs privés (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) ont proposé en 2021 de rembourser quatre consultations annuelles chez un psychologue pour tous les assurés.

Ces contrats stipulent les forfaits par séance dont peut bénéficier le patient et le nombre de séances remboursées par année civile. D'autres options concernent la chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie) et proposent un crédit de 30 % du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale) par œil et par année civile pour les soins non remboursés par la Sécurité sociale. Tous les contrats d'assurance de notre échantillon proposent les mêmes prestations liées au bien-être et aux médecines alternatives. Ils diffèrent par les modalités de prise en charge.

Le développement des contrats collectifs (d'entreprise) a donné une nouvelle impulsion à ces formules contractuelles inédites. Ce sont en effet surtout les contrats collectifs d'entreprise qui peuvent être utilisés comme des produits d'appel pour permettre à l'assureur de vendre aux salariés des assurances surcomplémentaires enrichissant le produit d'assurance d'une qualité additionnelle.

Le 13e baromètre de la prévoyance CTIP-Credoc montre ainsi que sur 100 salariés bénéficiant d'une assurance santé collective en 2019, 40 ont une complémentaire santé obligatoire avec options facultatives, alors qu'ils n'étaient que 24 en 2017[167].

Ces prestations vont bien au-delà des dépenses de soins traditionnellement prises en charge par l'AMO. Ce sont toutes des garanties autonomes, dites supplémentaires, qui s'ajoutent aux prestations de base de l'AMO ainsi qu'aux contrats dits responsables proposés par l'AMC.

2.2.2. Des contrats sur mesure pour des publics ciblés

La notion de solidarité fait l'objet de nombreux débats et peut revêtir des sens différents selon les choix de politiques publiques et les philosophies politiques sous-jacentes (Daniel & Tuchszirer, 1999). Les dispositifs de « marché éduqué » portent une solidarité visant à ne pas exclure les plus vulnérables de l'assurance privée, et à limiter les restes à charge pour les autres. Les produits d'assurance qui sont les plus affranchis de la réglementation des contrats responsables relèvent pour la plus grande partie de la surcomplémentaire. Avec ce type de contrats, les assureurs restent solidaires, mais ils sont solidaires de l'objectif d'amélioration de la santé de la population. Les contrats surcomplémentaires se positionnent ainsi sur le terrain du bien-être physique et mental. Ils s'approprient les messages des récentes politiques de santé publique et se posent en agents publics prenant à leur compte un service qui doit être rendu au public. Les assureurs privés investissent une mission sociale de sécurité sanitaire collective. Ils entendent porter la revendication du souci de santé et la quête de bien-être de la population pour l'amélioration de l'état de santé en général, perspective qui est une mission régalienne, traditionnellement dévolue aux États.

Ce « nouvel esprit » des assurances santé privées cherche à pénétrer la sphère privée au nom de l'intérêt général. Les nouveaux produits d'assurance revendiquent explicitement une mission d'intérêt général en mettant l'accent sur le souci de soi, le développement d'un corps sain, sur les actes de prévention, mission qui a des retombées positives individuelles et collectives. L'assurance santé ne vend pas que des remboursements. Elle promet (voire promeut) dorénavant une vie saine et en bonne santé, susceptible d'épargner les clients des maladies et des épidémies. Elle se positionne comme le vecteur essentiel de la « pleine santé »[168], qui profite aux individus, mais aussi à la société dans son ensemble. Elle prend à son compte une mission d'intérêt général, d'intérêt « sociétal ».

C'est donc la primordialité de la santé qui offre un nouveau vecteur de développement au marché de l'assurance privée. C'est en s'appuyant sur des raisons morales que le marché de l'assurance peut désarmer les arguments cherchant à démontrer que le *business model* des assureurs nuit à la santé. Au contraire, il s'agit de montrer que les affaires peuvent faire bon ménage avec le bien-être. Une telle idéologie renverse la vision d'un modèle assurantiel nocif pour la santé collective. La récupération de cette critique est une des bases de la nouvelle dynamique de l'assurance santé privée.

[167] « La surcomplémentaire décolle enfin » - Marie-Caroline Carrère – L'argus de l'Assurance, p.46 (02/10/2020)
[168] L'expression est de Eloi Laurent (2020) par analogie au plein emploi.

La digitalisation joue un grand rôle dans la place accordée au bien-être. Les applications rivalisent d'ingéniosité pour mieux contrôler son alimentation et sa perte de poids, découvrir les informations nutritionnelles de son assiette à partir d'une photo ou pour jeuner en toute sécurité. Elles proposent des espaces dédiés au sommeil, à la relaxation ou la méditation. La santé au travail est aussi un vecteur de développement de produits dédiés. Comme le soulignent Juston Morival et al. (2019), les assureurs proposent un catalogue de produits et le client (l'entreprise) choisit parmi les dispositifs du catalogue en fonction d'un diagnostic éventuel fait par le vendeur visant à identifier le besoin du client et les moyens qu'il souhaite allouer à la prévention. Comme certains produits industriels ou de service (la vente de meuble par exemple), l'offre de base peut se décliner en autant de variétés et de suppléments qu'il est possible d'acheter.

En se positionnant sur le bien-être, le marché de la surcomplémentaire permet aux assurés de choisir le produit adapté à leurs besoins ou à leurs capacités financières du moment. Ce marché n'est pas un marché universel. Il opère par segment de population, en lien principalement avec leur situation par rapport à l'emploi. Le marché se déploie principalement (mais pas exclusivement) sur les contrats collectifs où la souscription de contrats supplémentaires « enrichis » a tendance à s'y déployer fortement. Ceci est consécutif aux aides fiscales et sociales dont bénéficient les contrats collectifs et qui renforcent leur attractivité, mais aussi à une échelle de mutualisation plus pertinente. Les clients sont déjà sélectionnés en tant que membres de l'entreprise ou d'un groupe dans l'entreprise (les cadres par exemple). Ceux qui sont éloignés de l'emploi stable sont écartés. Le vivier de clients potentiels est plus restreint, mais plus consommateur. L'objectif n'est pas de maximiser le nombre de clients, mais plutôt d'approfondir la demande de certains consommateurs. Le développement des contrats collectifs et la place importante donnée à l'employeur dans la couverture santé favorisent la segmentation du marché en petites communautés qui sont ciblées dans ces types de contrats et qui peuvent se payer la qualité additionnelle (Batifoulier & Ginon, 2022).

L'assureur a alors la possibilité de définir une offre sur mesure qui va répondre à un besoin spécifique. Alors que les contrats d'assurance complémentaire responsables ne peuvent pas être tronçonnés en groupes de population et a fortiori être individualisés, les contrats de surcomplémentaires santé répondent au besoin de personnalisation et de singularisation des produits. Aucune spécificité liée à la personne (âge, vulnérabilités, statut d'emploi) n'est autorisée dans la conclusion des contrats responsables standardisés. Pas dans les contrats surcomplémentaires.

Les produits de niche en assurance santé correspondent au monde de production immatériel de Salais est Storper (1993) que nous avons évoqué en début de cette section. Contre la standardisation de l'offre et de la demande, le marché se construit sur des produits très différenciés, pour une clientèle réduite et donc sur de petites séries. Ce monde du « sur mesure » a été plus récemment étudié par Boltanski et Esquerre (2017) dans le cadre de ce qu'ils appellent la « forme collection » comme forme d'enrichissement du produit. Le « contrat de niche » vise à faire accéder un public choisi à des avantages réservés à quelques-uns. Le prix élevé est justifié par l'intégration des clients à un récit. Dans le cas de l'assurance santé surcomplémentaire, il s'agit de celui de l'innovation technologique et des objets connectés, du sport comme dépassement de soi, de la pleine santé, du bien-être au travail, de la gestion du stress et de ses émotions ou de la protection de l'environnement.

Ces différentes analyses dans le sillage de l'Economie des conventions reprennent en partie les conclusions de l'étude réalisée sur les effets de l'ouverture à la concurrence des professions juridiques en Europe. L'exercice de la profession d'avocat y est caractérisé par quatre logiques idéal-typiques qui influencent l'organisation des cabinets (Favereau et al., 2012). En particulier, certains cabinets d'avocats se positionnent sur un créneau « haute couture ». Pour ces cabinets de niche alliant expertise et créativité, la logique prédominante est celle de l'innovation, en prenant le risque que l'innovation soit capturée par les concurrents. Comme pour l'assurance santé, il ne s'agit pas de maximiser le nombre de dossiers ou de clients, mais d'approfondir la demande de certains clients choisis. Le droit joue un rôle structurant dans ce processus (Chaserant & Harnay, 2016). C'est en s'emparant du cadre législatif et des nouvelles lois, que les avocats peuvent proposer des solutions nouvelles. C'est la lecture et l'interprétation de textes juridiques qui permet la constitution des produits de niches.

En s'appuyant sur les possibilités offertes par la législation, les produits de niche vont répondre à un désir. Par exemple, les contrats d'assurance à dimension comportementale vont ouvrir vers le monde du corps sain ou de la pleine santé. La qualité, qui est valorisée par ces contrats et options, est alors spécifique. Elle mobilise des registres argumentatifs particuliers, tels ceux affirmant la santé comme « valeur suprême » ou encore le registre consumériste ancré dans le monde moderne du numérique. Les produits d'assurance « surcomplémentaires » ne s'adressent qu'à de petites communautés qui peuvent payer le surcoût des nouveaux produits : les cadres plutôt que les ouvriers, certaines entreprises dans certains secteurs d'activité plutôt que d'autres. Les produits de niche ou « sur mesure » s'opposent aux produits de masse ou « prêt-à-porter ». Ils exploitent les différences et favorisent la segmentation du marché en petites communautés qui sont ciblées dans des contrats, en particulier dans le cadre de contrats collectifs. Le but recherché n'est pas de faire accéder tout le monde à de nouveaux produits d'assurance, mais plutôt de s'appuyer sur les hiérarchies sociales. Il s'agit pour l'assuré de partager une communauté de valeurs, celle du « corps sain » ou du « beau corps » ou encore de l'accomplissement de soi. Le contrat d'assurance permet d'entretenir une proximité avec des personnes privilégiées, partageant des produits « tendance » ou « dernier cri » commun à une « avant-garde » avant que la masse ne s'en empare et qu'elle « ringardise » le produit (Esquerre & Boltanski, 2017). Les comportements favorables à la santé constituent des moyens privilégiés d'aspirer au bonheur et au bien-être. Mais ce récit s'adresse surtout à certaines catégories sociales, celles qui sont sensibles à une forme de critique artiste.

La critique artiste mise en avant par Boltanski et Chiapello consacre la recherche de l'authenticité et s'appuie sur la revendication d'une plus grande autonomie. Elle dénonce le « désenchantement du monde » et s'insurge contre la perte de sens du beau ou du sain. Les produits surcomplémentaires actualisent cette critique artiste puisqu'ils offrent une réponse contre la perte du beau ou du sain. Ils se présentent comme des produits innovants et originaux. Le « sur mesure » est associé à la recherche de l'unicité de la relation entre un assureur et un assuré (ou le groupe d'assuré). Le « prêt à porter » est en revanche associé à l'inauthenticité.

Si la récupération par les assureurs privés de l'impératif de préservation de la santé est de nature à actualiser la critique artiste, il n'y a pas de réactualisation de la « critique sociale », car le monde de l'assurance santé reste largement un monde d'inégalités. Au contraire, les produits surcomplémentaires exploitent les différences et se nourrissent des inégalités sociales. L'existence d'inégalités sociales de santé n'est pas le problème du nouveau marché, mais en est le moteur

(Batifoulier & Diaz-Bone, 2021). L'intérêt pour le corps sain et le souci de soi sont inégalement répartis. L'image du « beau corps », la capacité à mobiliser des objets connectés, à faire appel à des médecines différentes, etc. sont conditionnées aux conditions matérielles d'existence et émanent principalement des personnes les plus éduquées et les moins vulnérables. Au contraire, le culte du corps sain et du souci de soi peut mener à la stigmatisation d'une partie de la population mise en face de son échec à se conduire en patient responsable (Poliquin, 2015).

3. Etat protecteur et pouvoir de valorisation

En matière de couverture santé comme dans d'autres domaines, la Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE) permet d'intégrer les préoccupations sociales ou sociétales dans les activités commerciales. Dans la conception d'une entreprise à mission sociale, les notions de lucrativité et de rentabilité ne disparaissent pas, mais l'entreprise se donne pour objectif d'associer la recherche du profit et de gains de parts de marché à des missions d'intérêt général. Cet élargissement du champ d'actions de l'entreprise lui fait porter un rôle d'entrepreneur politique. Comme toute RSE, cette responsabilité sociale étendue à la couverture santé est suspecte et peut se présenter comme un moyen pour l'AMC d'endosser à coût faible un rôle valorisant sans changer ses pratiques. Le « *healthcare washing* » joue alors le même rôle que le « *green washing* » pour l'environnement : afficher une entreprise citoyenne soucieuse de la finalité sociale, environnementale et sanitaire de son activité, souvent pour répondre à la pression citoyenne, sans rien sacrifier à la finalité capitaliste de l'activité productive.

Ces réserves sont bien connues. En matière de couverture santé, le cadre réglementaire s'est fait plus contraignant alors que la RSE suppose une intégration volontaire des missions éthiques et sociales[169]. C'est le droit qui forge la mission solidaire des assureurs. Le marché de l'assurance santé est hyper règlementé au niveau de la couverture complémentaire aussi bien que la couverture surcomplémentaire. Cette omniprésence de l'Etat interroge quand il délègue les missions de santé publique à des organismes privés et renonce à les porter lui-même. En matière de santé, l'Etat est très protecteur, mais cette protection est traduite par le marché, ce qui met en avant la figure du consommateur dans le cadre d'une segmentation organisée des patients (3.1). Cette figure du consommateur souverain s'installe en lieu et place du travailleur sur lequel s'est construite la Sécurité sociale de 1945. L'Etat a valorisé la démocratie du marché et dévalorisé la démocratie sociale qui présidait aux destinées de l'assurance santé (3.2).

3.1. Quel Etat sanitaire protecteur ?

L'architecture de la protection santé laisse une plus grande part à l'assurance santé privée qui peut développer son marché en récupérant et instrumentalisant l'impératif de santé publique. Cette traduction marchande des messages de santé publique alimente la segmentation des patients et met au premier plan la figure du consommateur de soins (3.1.1). Cette orientation questionne la forme d'Etat qui alimente les dispositifs de protection d'un côté, mais de l'autre laisse le marché s'adresser à ceux qui sont en capacité de payer en alimentant les inégalités (3.1.2)

[169] Avec la possibilité de labéliser des entreprises à mission sociale avec loi PACTE

3.1.1. Privatisation des assurances sociales et division des assurés sociaux

L'intervention de l'Etat sur le marché de l'assurance santé repose sur une prolifération de textes juridiques qui ne font pas qu'imposer des règles, mais aussi diffusent certaines valeurs de solidarité. Ces valeurs sont intégrées dans le modèle d'affaire de l'assurance pour construire différents étages de protection santé, parfois appelés pilarisation.

Cette pilarisation fonctionne par étages. Le premier étage est celui de la couverture de base. Le deuxième est celui d'une couverture complémentaire obligatoire passant de plus en plus par l'entreprise. Le troisième est celui de la surcomplémentaire laissée à la libre prévoyance et surfant sur les produits innovants en bien- être.

Il existe cependant une deuxième différenciation, plus horizontale consistant à segmenter les individus selon leur classe de risque. Les plus vulnérables peuvent bénéficier de couvertures santé spécifiques : la CMUC, l'ACS, la CSS pour les plus précaires sont venus à partir des années 2000 accompagner le dispositif ALD pour les plus malades. Les autres doivent de plus en plus faire appel au marché et subir ses règles pour se couvrir. Ces politiques d'assurance santé sont qualifiées de « ciblage » ou de « dualisme » (Palier, 2010). Cette séparation des risques permet de distinguer les assurés pour orienter la prise en charge publique vers ceux que le marché ne considère pas comme de bons clients (Batifoulier, 2015b).

L'Etat a largement institutionnalisé ces protections à géométrie variable (Tabuteau, 2003). Il a multiplié les dispositifs de ciblage et comme on l'a vu, il a créé un vaste répertoire de règles juridiques concernant des prix plancher, des contrats socles, etc. Il a aussi mobilisé le système fiscal en développant les crédits d'impôts et des exonérations de cotisations sociales (Morel et al., 2018). Ces dispositifs font levier au développement, en particulier, de protections d'entreprise. Ce « *fiscal welfare* » est non seulement coûteux pour les finances publiques tout en subventionnant une offre sociale privée (Sol & Turquet, 2021; Zemmour, 2015).

Le retour en force de l'assistance dans un contexte de protections à géométrie variable a un effet négatif sur le pacte social. Si les dispositifs de ciblage sont présentés comme des progrès sociaux parce qu'ils donnent des droits aux plus vulnérables, leurs insuffisances ont été largement documentées (Batifoulier et al., 2018). Les bénéficiaires de l'assistance doivent constamment faire la preuve de leur bonne foi et l'Etat social a construit un labyrinthe administratif où l'accès aux droits relève du « parcours du combattant » (Martin, 2016), ce qui conduit à des situations de non-recours importants et à des phénomènes de refus de soins (Gonzalez & Nauze-Fichet, 2020).

Ce Welfare state va à rebours de l'universalisation voulue en 1945 par le régime général. Il fragmente le pacte social quand les individus qui ne sont pas bénéficiaires du ciblage expriment leur ressentiment vis-à-vis des personnes protégées. Les cibles du ressentiment sont souvent les pauvres suspectés de fraude sociale qui n'a pourtant qu'une faible réalité statistique (ODENORE, 2012). Le danger est que les personnes non protégées par le ciblage ne voient pas (ou moins) l'intérêt de payer pour la solidarité, ce qui peut conduire à un risque de sécession sociale. En créant un maquis de protections, l'Etatisation de la protection sociale ruine insidieusement le principe de solidarité qui avait été mis en œuvre en 1945.

Pour les patients qui sont la cible des produits d'assurance innovants, complémentaire ou surcomplémentaire, le risque santé est présenté comme un risque positif. A partir du cas de la dépendance, Delouette (2020) a montré comment chronologiquement le risque dépendance s'est mué en risque social, proche de la conception de la Sécurité sociale, puis en risque de protection sociale dans un cadre étatisé où domine la contrainte budgétaire, et enfin en risque positif. La notion de risque positif met en avant la responsabilité individuelle et la potentialité de croissance des profits pour les opérateurs privés dans un marché en expansion. Le risque positif est aussi prévisible au sens où chacun peut s'en prémunir individuellement. « *En tant que risque prévisible individuellement, il peut faire l'objet de politique de prévention individualisée à la fois réductrice de coûts sociaux et productrice de nouveaux besoins porteurs de croissance économique* » (ibid. p. 301).

Le marché de l'assurance santé n'est pas celui de la dépendance même si, de plus en plus, les garanties dépendance ou prévoyance sont liées au contrat d'assurance santé. On retrouve néanmoins la même logique de risque positif porteur d'opportunités. La promotion de la prévention et la façon dont les individus peuvent se prémunir contre la maladie ou la mauvaise santé est aussi la promotion du marché. Ce dernier se développe en présentant des objectifs relevant de la santé publique.

La fonction de la couverture santé n'est plus uniquement de contribuer à guérir de la maladie, mais à guérir la vie en luttant d'abord contre la mauvaise santé. En s'appuyant sur la santé parfaite comme norme de référence, le nouveau modèle assurantiel cherche à proposer à chacune des nouvelles habitudes de vie. Cette conception de la santé totale s'exprime comme une injonction à la performance totale des individus vis-à-vis de leur corps. La notion de performance totale a été définie par Jany-Catrice (2012) en ces termes : "*Dispositifs incitatifs auxquels personne ne croit tout à fait, mais auxquels chacun répond et se plie (dans tous les sens du terme) allant même jusqu'à des formes de contorsion pour passer sous les toises des indicateurs*" (p. 84). On retrouve ces attributs dans les nouveaux produits d'assurance. L'individu performant doit pratiquer une activité physique régulière, améliorer son indice de masse corporelle, réguler son taux de cholestérol, etc. Les indicateurs jouent un grand rôle dans le processus puisqu'il s'agit de privilégier les résultats avant les actes. Les chiffres sont des verdicts, décontextualisés, mais auquel chacun est invité à se conformer (Jany-Catrice, 2012a). Les individus produisent eux-mêmes leurs propres indicateurs qui sont vendus parce qu'ils permettraient de faire un bilan pour une meilleure santé (Ginon, 2017b). Les nouveaux produits d'assurance santé revendiquent d'être bons pour les personnes et aussi pour la société. L'assurance santé se positionne comme un acteur pivot du plaidoyer pour la santé humaine. Puisqu'elle cherche à vendre ses produits, il faut que les assurés réagissent comme des consommateurs. Le régime de la performance glorifie le consommateur.

C'est pourquoi le marché de l'assurance santé se distingue par l'importation récente et significative de dispositifs législatifs relevant du droit de la consommation : obligation de réaliser des devis à la charge de certains professionnels ; obligation d'information sur les prix et sur les conditions de résiliation des contrats d'assurance ; renforcement des obligations d'information et de transparence sur « les restes à charge » vis-à-vis de l'assuré. En audioprothèse, un « devis normalisé » doit être établi précisant le coût des appareillages, leur durée de vie, les conditions de remboursement par la Sécurité sociale ou l'assurance santé complémentaire. Le prix de

chaque option, non incluse initialement dans le produit proposé, doit être mentionné (Ginon & Del Sol, 2020).

Pour les biens médicaux comme l'optique, les soins dentaires, les appareils auditifs, les dépassements d'honoraires ou encore l'hébergement à l'hôpital (chambres particulières), l'assuré va être équipé d'un pouvoir de marché. Le législateur invite le consommateur à comparer les tarifs et à mobiliser de toutes les ressources fournies par l'Etat et ses agences pour faire jouer la concurrence. Ainsi, la loi sur la consommation de février 2014 a autorisé les patients à se fournir sur Internet pour les lunettes. Cette concurrence libre et non faussée est rendue possible par l'obligation faite aux ophtalmologistes d'indiquer sur l'ordonnance la distance entre les deux pupilles. Les réseaux de soins ont cherché à maitriser le RAC payé par le patient en organisant un espace de concurrence sur la base de règles communes (cahiers des charges, conditions tarifaires, etc.). La loi Hamon de 2016 oblige à faire état des conditions de prise en charge de façon « *simple et normalisée* » pour que le consommateur puisse comparer les frais de santé pour les soins les plus courants ou ceux qui sont chers. Cette obligation vaut aussi bien pour les contrats individuels que pour les contrats collectifs (d'entreprise).

Puisque l'assuré est avant tout un consommateur, le marketing est mis à contribution pour vendre du contrat (Crié, 2011). Les assureurs font la promotion de leur produit pour attirer le client avec la mise ne place d'un « *marketing relationnel* » visant à tisser du lien avec le client en proposant un contrat évolutif au cours du temps. Il est aussi proposé des modules d'analyse des comportements et l'individualisation des actions de promotion et de communication (marketing « one to one »), des offres « all inclusive » ou « reverse pricing » dans laquelle l'offre est construite à partir du prix que le client est prêt à payer. Le « versioning » consiste, quant à lui, à présenter différentes versions d'un même produit. On peut aussi procéder par des techniques de « scoring » en ligne, de « profiling » client, de « webanalytics » (suivi de trafic sur un site internet) pour extraire le besoin spécifique du client.

3.1.2. Quel Etat pour quelle protection ?

Le nouvel esprit de l'assurance santé récupérant certaines critiques et se faisant le porte-parole de l'exigence de santé publique rejoint les préoccupations de l'Etat. La réussite du marché de l'assurance privée est un témoignage de l'effectivité de l'action de l'Etat. L'exportation des exigences d'Etat en matière de solidarité et de santé publique vers le marché de l'assurance privée montre que l'Etat a, d'une certaine façon, réussi. Il a convaincu le marché de participer à la mission d'intérêt général dont il est dépositaire. L'Etat dans cette conception n'est pas un universel. Il n'est pas réduit non plus à des actions ponctuelles visant à corriger les défaillances de marché. L'Etat est présent dans le cours même de l'activité d'assurance santé.

C'est pourquoi l'Etat s'incarne dans les pratiques. On observe cette incarnation de l'Etat dans le modèle d'affaire des assureurs qui tient désormais compte non seulement de la loi, mais des valeurs véhiculées par la loi. L'Etat s'incarne dans les contrats d'assurance. Il diffuse un mode de gouvernementalité. L'Etatisation quand elle s'appuie sur des valeurs agit comme une rationalité. Elle produit une façon de penser invitant les acteurs à se conformer d'eux-mêmes à certaines normes (Dardot & Laval, 2010).

Il existe une représentation partagée d'une « bonne » assurance santé entre l'Etat et les assureurs. L'obligation de protection des plus vulnérables et de limitation des restes à charge dans le cadre du « marché éduqué » ou l'impératif de santé publique dans le cadre du « marché autonome » reposent sur une forme d'accord Etat/marché au sujet d'une assurance santé privée acceptable ou correcte. Ce type d'accord ne relève ni de la contrainte pure ni du contrat pur. Salais a proposé la notion de « convention de l'Etat » pour désigner cette coordination des représentations et les attentes partagées entre Etat et marché : "'*l'effectivité de l'action publique exige la formation entre les participants à la situation d'un accord conventionnel sur la définition du bien commun, autrement dit d'une « convention de l'Etat* »". (Salais, 1998, p. 258).

Les conventions de l'Etat éclairent « l'impossible opposition entre Etat et marché ». Cette opposition *« se trouve maintenant endogénéisée selon une opposition entre deux conventions de l'Etat : l'Etat extérieur et l'Etat absent. Elles reposent toutes deux sur le postulat que le bien commun peut être décrit a priori par référence à une doctrine extérieure au mouvement de la société et qu'il acquiert ainsi le statut d'une vérité objective* » (Salais, 1998, p.285)

Dans la convention de l'Etat extérieur, le bien commun est un bien d'Etat. L'Etat intervient au-dessus des personnes, de l'extérieur ou en surplomb. Les personnes renoncent à l'ambition de définir le bien commun en laissant la prérogative à l'Etat. Les individus n'ont pas besoin de prendre leur part à la définition du bien commun pour qu'il se réalise.

Dans la convention de l'Etat absent, le bien commun est l'addition des biens privés et il résulte d'une coordination entre individus qui poursuivent leur intérêt. L'intervention des individus est requise pour la réalisation du bien commun. L'intervention de l'Etat absent consiste à créer les conditions de sa discrétion.

Salais et Storper (1993) identifient une troisième forme de convention de l'Etat, la convention de l'Etat situé pour laquelle les personnes peuvent se coordonner dans la direction du bien commun. Le bien commun émerge d'une construction collective : « *L'Etat produit est mis en position de suppléance réelle des défaillances de coordination. Il retient, d'un commun accord, ses interventions, en intensité comme en durée, et même les diffère, les suspend autant qu'il est possible, de manière à créer les conditions d'un engagement et d'un apport satisfaisant de ressources de la part de chacun* » (Salais, 1998, p 285).

La notion de convention de l'Etat situé permet de sortir de l'opposition archétype entre un Etat dirigiste dans la convention de l'Etat extérieur où l'Etat est omniprésent et la conception d'un Etat absent qui s'incarne dans les idées néolibérales en faisant de l'Etat le simple relai des intérêts privés.

Si dans le monde de l'assurance santé, la convention de l'Etat absent semble introuvable, la convention de l'Etat extérieur est challengée par celle de l'Etat situé. Le bien commun n'est pas uniquement l'apanage de l'Etat. Il est co-construit à la fois par l'Etat et par les assureurs.

Une première façon d'appréhender cette co-construction est de considérer que les acteurs portent une conception du bien commun identique. La frontière entre l'Etat et les assureurs est très poreuse si bien que la définition du bien commun et d'une assurance santé correcte ou acceptable fait l'objet de peu de délibérations. Toute une littérature (Gervais, 2019; Pelletier & Bonelli, 2010) a mis en évidence l'existence de « porte tournante » et la connivence des hauts fonctionnaires ou du personnel politique avec les intérêts privés. « *L'impossible opposition entre Etat et marché* » est

ici traitée en tant que collusion. La couverture marchandisée en matière de santé apparaît comme une synthèse entre élites politiques et économiques. Le domaine de la santé est souvent incriminé pour être le territoire de conflits d'intérêts (Rodwin, 2014). Les experts qui produisent les règles qui encadrent l'activité d'assurance santé font des « allers-retours » entre le public et le privé. L'entrecoupement des carrières entre le privé et le public alimente la conception d'une continuité entre le public et le privé, entre le service de l'intérêt général et celui des intérêts privés. La co-construction du bien commun est alors alignée sur les intérêts du secteur privé et soutenue par une bureaucratie publique. La bureaucratisation du social vise alors à mieux installer le marché.

Un prolongement radical à ce point de vue considère que les intérêts privés se sont emparés de l'Etat. Galbraith, (2009) définit un Etat prédateur comme une transformation de l'Etat-providence au service d'intérêts privés puissants au point de brouiller les frontières entre ce qui relève de la protection sociale et de la recherche du profit. Vahabi (2004, 2015) a proposé une définition différente et stimulante de l'Etat prédateur qui tient compte de la protection qu'il opère. Il existe une forme de protection sans laquelle la prédation ne pourrait exister et qui vise à légitimer la prédation.

> « *My hypothesis is that humans became master predators not only by virtue of their inventive spirit in fabricating more destructive lethal weapons, but also because of their ability to behave as predator/protector. They thus transformed prey into their property and changed the meaning of predation. In this context, predation does not need involve killing and feeding on the prey as an independent object. Humans are able to endogenise or reinvent the prey according to their specific needs. Predation is now coercive appropriation of prey so that it could be used in multiple ways as a resource*. » (Vahabi, 2015, p.89)

Il ne s'agit pas alors de faire des métamorphoses de l'assurance santé, la manifestation de l'influence de l'économique sur le politique ou inversement, mais de leur coopération. En matière d'assurance santé, la protection opérée par l'Etat est indéniable. Mais elle s'accompagne de régressions sociales, comme nous l'avons montré, qui se traduisent par la persistance des inégalités sociales de santé et le renforcement des différences sociales, par la segmentation des assurés et le retour de l'assistance, par une bureaucratie de la santé alignée sur les règles de gestion du secteur privé, etc. Il existe donc une dialectique entre la prédation et la protection.

La notion de prédation développée par Vahabi (2016) peut alors être utilisée pour montrer comment la protection (sociale) est une technologie de la prédation. Vahabi et al. (2020) ont relu l'histoire de la protection sociale française comme un conflit entre une protection sociale étatique (*Welfare state*) et une protection sociale citoyenne (*citizen welfare*). Cette deuxième forme de protection sociale non étatique s'exprime à différents moments de l'histoire sociale française, notamment pendant la commune de Paris. C'est cette conception qui préside aux destinées de la création du régime général de 1945. La Sécurité sociale se construit contre l'Etat dans le contexte d'après-guerre. Comme nous l'avons développé dans la première partie de la thèse, le moment 1967 consacre la victoire du welfare state (un *welfare* d'Etat) sur le *citizen welfare*. L'histoire de la protection sociale française est en effet celle d'une étatisation progressive de la protection sociale contre la démocratie sociale qui est reléguée à l'arrière-plan. Cette reprise en main de l'Etat s'accompagne d'une absorption progressive de l'assurance santé par l'Etat et d'une réorientation de l'assurance santé pour laisser plus de place au marché. Le processus de privatisation est

indissociable du processus d'Etatisation. Il se traduit par l'affirmation d'une protection des bénéficiaires. L'assurance santé est en effet fortement réglementée pour mettre en forme une exigence de solidarité pour les plus vulnérables, mais aussi pour l'ensemble de la population. Le marché est encadré par l'Etat pour qu'il s'inscrive dans la trajectoire de solidarité. La solidarité n'est plus désormais une valeur hors marché, mais une valeur constitutive du marché.

Mais cette protection accordée aux individus s'accompagne aussi d'une place plus grande laissée au marché. L'assurance santé est davantage encastrée dans le marché. Si le marché se développe en portant des valeurs de solidarité, il a aussi la capacité à puiser dans la profusion de règles juridiques pour s'étendre dans les registres les plus lucratifs. L'assurance santé est alors orientée pour privilégier le consommateur souverain alors qu'une partie de la population est versée dans l'assistance. La protection santé est alors considérée comme une demande des citoyens en tant que « consommateurs de protection » et non comme un droit attaché au salariat.

3.2. D'une démocratie sociale à une démocratie de marché

La mise au premier plan de la figure du consommateur souverain produit un déplacement qui conduit à donner un poids de plus en plus grand à la logique marchande. Ce qui se traduit par le passage d'une démocratie sociale à une démocratie de marché. Si la Sécurité sociale de 1945 avait placé le travailleur comme charnière du système, le poids accordé au consommateur tend lui à s'accentuer (à la fois en tant que bénéficiaire et acteur) (3.2.1). Cette évolution peut s'interpréter par la domination d'une logique marchande prépondérante dans l'évaluation de la qualité des biens comme du travail et plus largement comme un pouvoir de valorisation de plus en plus grand laissé aux mains du marché. Le politique, s'il est porté uniquement par des consommateurs maximisateurs d'utilité individuelle, peut alors conduire à délaisser le « bien commun » (3.2.2).

3.2.1. La disparition du salarié au profit du consommateur

On l'a vu, en matière de couverture santé, l'Etat laisse une place de plus en plus importante au marché que ce soit via les complémentaires mais également les surcomplémentaires. Ce déplacement conduit à modifier également le statut de « l'agent représentatif du système de financement ». En effet, dans le modèle de Sécurité sociale de 1945, la protection sociale est fondée sur le travail et donc sur le salarié. C'est bien le salarié, par l'intermédiaire de ses représentants, qui est la figure centrale et qui va négocier dans le cas d'instances dites paritaires. L'originalité du modèle de 1945 est de faire présider les destinées de l'assurance santé par les travailleurs et leurs représentants. Au contraire, dans le financement par complémentaires santé, et plus encore, par surcomplémentaires, c'est le client, autrement dit le consommateur qui se trouve au cœur du système.

En effet, la Sécurité sociale est, par construction même, une institution du salariat (Friot, 2012). Ainsi, la Sécurité sociale, telle que voulue par Ambroise Croizat, vise non seulement à « socialiser » une partie de la valeur travail, mais également à mettre le salarié au cœur de la gestion. Au contraire, cette place accordée au travail et donc aux salariés diminue à mesure que le poids de la Sécurité sociale se réduit. A l'inverse, le poids pris par les complémentaires s'accompagne d'un désengagement des salariés. Il est ainsi étonnant de noter, alors que

l'entreprise est de plus en plus le lieu où se détermine la couverture santé du fait de l'importance prise par les contrats collectifs, qu'il n'est pas prévu de consultation des syndicats sur le choix de la complémentaire pourtant cruciale pour les salariés.

La « généralisation » de la complémentaire d'entreprise est aussi une nouvelle façon pour le patronat de soutenir le paritarisme contre la vision originelle de la Sécurité sociale. C'est d'ailleurs un rapport du patronat de 1965 (rapport de Yvon Chotard, vice-président du CNPF et président de sa commission sociale La Sécurité sociale et son avenir) préconisant le principe paritaire qui sera repris dans la réforme de 1967 instaurant une parité entre représentants des employeurs et des salariés dans les conseils d'administration des caisses du régime général. Avec le paritarisme, le patronat met la main sur le pilier complémentaire de la couverture santé (Vincent, 2019).

L'action de l'Etat pour développer le marché de la couverture santé et celle du patronat pour dévitaliser le pouvoir des travailleurs va conduire à mettre en avant la figure du consommateur. On assiste, en matière de santé, à une montée croissante du pouvoir de consommateurs. C'est bien en effet aux désirs des consommateurs auxquels les complémentaires cherchent à répondre en s'adaptant aux attentes des clients comme nous l'avons illustré avec l'analyse des offres, en particulier, les offres de surcomplémentaires. Cette place centrale donnée au consommateur n'est pas étonnante puisqu'il constitue la pierre angulaire du marché comme institution. Ainsi :

« *Pour le marché, cet état est celui de consommateur : le marché, comme construction politique est une société de consommateurs. Dans la théorie du marché, c'est le seul agent qui a le pouvoir de fixer souverainement les valeurs (...) Que deviendraient les autres acteurs dans une telle société ? En fait, il n'y en a pas d'autres. Les seules valeurs des salariés sont des valeurs de consommateurs : ils visent exclusivement à maximiser leur revenu et le travail est une sorte de consommation négative (arbitrage entre travail et loisir*) » (Eymard-Duvernay, 2004, p.85).

Tout se passe comme si les complémentaires agissent « dans l'intérêt » de leurs clients alors que la Sécurité sociale agit au nom des salariés. En diminuant le poids et le rôle de la Sécurité sociale, c'est la place des salariés, à la fois en tant que bénéficiaires et décideurs légitimes, qui se trouve reniée.

Concernant les attentes des bénéficiaires, on pourrait considérer que le fait que la couverture santé soit au service des salariés ou au service des clients ne change pas grand-chose. En effet, *in fine*, quand on est malade et que l'on a besoin de couverture santé, peu importe si cette couverture nous est offerte en notre qualité de salarié ou en notre qualité de client. Or, les attentes des uns et les attentes des autres sont loin de se recouvrir complètement. Autrement dit : « *La liberté ainsi octroyée au consommateur n'aliène-t-elle pas une partie de la liberté du salarié ? Ce qui est juste du point de vue du consommateur l'est-il aussi du point de vue du salarié ?* » (Eymard Duvernay, 2012, p.201).

En matière de santé, ce déplacement du salarié vers le consommateur, va engendrer des divergences fondamentales. En tant que client, la prise en charge dépend du contrat souscrit et donc de la capacité de paiement de l'assuré. En tant que salarié, la prise en charge dépend de la cotisation qui est ensuite « redistribuée » en fonction des besoins. Or, en matière de santé, comme nous l'avons montré précédemment, il y a une corrélation négative entre les besoins de santé et les capacités de financement : ceux qui ont le plus « besoin » de soins sont ceux qui ont une moindre capacité de paiement. Il en résulte un accroissement des inégalités de santé.

Concernant la place donnée aux différents acteurs, on substitue à un pouvoir politique et délibératif donné aux salariés, un pouvoir de sanction économique (changer de fournisseur) donné aux consommateurs. Ceci change fondamentalement la donne. En effet, dans le premier cas, les salariés ont toujours une possibilité de sortir, de refuser le dialogue, mais ils ont également une possibilité d'expression, de revendication. A l'inverse, le consommateur n'a qu'une capacité de sortie (« voter avec ses pieds » selon l'expression consacrée). Or, selon Hirschman (1990/1970), les fondements de l'action collective reposent bien sur trois piliers : *exit*, *voice* et *loyalty*. En privant, le salarié d'une de ses capacités d'actions, on réduit sa place et son travail. En adaptant la typologie d'Hirschman, Vahabi (2019) a proposé le concept de « *scream* » (cri ou hurlement) pour désigner un type particulier de *voice* : une *voice* non pas dans les règles, mais contre les règles existantes pour proposer de nouvelles règles du jeu. La Sécurité sociale de 1945 n'est pas une réforme dans le cadre des règles existantes, mais contre les règles. C'est ce qui fait son caractère révolutionnaire. La réappropriation de la sécurité sociale par l'Etat n'est pas seulement une transformation du *voice* en *exit* mais une négation du *scream* originel pour le réduire à un *exit*. Ce phénomène a une double implication.

Au niveau de l'entreprise, on assiste à une marginalisation de la place donnée aux salariés. D'un côté, le salarié est de plus en plus soumis à l'évaluation de son travail (et plus uniquement du poste qu'il occupe) ce qui, et le phénomène est désormais largement admis, peut avoir un effet délétère non seulement sur les conditions de travail, mais également sur la santé des salariés (Dejours, 2011). De l'autre, la place du salarié dans le financement de la santé, qui était centrale dans la philosophie initiale portée par la Sécurité sociale devient de plus en plus congrue. Le salarié est comme dépossédé de son pouvoir délibératif sur son travail et sur sa santé. Ceci s'inscrit dans un mouvement plus général de l'entreprise qui conduit à une minoration de la place du travail et du salarié au bénéfice notamment des actionnaires et de la place laissée aux détenteurs du capital procédant ainsi à une « grande déformation » de l'entreprise (Favereau, 2014). Ceci s'illustre par la faible place laissée aux salariés dans les instances de décision des grandes entreprises françaises contrairement à d'autres pays qui, au contraire, s'orientent vers davantage de codétermination (Clerc, 2018). Le délitement de la Sécurité sociale participe selon nous à ce même phénomène de marginalisation de la place du travail et du pouvoir accordé aux salariés.

Au niveau de la protection sociale, on est face à une remise en cause profonde du système, bien que dans une grande partie invisible. En effet, on qualifie souvent le système de protection sociale « à la française » d'hybridation entre deux logiques historiques traditionnelles la logique bismarckienne et la logique beveridgienne (Barbier & Théret, 2009) ou de la poursuite d'objectifs beveridgiens avec des moyens bismarckiens (Palier, 2002; Palier & Bonoli, 1995). Dans la logique bismarckienne, les principes d'assurance du travail par le travail supposent une gestion paritaire centrée autour de la figure centrale du travailleur. Cette figure est désormais déniée et son pouvoir délibératif renié. Dans la logique beveridgienne, les principes d'unicité, d'uniformité et d'universalité sont supposés être portés par l'Etat au nom des citoyens. Or, en matière de santé, comme dans d'autres champs de la protection sociale, le pouvoir des citoyens s'est fait plus timide au profit de la place grandissante laissée au marché. La réappropriation de la protection sociale par l'Etat conduit à une prise de pouvoir du marché sur les citoyens. Pour employer le vocabulaire de Streeck (Streeck & Labrousse, 2016), on assiste à une primauté accordée au « *Marktvolk* » (le monde du marché) sur le « *Staatsvolk* » (les citoyens). La mise en avant du consommateur tend donc à éclipser non seulement la figure du salarié, mais aussi celle du citoyen.

3.2.2. Conventions de qualité et pouvoir de valorisation

Nous nous proposons désormais de relire l'idée que le travailleur est réduit à un statut de consommateur rationnel au travers du concept de « pouvoir de valorisation ». Se faisant, nous proposerons comme ultime analyse conventionnaliste de relier convention de qualité des biens, du travail et pouvoir de valorisation principalement à travers les travaux de François Eymard Duvernay en mettant l'accent sur la continuité de son analyse « *dont le fil conducteur depuis les investissements de forme jusqu'aux pouvoirs de valorisation, en passant par les conventions de qualité, s'énonce comme suit : il n'y a pas de valeur en soi, il n'y a que des processus de valorisation* » (Favereau, 2017, p.11).

Notre objectif ici est de montrer que l'évolution récente de la couverture maladie concourt à un triple renforcement de la logique marchande au niveau des biens, du travail et des pouvoirs de valorisation.

Le marché est l'un des registres de justification, l'une des cités, mises en avant par le modèle des économies de la grandeur (Boltanki et Thévenot 1991). En matière de santé, cette logique marchande, loin d'être une cité parmi d'autres, tend à prendre un poids de plus en plus important, en imposant un fondamentalisme du marché : « *"l'activité marchande" peut porter d'autres valeurs que celle du "marché", et inversement que le fondamentalisme du marché, qui entend systématiser "l'activité marchande", éloigne définitivement du "marché" comme principe de justice*. » (Favereau, 2010, p.120). En l'espèce, nous l'avons vu, la prévalence de la logique marchande se manifeste aussi bien dans la définition de la qualité des produits que dans la définition de la qualité du travail.

En matière de qualité des produits, la comparaison des contrats dits surcomplémentaires même si elle permet un ajustement de l'offre pour répondre au plus près aux besoins des consommateurs, ne fait pas apparaître de différences majeures. Elle ne semble donc pas relever de différentes conventions de qualité des biens (Eymard-Duvernay, 1989). Si les contrats de surcomplémentaire diffèrent peu les uns des autres c'est parce que, *in fine,* ils sont tous proches d'un registre de qualité marchande. Ces produits vendus par les surcomplémentaires mobilisent le droit à la consommation et sont soumis aux règles du marketing. Les assureurs cherchent avant tout à attirer les consommateurs ayant la capacité de payer. Le droit du travail est étranger à ces logiques. C'est le consommateur que le droit protège et pas le travailleur.

La logique marchande ne s'impose pas uniquement aux biens, elle s'impose également au travail (Eymard-Duvernay, 2006). Il ne s'agit pas ici de faire une typologie des conventions de qualités du travail en santé comme cela a été fait pour la profession d'avocat (Chaserant & Harnay, 2015, 2016; Favereau et al., 2009, 2012). Ceci serait assurément un travail intéressant, mais ce n'est pas l'objet de la thèse. Nous mobilisons la notion de convention de qualité du travail pour souligner le fait que si l'assurance maladie est un droit associé au travail, la place accordée au travail et au salarié est remise en cause. Au contraire, le consommateur devient la figure centrale du modèle ce qui vient parfaire la logique marchande.

Les registres de justifications, portant sur les biens comme sur le travail, se trouvent donc reliés (Tableau n°6.1). Ceci n'est pas une nouveauté puisque c'est ce que propose de faire François Eymard Duvernay pour dessiner « la société marchande » (2004, p. 86). A chaque convention de

qualité des biens correspond une qualité du travail qui met en œuvre une convention constitutive (un mode de coordination).

Tableau n°6.1 – Conventions de qualité des produits et du travail

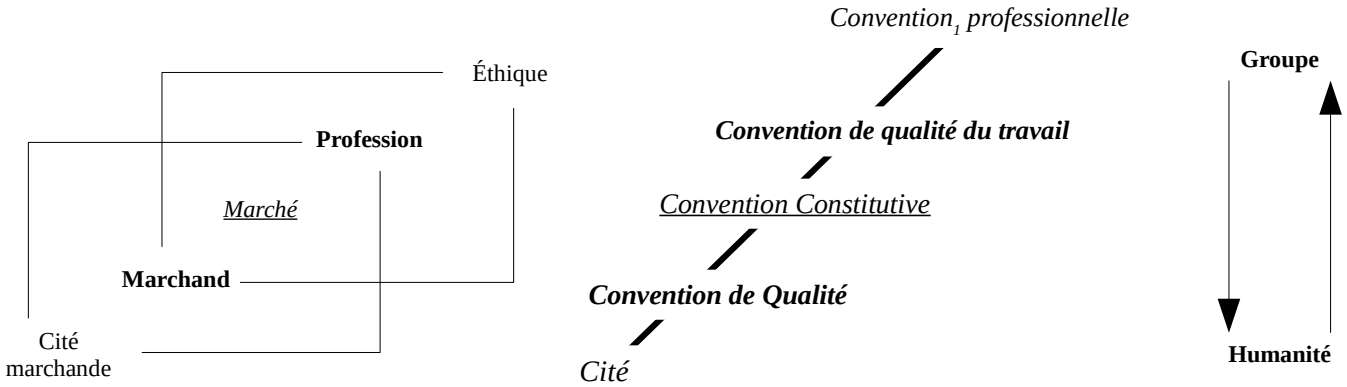
	Evaluation d'un bien	**Evaluation d'un service**
Evaluation par le producteur	Convention industrielle *Entreprise (industrielle)* Classification collective de postes	Convention domestique *Famille* Equipe de travail
Evaluation par le consommateur	Convention marchande *Marché* Marchés de professions	Convention de réseau *Réseau-projet* Relation de réseau (connexion)

Légende : Convention de qualité / *Convention Constitutive* / Convention de qualité du travail

*Source : auteur à partir d'*Eymard-Duvernay (2003, 2005)

Enfin, les développements autour de l'éthique, présentés au chapitre 2, permettent d'introduire une grille d'analyse plus fine en distinguant au sein même de la dimension « producteur » dans la qualification des produits et du travail ce qui relève de la dynamique de l'organisation elle-même d'une part et des travailleurs de l'autre part.

Schéma n° 6.1 – Interdépendance des conventions – Le monde marchand



Source : auteur

L'interdépendance entre les différentes conventions et leur degré de généralité permet à l'analyse conventionnaliste de mettre en évidence la manière dont un registre de justification, ici celui de la cité marchande, s'articule du plus général au plus particulier à travers une activité productive ou

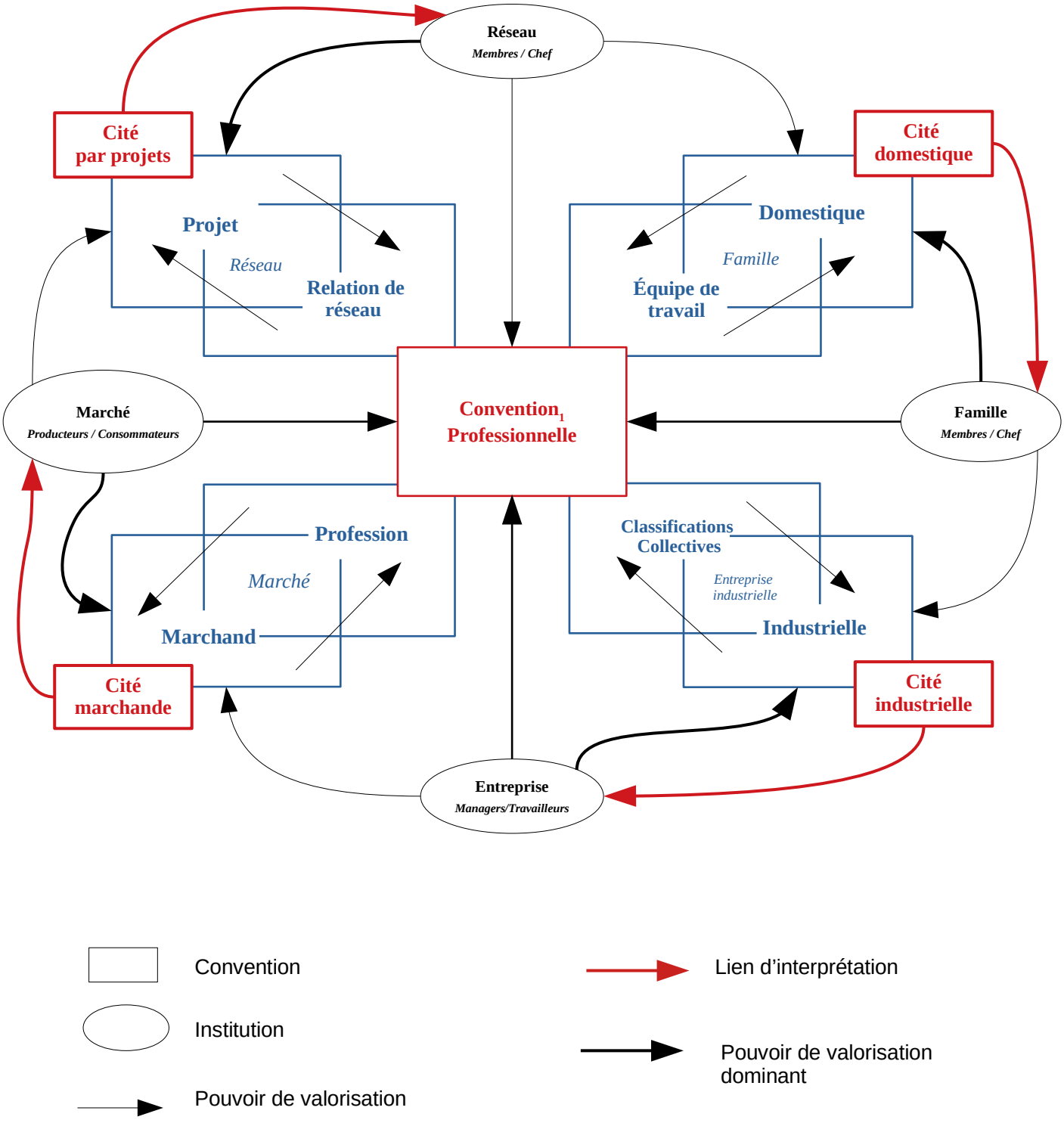
organisée. Nous représentons ici une cohérence idéale entre les différentes conventions qui s'articulent que l'on se focalise sur un niveau de généralité (Humanité, organisation, profession) ou une dimension particulière (biens, travail). Comme le soulignent Boltanski et Thévenot pour les cités, Eymard Duvernay pour les conventions de qualité ou Batifoulier pour l'éthique (convention professionnelle) chacune de ces conventions est sujette au conflit dans leur détermination en raison du principe de pluralité des conventions. Pour chaque convention, il existe différentes conceptions de ce qu'elle doit être en situation : marchande, industrielle, etc. La cohérence entre les différentes conventions n'est donc pas donnée dans la logique conventionnaliste, mais résulte d'une articulation.

Nous nous proposons alors, pour parachever notre analyse conventionnaliste, d'y adjoindre le concept de « pouvoir de valorisation » (schéma n°6.2). Ceci nous permettra d'une part d'envisager la pensée d'Eymard Duvernay comme un continuum puisque la question de la création de la valeur et du pouvoir de valorisation est en réalité présente dans les questions de conventions de qualité des biens comme du travail. Cela nous permettra également de mettre l'accent sur la dimension éthique et politique de l'analyse :

> « *Il est utile de parler de valorisation pour marquer que la valeur est construite, ensuite, la notion de pouvoir de valorisation met l'accent sur la dimension politique de la valorisation : le pouvoir de déterminer ce que valent les choses. Un lien est ainsi fait entre politique et économie, qui permet d'introduire la question de la démocratie économique, vue comme distribution équitable du pouvoir de valorisation et exercice démocratique de ce pouvoir*. » (Eymard-Duvernay, 2017, p. 291)

Le pouvoir de valorisation peut se définir comme le « : *pouvoir de dire ce qui vaut en dernier ressort dans la situation de coordination, et de faire en conséquence un partage juste des ressources collectives*. » (Eymard-Duvernay, 2012, p.176). A partir de cette définition, nous proposons donc de reprendre le tableau précédent en lui ajoutant la dynamique propre aux évolutions des pouvoirs de valorisation.

Schéma n° 6.2 – Conventions et dynamiques des pouvoirs de valorisations



Source : auteur

Nous avons ainsi proposé de transformer les quatre cases du tableau original de F. Eymard-Duvernay pour en faire quatre cadrans. Chaque cadran est ensuite « déplié » pour mettre en évidence les logiques qui le traversent aussi bien en termes de qualité des biens que de qualité au travail. Ainsi, le cadran sud/ouest correspond au schéma n°6.1 explicité plus haut qui nous a permis de mieux décrire les différents formats de la logique marchande. Nous avons procédé de même pour la logique industrielle, domestique et par projet. Enfin, nous ajoutons les mouvements inhérents aux pouvoirs de valorisation.

En santé, les évolutions récentes, mises en évidence tant dans le chapitre 5 que dans le chapitre 6, nous semblent caractéristiques d'un déplacement de droite à gauche dans la moitié basse du schéma. En effet, nous étions dans une logique essentiellement industrielle (cadran sud/est) fondée sur le salariat et les classifications collectives. Dans cette optique, la protection sociale est assurée, exclusivement ou essentiellement, par la Sécurité sociale. Le pouvoir de valorisation est donné aux travailleurs qui jouent un rôle important à la fois en tant que bénéficiaires, mais également en tant qu'acteurs du système.

Aujourd'hui, le système de santé a nettement basculé vers une logique marchande (cadran sud/ouest). L'Etat s'est déporté sur le marché auquel il a essayé de lui adjoindre des objectifs de solidarité, en tentant de construire « un marché éduqué ». Ce faisant, il a installé le consommateur comme figure centrale du système, ce qui est source de nombreuses inégalités. Parallèlement il a privé le salarié d'une partie (déjà limitée en pratique) de son pouvoir en le soumettant aux pouvoirs des consommateurs clients, mais également au pouvoir des actionnaires adeptes d'une évaluation essentiellement financière (Eymard-Duvernay, 2012).

En se reconfigurant, la protection sociale prend une nouvelle architecture qui tend à redéfinir le pouvoir des acteurs au sein de l'économie. Toutefois, cette évolution du pouvoir de valorisation au profit des consommateurs et du marché montre une certaine déconnexion avec l'idéal de la cité marchande. Le poids prépondérant pris par le consommateur considéré comme un maximisateur d'utilité individuelle peut être vu comme l'extension du calcul économique aux espaces publics alors que justement il conviendrait plutôt d'étendre les « *outils de la démocratie politique à l'espace économique* » (Eymard Duvernay, 2017, p. 294).

En effet, la contrepartie au pouvoir devrait être sa contrainte de légitimité, seule façon de définir non pas ce qu'il convient de faire, mais ce qui doit valablement être fait. Or, les évolutions récentes en matière de santé amènent à douter de la capacité de la logique marchande, telle qu'elle est repérée dans le champ de couverture santé, à agir véritablement en fonction d'un « bien commun ».

Conclusion

Le choix par l'Etat de recourir au marché plutôt qu'à la Sécurité sociale l'a conduit à développer un ensemble de règles afin de concilier impératif de solidarité et logique marchande. Si cet effort de réglementation peut être perçu, notamment par les Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (OCAM) comme une tentative de régulation, de contrainte étatique au détriment de la liberté concurrentielle, nous avons montré dans ce chapitre que, bien au contraire, l'étatisation produit le marché et assure son développement.

En effet, l'exportation par l'Etat des valeurs de solidarité dans le marché de la couverture santé s'est traduite par le développement d'une hyper-réglementation qui a eu pour conséquence d'uniformiser l'offre, les contrats des OCAM au nom de la Solidarité. Concrètement cela s'est traduit par un paramétrage fin des contrats d'AMC par l'Etat pour les rendre compatibles avec les exigences et capacités de chacune des catégories de la population. Autrement dit, le paramétrage et la standardisation des contrats par l'Etat est le revers pour les OCAM de la généralisation de l'AMC.

Simultanément à la standardisation des contrats, on assiste à une standardisation des opérateurs eux-mêmes. Le recours par l'Etat à une solution marchande pour développer la couverture santé a en effet conduit ce dernier à uniformiser le marché de l'AMC et le statut des opérateurs qui y interviennent autour d'un standard concurrentiel marchand. Ainsi, les spécificités des mutuelles et des Instituts de Prévoyance ont été progressivement effacées au nom de la mise en œuvre du principe de solidarité, et ce au profit du standard marchand concurrentiel, porté par les Sociétés d'assurance. En contrepartie, ces dernières ont progressivement incorporé le principe de Solidarité autrefois l'apanage de la mutualité. In fine, l'uniformisation des opérateurs de marché est le prix de la généralisation du principe de solidarité porté par l'Etat.

Ces deux uniformisations, des contrats et des opérateurs, autour du standard concurrentiel marchand loin d'affaiblir le marché, le renforcent, à la fois en généralisant l'outil de prédilection de l'assurance santé, la standardisation, et en normalisant le recours au marché en matière de santé.

En effet, la standardisation des offres en fonction des publics et des risques constitue le principe même du fondamentalisme assurantiel. La mutualisation commerciale dans un contexte d'incertitude vise justement pour les assureurs à déterminer des offres suffisamment larges tout en s'adressant à des catégories de population les plus homogènes possibles en termes de risque. Autrement dit, l'Etat en développant le paramétrage des contrats d'AMC ne fait donc qu'internaliser ce que faisaient les assureurs par ailleurs. Si la reprise en main par l'Etat du paramétrage des contrats peut se faire au détriment d'une rentabilité sur les contrats réglementés, responsables. Elle est compensée par le fait que désormais le marché de l'assurance santé fait partie des solutions standards, légitimes, pour assurer la solidarité en santé, en raison même du contrôle qui nuit à la rentabilité de l'assurance santé. Une moindre rentabilité est donc compensée, par le nombre, par la généralisation, mais également par le fait que l'assurance santé dans ses nouveaux habits de légitimité peut désormais se développer librement.

Le marché de l'assurance santé sort ainsi doublement gagnant. Premièrement, il a externalisé à l'Etat la responsabilité de l'offre de base, et donc de ses défauts potentiels, au nom de la Solidarité. Il y a donc un transfert de responsabilités en cas de critique. Il a également sécurisé son activité avec une obligation de couverture et des dispositifs d'aides à la complémentaire santé. Deuxièmement, comme le recours à l'assurance santé est désormais généralisé et que la régulation ne porte pas sur l'ensemble du spectre des risques à couvrir, l'assurance santé se développe en toute autonomie dans un espace qui est moins réglementé. On assiste ainsi au développement d'une offre sur mesure qui vient capter les espaces laissés par la régulation étatique (celle du contrat dit responsable). Ces espaces sont explicitement formalisés par l'Etat qui définit une couverture santé à trois vitesses : une base couverte par la Sécurité sociale, une part complémentaire couverte par les assureurs et réglementée, et enfin une part surcomplémentaire laissée libre aux assureurs. Ainsi

en cherchant à réglementer la part complémentaire, l'Etat a conduit à ancrer sa gestion marchande et à développer un nouveau marché.

Replacer dans la perspective historique qui est la nôtre cette marchandisation de la couverture santé par l'Etat achève un changement de paradigme fort sur le plan politique initié en 1967 : la fin de la démocratie sociale et du pouvoir de valorisation des travailleurs au profit d'une démocratie de marché et de pouvoir de valorisation du consommateur. La lutte portée par l'Etat contre la Sécurité sociale et le pouvoir donné au travailleur aboutit à la mise en œuvre du marché. C'est donc une forme particulière de solidarité qui est à l'œuvre dans la mesure où elle étend la logique d'accumulation du capital au secteur de l'assurance santé, là où la Sécurité sociale de 1945 avait pour ambition de la remettre en cause.

Plus encore, avec le marché autonome, la santé est déclinée dans une acception large, proche de la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les styles de vie sont mis en avant, mais aussi la visée d'un modèle de développement de type « anthropogénétique » qui vise à reproduire l'homme par le travail humain (Boyer, 2020). Ce nouveau modèle met en avant le fait que la santé n'est pas seulement un secteur économique important en nombre d'emplois et en part du Produit intérieur brut (PIB). Les activités touchant à la santé ont aussi la capacité de générer du bien-être, de la qualité de vie et de l'espérance de vie. Dans cette perspective, les activités d'assurance participent à un nouveau mode de vie qui rend nécessaire le développement du marché.

Conclusion générale

L'ambition de cette thèse était de montrer comment le projet radical de Sécurité sociale français a été progressivement remis en cause à l'initiative de l'Etat au profit d'un projet de protection sociale marchandisée. Le point de départ de notre analyse est une situation où le système de santé français est caractérisé par une Sécurité sociale portant un projet émancipateur, aux mains des intéressés, et financé par le monde du travail. A l'issue de notre analyse nous arrivons à la conclusion que le système de santé repose sur une Sécurité sociale devenue une agence de financement et de contrôle du système de santé d'un Etat, lui-même au service du développement des forces de marché.

Retours sur la thèse

L'Etat a un rôle prépondérant dans le changement institutionnel. Il définit les droits et devoirs des autres institutions. S'agissant de la protection sociale française, l'Etat n'est pas initialement maitre du jeu. Il n'a pas construit la protection sociale. Elle s'est construite contre lui. En France, le conflit de classe était crucial pour créer l'équilibre des forces politiques qui ont déterminé la législation sociale. Le salariat est le moteur des droits sociaux (Barbier, 2012 ; Da Silva, 2020 ; Friot, 2012). Cela distingue la France de la Grande-Bretagne où, si on suit l'analyse qu'en a donné Titmuss (1958), la protection sociale représente la conscience collective ou la volonté générale de la société dans son ensemble, dans une tradition « idéaliste » (Offer, 1999).

Cela donne une grande originalité à la protection sociale française que les typologies habituelles en matière de protection sociale ne peuvent pas capter. La France rentre difficilement dans les « cases », celle du modèle bismarckien versus beveridgien, ou encore dans les différents mondes de l'Etat providence d'Esping-Andersen (2007). La notion même d'Etat providence, prise à la lettre, ne peut décrire la Sécurité sociale française puisque ce n'est pas de l'Etat (Friot, 2012). Les référents historiques internationaux sont aussi mal adaptés à la compréhension du cas français. Le plan le plus célèbre visant à restructurer la protection sociale dans l'après-guerre était le rapport britannique Beveridge publié en novembre 1942, qui est devenu une référence clé pour les débats sur la politique sociale. La Sécurité sociale française de 1945 est loin de cette référence.

Si on considère que l'histoire compte, force est de constater que cette histoire est nationale. La protection sociale française est spécifique et située. Nous avons retracé l'histoire de la protection sociale française en nous focalisant sur un domaine, la santé, avec une grille d'analyse : la prise de pouvoir de l'Etat sur la Sécurité sociale.

Cette thèse a tenté de répondre à la question : comment l'Etat gouverne la protection sociale ? Notre réponse est à un triple niveau. L'Etat gouverne d'abord par le jeu politique. Pour gouverner, il doit avoir le pouvoir. Or, ce pouvoir, en France, il ne l'a pas car il est détenu par une institution autonome, portée par le monde du travail : la Sécurité sociale. On doit donc retracer l'histoire de la prise de pouvoir et de la réappropriation de la Sécurité sociale par l'Etat.

Ensuite l'Etat gouverne par son administration. L'appareil d'Etat doit investir les différents niveaux de la protection sociale. La prolifération d'agences et de bureaucraties techniques, intimement liées à l'Etat, sont chargées de piloter et de centraliser la politique sociale. Le pouvoir

de l'Etat se mesure dorénavant à la prolifération des sigles : ARH, ANAES, HAS, ARS, ANAP, ANESM pour ne citer que des exemples dans le domaine de la santé. Ces agences renforcent le pouvoir central au détriment du dialogue social de la Sécurité sociale de 1945 et font de la Sécurité sociale, une agence de l'Etat.

Enfin l'Etat gouverne par sa capacité à encadrer ou limiter le marché. La protection sociale et la santé en particulier ne sont pas des secteurs comme les autres. On ne gouverne pas le secteur de la santé comme celui de l'automobile ou du textile. La primordialité de la santé et sa qualité de bien essentiel exigent une garantie de sécurité collective et de bien-être individuel comme collectif. C'est la couverture santé qui remplit cette mission solidaire. La Sécurité sociale exprime le fait que l'assurance santé ne peut pas être laissée aux mains du marché. En prenant le pouvoir sur la Sécurité sociale, l'Etat va prendre à sa charge et réinterpréter la mission de couverture solidaire de la population.

Pour saisir ces façons de gouverner, nous nous sommes focalisés sur trois périodes charnières. La première est celle du moment 1967 où l'Etat au nom d'un objectif principal de politique économique et de contrainte budgétaire neutralise le projet radical de la Sécurité sociale de 1945. La deuxième est celle des années 1990 où l'Etat développe les moyens d'assoir son contrôle sur une Sécurité sociale neutralisée. Il déploie un vaste arsenal administratif sous forme d'agences pour étendre son emprise sur un système de soins encore relativement autonome. La troisième période dans les années 2000 est celle où l'Etat installe le marché et les principes marchands pour mettre en œuvre une couverture marchandisée en matière de santé. L'Etat s'étend sur la couverture santé. Il prend à la Sécurité sociale pour donner au marché de l'assurance tout en faisant en sorte que le marché se conduise comme de la Sécurité sociale. Ces trois moments constituent les trois parties de la thèse.

La première partie de la thèse propose une analyse conventionnaliste (Eymard-Duvernay et al., 2006) de la Sécurité sociale. A partir de l'étude des débats parlementaires qui entourent la réforme de 1967 de la Sécurité sociale, nous avons montré que les questions du financement et de l'organisation de la Sécurité sociale ne pouvaient être dissociées des conceptions politiques qui la soutiennent. L'enjeu pour cette première partie est de présenter le rôle fondateur de la réforme de 1967 de la Sécurité sociale pour comprendre les évolutions actuelles du système de santé présentées dans les parties suivantes.

En effet, si ces trois moments de réforme et de renforcement ont tous leur autonomie respective, nous avons montré que la réforme de 1967 constituait la réforme mère. Le rôle fondateur du moment 1967 tient au fait qu'il acte le principe de subordination de la Sécurité sociale au principe de compétitivité économique et donc de maitrise des dépenses de santé. Tout l'enjeu pour l'Etat, qui s'est fait le porteur de cet objectif de politique économique au nom d'un projet de société (néo) libéral, a été de mettre en œuvre ce principe. Cette réalisation n'a pas été immédiate, mais incrémentale aussi bien en raison de la puissance de l'empreinte laissée par la Sécurité sociale que de l'impératif de santé exprimé par la société française. L'originalité du moment 1967, au-delà de constituer le creuset où se sont forgées les justifications de l'étatisation, est aussi d'être un moment d'une stupéfiante modernité. En effet, dès 1967 a été proposée l'esquisse des solutions organisationnelles mises en œuvre ou envisagées depuis 1996 : gestion étatique, responsabilisation budgétaire des caisses nationales de Sécurité sociale, agences régionales, étatisation du financement et de la gestion hospitalière, régionalisation de l'Assurance maladie, etc. Enfin, le

moment 1967 permet de rabattre le projet radical de la Sécurité sociale tel qu'il a été pensé en 1945 dans une histoire des « Trente glorieuses » qui se limite à envisager la Sécurité sociale comme un élément du compromis social fordiste ou comme soutien de l'accumulation du capital. Pour saisir ce qui se joue en 1967, nous avons, à partir d'une comparaison entre les débats parlementaires de 1949 et 1967, mis en évidence ce que nous appelons trois conventions de Sécurité sociale. Chacune de ces conventions traduit les différentes formes de solidarité que peut véhiculer la Sécurité sociale. Ces trois conventions de Sécurité sociale, anti-capitaliste, solidariste et libérale, permettent de suivre l'évolution de la Sécurité sociale dans le temps et le sens politique qu'elle recouvre.

La deuxième partie de la thèse se focalise sur l'administration du système de santé. A l'inverse de la partie précédente qui se focalisait exclusivement sur la Sécurité sociale, nous nous intéressons également dans cette partie à l'administration nationale du système de soins (établissements de santé, médico-sociaux, et médecine de ville). Nous proposons dans cette partie une relecture de l'histoire administrative française des années 1990 à aujourd'hui mettant en avant le processus d'étatisation du système de santé à travers le concept d'agencification de l'action publique, forgé en management public. Il s'agit de mettre en évidence que le recours généralisé à la forme organisationnelle portée par le New Public Management, l'agence (Verhoest et al., 2012), contribue au renforcement de l'Etat central plutôt qu'à son supposé affaiblissement. En matière d'administration de la santé, la création d'agences permet à l'Etat de s'équiper en outils de pilotage et d'expertise, et d'externaliser en son sein les moyens de son contrôle sur les acteurs du système de soins. En matière de Sécurité sociale, la logique est inverse puisque l'agencification vise au contraire à étatiser définitivement la Sécurité sociale en la transformant en une organisation aux ordres de l'Etat. L'agencification de la Sécurité sociale met définitivement fin à la Sécurité sociale de 1945 et achève le processus entamé en 1967. Nous arrivons à la conclusion que les agences permettent la mise en place d'un nouvel esprit de la bureaucratie qui permet à la fois à l'administration de répondre aux critiques récurrentes en santé (crises sanitaires, « trou de la Sécurité sociale ») et de se décharger de la responsabilité des critiques futures. Autrement dit, l'agencification en santé permet de renforcer de manière pérenne l'Etat en santé.

A partir du cas spécifique des Agences Régionales de Santé (ARS), nous montrons dans un premier temps une continuité entre la période des années 1990 et celle des années 1960 dans le processus de consolidation de l'administration sanitaire d'Etat au détriment notamment de la Sécurité sociale. En effet, la solution d'une agence étatique régionale en santé guide depuis 1967 le processus de restructuration progressive de l'administration sanitaire. Ainsi, par un mouvement d'intégration progressivement des différentes structures administratives créées au gré des réformes, les ARS réussissent à consolider l'administration étatique (Pierru & Rolland, 2016) au détriment notamment de la Sécurité sociale. Dans un deuxième temps, nous mettons en évidence que les Agences régionales de santé ont réussi à résoudre les difficultés des précédentes tentatives d'agences régionales notamment celle d'Hospitalisation mises en œuvre avec la réforme Juppé. En effet, les ARS portent comme toutes les agences des principes d'autonomie organisationnelle et de liberté contractuelle. Cependant l'effectivité de ces principes n'est que partielle, car ils s'opposent à l'organisation bureaucratique centralisée traditionnelle de l'Etat. Les ARS réinterprètent donc ces principes en un principe de hiérarchie contractualisée en santé et de fiction contractuelle. L'Etat dispose ainsi avec les ARS d'une organisation capable à la fois de combiner

les avantages d'une logique néolibérale et une logique bureaucratique au service du renforcement de son pouvoir.

Enfin, la troisième partie revient sur la place du marché dans le financement des soins. Après avoir montré que la Sécurité sociale de 1945 a été neutralisée dans sa dimension politique puis agencifiée, nous montrons dans cette partie que désormais c'est l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) qui a la charge de développer la couverture santé en France. En 1945, les assurances santé privées n'ont pas de raison d'être puisque le régime de Sécurité sociale est général. Les mutuelles obtiennent toutefois le droit de financer une partie du prix des soins appelée ticket modérateur. Avec le temps, cette petite partie est devenue grande, attisant la convoitise d'acteurs capitalistes qui prennent des parts de marché sur les mutuelles. L'Etat a dans un premier temps laissé se développer le secteur de l'Assurance Maladie Complémentaire puis a dans un second temps accompagné et encadré le développement de l'AMC. Nous proposons dans cette partie de relire le développement de l'AMC non pas comme une amélioration de la couverture santé des Français, mais comme un moyen pour l'Etat de faire advenir le marché (Batifoulier & Ginon, 2019). L'enjeu pour l'Etat est d'encadrer le marché avec des règles qui lui permettent de rester soutenable économiquement et socialement tout en le généralisant. Pour y parvenir, l'Etat met en place des dispositifs qui permettent aux individus, même les plus pauvres, de bénéficier d'une couverture complémentaire. De manière plus générale, l'Etat produit ensuite des règles qui permettent de garantir un rapport prestation – coût suffisant. La solidarité va être une contrainte forte fixée par l'Etat au marché de l'assurance privée, l'obligeant à modifier ses techniques commerciales. Le marché peut ainsi se développer tout en respectant le principe de solidarité porté par l'Etat.

Dans un deuxième temps, la solidarité ne va plus être vue comme une contrainte, mais comme une opportunité de développement du marché. Les assureurs se présentent comme étant les garants de la primordialité de la santé et de l'objectif de santé publique. Ils portent ainsi les missions traditionnellement dévolues à l'Etat. Ce dernier a donc exporté les valeurs de solidarité vers le marché qui en a fait un moteur de son développement, brouillant les frontières entre Etat et marché.

La réappropriation de la Sécurité sociale par l'Etat est aussi celle de la solidarité. L'Etat a conservé le principe de solidarité porté par la Sécurité sociale de 1945 pour le transférer au marché qui l'a intégré dans son logiciel. Le marché se présente ainsi comme garant de la solidarité pour continuer à vendre des produits d'assurances plus couteux et plus inégalitaires que ceux de la Sécurité sociale.

Implications de la thèse

En nous appuyant sur l'Economie des conventions, nous avons pu mettre en évidence trois mécanismes qui sous-tendent chacune de ces périodes et qui cumulés permettent d'expliquer selon nous l'aboutissement aujourd'hui des choix politiques effectués par l'Etat en 1967.

Le premier mécanisme correspond à la construction de ce que l'on appelle dans le langage courant un argument d'autorité c'est-à-dire un argument qui se suffit à lui-même dans la mesure où il n'appelle pas de débats quant à ses propres justifications. Ce type d'argument est généralement mobilisé pour éviter ou clore le débat tout en étant affirmé de manière péremptoire. En économie,

il prend régulièrement la forme d'un argument quantitatif. Nous avons montré à partir des outils conventionnalistes (convention1-convention2 et convention statistique) et des débats parlementaires que l'argument principal mobilisé par l'Etat au cours des années 1960 pour justifier la réforme, le déficit de la Sécurité sociale, s'apparentait à un tel type d'argument. La déconstruction de l'argument budgétaire au sein des débats parlementaires nous a aussi permis de montrer à la fois la conception idéologique portée par l'Etat en matière d'économie, une conception libérale, et la puissance argumentative d'un tel argument pour disqualifier les critiques à son encontre. En effet, l'Etat en justifiant la nécessité de réformer la Sécurité sociale au nom du déficit tout au long des années 1960 a contraint les défenseurs de la Sécurité sociale à se positionner vis-à-vis de cet argument. Si pour l'Etat, il y a un déficit, pour les opposants, il n'y a pas de déficit, car il y a des charges indues que supporte la Sécurité sociale. La question du déficit formate le débat (Valat, 2001). La stratégie de défense autour de la rhétorique des charges indues tente d'invalider l'argument du déficit sur son existence comptable même. Le déficit de la Sécurité sociale n'existe pas, car ce dernier est créé par l'Etat. Pour répondre à cet argument, l'Etat a opéré une montée en généralité et par un jeu d'équivalence a neutralisé la critique sur l'existence comptable du déficit. Ce dernier, qu'il soit pour la Sécurité sociale ou pour l'Etat, est un déficit pour l'économie française, donc il faut quand même le résorber. Un déficit est un déficit. La réforme de la Sécurité sociale reste nécessaire au nom, non plus du déficit d'une institution, mais de la compétitivité économique portée par la conception libérale du projet européen et du gouvernement. Autrement dit, par sa montée en généralité, l'Etat replace le débat autour du projet européen et du modèle économique. Il révèle ainsi la justification première de la réforme, c'est-à-dire une justification plus complexe et donc plus difficile à remettre en cause. Cette neutralisation de la critique comptable nous amène à la conclusion qu'il est illusoire de vouloir contrecarrer une réforme en se positionnant dans les termes de celui qui la porte, ici dans les termes du déficit budgétaire.

Une fois l'argument d'autorité posé à son plus haut degré de généralité, le processus de justification des réformes acquiert une forme de circularité entre l'argument d'autorité initial et la justification d'ordre supérieur. Il s'agit du deuxième mécanisme, celui de la rhétorique de la crise. Nous avons ainsi montré que la réponse organisationnelle de l'Etat pour mettre en œuvre son pouvoir sur le système de santé dans les années 1990, les agences, ne constituait pas seulement un développement de dispositifs de contrôle capables de garantir son autorité, mais de dispositifs capables de le protéger de la critique. Ainsi, face à une crise budgétaire, « le trou de la Sécurité sociale » (Duval, 2007), ou à une crise sanitaire, l'Etat répond initialement par le développement d'une agence qui de par ses qualités intrinsèques est censée être capable de répondre à la crise, et ce de manière plus efficace que l'organisation étatique traditionnelle. Ces agences matérialisent la réponse de l'Etat à la critique que met en évidence la crise tout en détachant du cœur de l'administration (gouvernement et administration centrale) la charge de la réponse puisque l'agence est autonome. Par conséquent, à la crise suivante, l'impératif de réaction incombe en premier lieu à l'agence et non à l'Etat. En cas de crise, l'Etat invoque la responsabilité de l'agence (« trou de la sécu ») si cela ne suffit pas à résoudre la crise, l'Etat réforme l'agence (la Sécurité sociale) au nom d'un principe supérieur de justification (la compétitivité). Sachant que s'il y a eu crise, cela veut dire de fait que l'agence n'a pas su maitriser le risque qui lui était confié quand bien même cela est impossible en raison de l'incertitude radicale inhérente à la santé ou en raison de décision de politiques économiques prises par ailleurs. Dans les deux cas, la crise justifie la

réforme conjoncturelle (déficit) et si nécessaire la réforme structurelle (au nom de la compétitivité). Par ailleurs, dans les deux cas, le cœur de l'Etat est protégé, la crise et ses répétitions servent le développement de l'Etat au détriment de leur résolution.

Enfin, le troisième mécanisme est celui de l'incorporation de la critique. Il peut être mobilisé lorsque ni l'argument d'autorité ni la rhétorique de la crise ne peuvent éteindre la critique ou lorsque la justification d'ordre supérieur est remise en cause. Nous avons montré que le développement de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) sous l'impulsion de l'Etat relevait d'un processus de viabilisation du marché en santé pour lui permettre de faire face aux critiques. L'assurance santé privée est critiquée au nom de ses défaillances en termes de solidarité. L'Etat construit alors un échafaudage juridique faisant de l'assurance santé privée un garant de la solidarité en matière de couverture santé. En incorporant l'objet de la critique au sein des mécanismes d'assurance, l'Etat assure la pérennité et le développement du marché.

L'Assurance Maladie complémentaire présente l'avantage principal par rapport à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO, la Sécurité sociale) de ne pas être de la dépense publique. Dans un contexte néolibéral où les solutions de marché sont présentées comme la solution universelle et où la dépense publique est la cause de tous les problèmes de l'économie, le développement du marché de l'AMC apparait comme une solution évidente. Cependant, la solution de l'AMC ne résiste ni à la déconstruction de son avantage comptable ni à celle de son efficacité supérieure. En effet, l'AMC est une solution couteuse en raison de ses frais de gestion, de ses remboursements des dépassements d'honoraires ou de services peu pertinents sur le plan sanitaire. L'AMC est également une solution profondément inégalitaire, car elle conditionne la couverture santé au niveau de revenu. L'Etat pour viabiliser le marché a donc développé une couverture santé à trois étages. Premièrement, une Sécurité sociale agencifiée qui assure les risques les plus couteux et les situations les moins solvables. Deuxièmement un marché qui capte la demande solvable tout en respectant des exigences minimales en matière de solidarité. Il s'agit du marché éduqué à la solidarité. Troisièmement, un marché autonome qui capte les assurés qui ont le plus fort consentement à payer et où les principes marchands peuvent s'exercer indépendamment des contraintes de solidarité. Un tel système de couverture santé permet à la fois au marché de récupérer les critiques et à l'Etat d'organiser le système de santé selon des principes marchands. Mais il permet aussi pour les industriels de la couverture santé de développer la santé comme un secteur de marché rentable tout en revendiquant des valeurs d'intérêt général que lui a concédées la puissance publique.

La combinaison de ces trois mécanismes permet de retracer une dynamique institutionnelle en santé, portée par l'Etat, en faveur du marché. Elle s'exprime sous de multiples formes que nous avons tenté d'identifier : une contrainte de compétitivité européenne, une contrainte budgétaire pour la dépense publique, des techniques de contrôle marchands ou le développement du marché lui-même en santé. Au couple Sécurité sociale – Salariat s'est substitué un couple Etat-Marché, traduisant un changement de pouvoir radical au sein de la société (Eymard-Duvernay, 2007). La lecture en termes d'étatisation permet de montrer le caractère éminemment politique et la cohérence interne de ce changement, malgré une histoire longue et une mise en œuvre incrémentale.

Perspectives de recherche

Si nous avons tracé un fil conducteur aux différentes réformes qui ont conduit le système de santé français vers un gouvernement marchand, de nombreuses questions demeurent et n'apparaissent qu'en filigrane dans la thèse. Ces questions constituent autant de futures perspectives de recherche à développer. Parmi ces différentes pistes, nous en retiendrons, de manière non exhaustive, cinq qui nous tiennent à cœur et qui nous semblent importantes pour développer l'économie politique de la santé appliquée au gouvernement des systèmes de santé.

La première concerne une justification que nous avons vu apparaitre de manière récurrente, pour ne pas dire systématique, pour chacun des moments de réforme étudiés. Il s'agit de la question européenne qui justifie dès 1949 la réforme du modèle économique et social français. On la retrouve bien entendu en 1967 mais également dans les années 1980 et 1990 où elle justifie l'austérité, les réformes structurelles, la disparition du monopole mutualiste et le recours au marché de la couverture santé. Ainsi à l'image de l'analyse que nous avons menée du déficit de la Sécurité sociale, il nous semble important de savoir dans quelle mesure l'intégration européenne de la France a été effectivement un moteur de la réforme de la Sécurité sociale. L'enjeu est important, car alors que se posent encore aujourd'hui les problématiques de l'Europe sociale et du renforcement de l'intégration européenne, le projet européen semble être intrinsèquement incompatible avec le projet radical de la Sécurité sociale.

La deuxième piste de recherche concerne la question de la théorisation de l'Etat et de l'administration dans une perspective conventionnaliste. Tout au long de la thèse, nous avons contourné la question de la définition de l'Etat en nous intéressant tour à tour aux justifications qu'il porte ou à ses différentes formes administratives. Nous nous sommes contenté d'une définition très commune de l'Etat alors même que nous posions simultanément et implicitement un principe d'équivalence entre l'Etat et une Sécurité sociale dotée d'un sens politique et institutionnel très fort. Si l'Economie des conventions n'a pas développé une théorie de l'Etat en tant que telle, elle offre selon nous de nombreux outils pour y parvenir. Ces outils, évoqués dans la thèse à des degrés divers, permettent en termes conventionnalistes de positionner l'Etat au sein du système productif (convention d'Etat [Salais, 1998]), de révéler ses justifications (critiques et conventions [Boltanski, 2011; Carnoye, 2016]), de définir sa forme (investissement de forme, convention statistique, organisation [Boltanski & Thévenot, 1991; Desrosières, 2013]), d'aborder la question du pouvoir (de valorisation [Eymard-Duvernay, 2017]) et de sa dynamique (crise, critique, Esprit du capitalisme [Boltanski & Chiapello, 2011]). Nous formulons l'hypothèse que ces différents concepts nourris des développements conventionnalistes gestionnaires et des travaux en management public permettraient de formuler une théorie conventionnaliste de l'Etat.

La troisième piste se situe à la croisée des chemins en sciences de gestion et sciences économiques. Il s'agit de poursuivre le travail de cartographie de l'agencification afin lui donner un caractère exhaustif et reproductible pour d'autres secteurs. Il s'agit aussi de développer sa profondeur historique en retraçant une généalogie des agences. De ce point de vue on retombe sur la question de la théorisation de l'Etat. Il s'agit de préciser les formes organisationnelles et les contours de l'Etat afin d'identifier au mieux la continuité de l'intervention étatique en santé et les rapports de force qui s'exercent entre l'Etat et les autres acteurs. Une telle perspective sur l'agencification en santé permettrait également de développer une analyse plus spécifique à l'administration du système de soins indépendamment de celle de la Sécurité sociale. Nous pensons ici notamment

aux Agences Régionales de Santé qui font l'objet de vives critiques avec la crise de la Covid-19. L'administration fait l'objet de nombreuses critiques, pourtant elle constitue un maillon essentiel de l'organisation de la vie en société. Par ce travail futur, nous aimerions donc à la fois vérifier la pertinence de ces critiques et proposer le cas échéant des pistes de solutions.

La quatrième perspective de recherche tient à la crise de la Covid-19. La crise sanitaire a eu un impact sur la thèse en rendant plus difficile le travail de recherche. Elle a aussi un impact sur la thématique de la thèse. La Covid-19 a montré que la primordialité de la santé pouvait changer le cours normal des choses au point de stopper l'activité économique (Batifoulier & Da Silva, 2021). Elle a réaffirmé le rôle de l'Etat-providence. Ce n'est pas son importance qui a changé, car il n'avait pas disparu, mais l'affirmation de nouveaux principes comme la défense de la vie humaine ou la volonté de sauvegarder ce que les sociétés considèrent comme des biens communs. Dans ces revendications, ce n'est pas l'Etat social qui a été plébiscité. Il a même été fortement critiqué. Le système d'agences que nous avons analysé dans cette thèse a été mis lourdement en difficulté, et même contourné par les plus hauts représentants de l'Etat. Ce sont les soignants qui ont été applaudis et pas l'appareil d'Etat. D'une certaine manière, c'est l'esprit de la Sécurité sociale de 1945 qui a soufflé pendant la crise de la Covid-19 et qui se retrouve dans les initiatives citoyennes et dans la résistance des personnels hospitaliers. Nous formulons l'hypothèse que cette configuration nouvelle est de nature à actualiser les travaux sur le modèle français d'autant plus que les pandémies sont des invariants de l'histoire et des échanges mondiaux amenés à être de plus en plus fréquents (Boyer, 2020 ; Coriat, 2020). La Covid-19 a été nommée SARS-CoV-2 signifiant qu'il y a déjà eu une épidémie de SARS (Cov-1) et de nombreuses autres pandémies (H1N1, VIH, MERS-Cov, etc.).

Enfin, la cinquième perspective est celle qui nous tient le plus à cœur, car elle concerne la théorie de la Sécurité sociale. La vision radicale de la Sécurité sociale que nous avons retenue ne fait pas l'unanimité. Elle a fait l'objet de nombreux travaux qui ont lui donné corps en renforçant sa solidité empirique ou en la théorisant. De nombreux aspects restent cependant à explorer. L'enjeu pour nous est de contribuer un peu plus à cette caractérisation de la Sécurité sociale des origines. Spécifiquement sur le modèle de 1945, il peut s'agir par exemple de remonter la question des charges indues et du déficit, de revenir sur l'autonomie de la Sécurité sociale ce qui rejoindrait à certains égards nos travaux sur les agences ou sur l'Etat, etc. De manière plus dynamique, il peut s'agir de poursuivre notre analyse en termes de Conventions de Sécurité sociale en les appliquant à la réforme de 1996 ou 2004 notamment. Enfin de manière plus prospective, il peut s'agir de revenir sur les conditions de réussite d'un tel modèle aujourd'hui ou sur les expériences et projets divers qui tentent de mettre en œuvre une « Grande Sécu » dont les contours restent à déterminer. L'enjeu est important, car nous avons la conviction que sans un intérêt intellectuel et populaire important, le modèle de 1945 tombera dans les limbes d'une histoire écrite par les porteurs d'un projet néolibéral (Dardot & Laval, 2010) qui relève plus d'un projet de Prédation sociale que de Sécurité sociale.

Bibliographie

Abecassis, D., Batfoulier, P., Da Silva, N., Duchesne, V., & Moulin, L. (2016). *L'utilité sociale de la dépense publique. Rapport final du projet de recherche sur « dépense publique, équité sociale et utilité ».* Centre Henri Aigueperse UNSA-éducation.

Abecassis, P., Batifoulier, P., Coutinet, N., & Domin, J.-P. (2017). Éditorial : La généralisation de l'assurance maladie complémentaire. Comment faire rimer inefficacité avec inégalité. *Revue Française de Socio-Economie*, *n° 18*(1), 13-22.

Abecassis, P., Coutinet, N., & Domin, J.-P. (2014). Les principes mutualistes confrontés aux modalités de regroupement des organismes complémentaires d'assurance maladie. *Revue internationale de l'économie sociale : recma*, *331*, 60-75. https://doi.org/10.7202/1023485ar

Abecassis, P., Coutinet, N., & Domin, J.-P. (2017, juillet). Les évolutions actuelles du marché de la complémentaire santé : Le coût de la concurrence. *Congrès de l'Association française d'économie politique*. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02572008

Abecassis, P., Coutinet, N., & Domin, J.-P. (2018). Les transformations de l'assurance maladie complémentaire à la lumière de la démutualisation/hybridation des banques coopératives. *Revue d'économie industrielle*, *161*, 9-38. https://doi.org/10.4000/rei.6709

Adjerad, R., Jacquier, K., Lapinte, A., L'Hour, E., Loiseau, R., Montaut, A., Perronnin, M., Pollak, C., & Reif, X. (2019). *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties : Édition 2019*.

Aghion, P., Dewatripont, M., Legros, P., & Zingales, L. (Éds.). (2016). *The Impact of Incomplete Contracts on Economics*. Oxford University Press.

Alam, T. (2010). Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique : La sécurité sanitaire. *Geneses*, *n° 78*(1), 48-66.

Allix, M., & Van Thiel, S. (2005). Mapping the field of quasi-autonomous organization in France and Italy. *International Public Management Journal*, *8*(1), 39-55.

Amable, B. (2021). *La résistible ascension du néolibéralisme : Modernisation capitaliste et crise politique en France (1980-2020)*. La Découverte.

Amable, B., Ernst, E., & Palombarini, S. (2002). *Comment les marchés financiers peuvent-ils affecter les relations industrielles ?* Presses de Sciences Po. http://www.cairn.info/l-annee-de-la-regulation-n-6-2002-2003--9782724608925-page-271.htm

Amar, A., & Berthier, L. (2007). Le Nouveau Management Public : Avantages et Limites. *Gestion et Management Publics*, *5*. http://www.airmap.fr/wp-content/uploads/2018/06/GMP2007_5.4._AmarBerthier.pdf

André, C., Batifoulier, P., & Jansen-Ferreira, M. (2016). Health care privatization processes in Europe : Theoretical justifications and empirical classification. *International Social Security Review*, *69*(1), 3-23. https://doi.org/10.1111/issr.12092

André, C., & Delorme, R. (1983). *L'Etat et l'Economie. Essai d'explication de l'évolution des dépenses publiques...* Seuil.

André, C., & Hermann, C. (2009). Privatisation and marketisation of health care systems in Europe. In *Privatisation against the European social model* (p. 129-144). Springer.

André, J.-M. (2010). Les conventions d'objectifs et de gestion État—Assurance-maladie en France. In F. Degrave, D. Desmette, E. Mangez, M. Nyssens, & P. Reman (Éds.), *Transformations et innovations économiques et sociales en Europe : Quelles sorties de crise ? Regards interdisciplinaires—XXXes journées de l'Association d'Économie Sociale* (Presses universitaires de Louvain, Vol. 1, p. 53-69).

Angelé-Halgand, N. (2010). Entre la tentation du nouveau management public et la prégnance d'un Etat-providence conservateur. In *Management, mondialisation, écologie. Regards critiques en sciences de gestion* (p. 235-255). Lavoisier.

Angeletti, T. (2009). (Se) rendre conforme. Les limites de la critique au Conseil d'analyse économique. *Tracés. Revue de Sciences humaines*, *17*, 55-72. https://doi.org/10.4000/traces.4204

Antonelli, E. (1959). LA SÉCURITÉ SOCIALE. *Revue d'économie politique*, *69*(4/5), 817-830.

Antonelli, E. (1965). LA SÉCURITÉ SOCIALE. *Revue d'économie politique*, *75*(4/5), 1072-1083.

Antonelli, E. (1966). LA SÉCURITÉ SOCIALE. *Revue d'économie politique*, *76*(4/5), 1064-1070.

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, *53*(5), 941-973.

Aubert, J.-M. (2013). Fondement et développement de la gestion du risque. *Regards*, *43*, 60-66.

Audier, S. (2012). *Néolibéralisme(s)*. Grasset.

Bach, T., Niklasson, B., & Painter, M. (2012). The role of agencies in policy-making. *Policy and Society*, *31*(3), 183-193. https://doi.org/10.1016/j.polsoc.2012.07.001

Bachelot, R. (2011, avril 1). *Déclaration de Mme Roselyne Bachelot, ministre des solidarités et de la cohésion sociale, sur l'organisation les responsabilités et les missions des Agences Régionales de Santé (ARS)*. Colloque en PACA sur « les ARS un an après », Marseille. https://www.vie-publique.fr/discours/182029-declaration-de-mme-roselyne-bachelot-ministre-des-solidarites-et-de-la

Bachelot-Narquin, R., Tabuteau, D., & Trébucq, A. (2020). La santé publique doit irriguer notre système de santé. *Les Tribunes de la sante*, *N° 63*(1), 85-88.

Barbier, J.-C., & Théret, B. (2009). *Le système français de protection sociale* (La Découverte). La Découverte; Cairn.info. https://www.cairn.info/le-systeme-francais-de-protection-sociale--9782707157379.htm

Barbot, J., & Dodier, N. (2000). L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH. *Sciences Sociales et Santé*, *18*(1), 75-119. https://doi.org/10.3406/sosan.2000.1483

Barjot, P. (1997). *La sécurité sociale—Son histoire à travers les textes: Vol. III* (Association pour l'étude de l'Histoire de la Sécurité Sociale).

Barker, A. (Éd.). (1982). *Quangos in Britain*. Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1007/978-1-349-05613-2

Barlet, M., Gaini, M., Gonzalez, L., & Legal, R. (2019). *La complémentaire santé—Acteurs, bénéficiaires, garanties—Édition 2019* (Panoramas de la DREES, p. 168). DREES.

Barthe, Y., Blic, D. de, Heurtin, J.-P., Lagneau, É., Lemieux, C., Linhardt, D., Bellaing, C. M. de, Rémy, C., & Trom, D. (2013). Sociologie pragmatique : Mode d'emploi. *Politix*, *N° 103*(3), 175-204.

Batfoulier, P., Domin, J.-P., & Gadreau, M. (2007). La Gouvernance de l'Assurance Maladie au Risque d'un Etat Social Marchand. *Economie appliquée*, *60*(1), 101-126.

Batifoulier, P. (1992). Le rôle des conventions dans le système de santé. *Sciences Sociales et Santé*, *10*(1), 5-44. https://doi.org/10.3406/sosan.1992.1213

Batifoulier, P. (1997, janvier). *Règles, conventions et régulation du système de soins*. 10emes journées des économistes français de la santé, Lille.

Batifoulier, P. (1999). Ethique professionnelle et activité médicale : Une analyse en termes de conventions. *Finance Contrôle Stratégie*, *2*(2), 5-24.

Batifoulier, P. (2001). *Théorie des conventions*. Economica.

Batifoulier, P. (2009). *La valeur des valeurs Economie institutionnaliste de la santé* [Habilitation à Diriger les Recherches en Sciences Economiques].

Batifoulier, P. (2014). *Capital santé. Quand le patient devient client*. La Découverte.

Batifoulier, P. (2015a). Performativité et théorie conventionnelle. Une application à l'assurance santé. *L'Homme la Société*, *n° 197*(3), 79-103.

Batifoulier, P. (2015b). Aux origines de la privatisation du financement du soin : Quand la théorie de l'aléa moral rencontre le capitalisme sanitaire. *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, *17*. https://doi.org/10.4000/regulation.11196

Batifoulier, P. (2019). Développer le marché de l'assurance pour le "bien" du patient. Les dangers d'un paternalisme marchand. *Revue de droit sanitaire et social*. https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-02424724

Batifoulier, P., Boidin, B., Domin, J.-P., & Rauly, A. (2021). La théorie économique à l'épreuve de la covid-19. *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, *29*, Article 29. https://doi.org/10.4000/regulation.20115

Batifoulier, P., Braddock, L., Duchesne, V., Ghirardello, A., & Latsis, J. (2021). Targeting "Lifestyle" Conditions. What Justifications for Treatment? *Historical Social Research / Historische Sozialforschung*, *46*(1), 59-84.

Batifoulier, P., Da Silva, N., & Duchesne, V. (2019). The Dynamics of Conventions : The Case of the French Social Security System. *Historical Social Research / Historische Sozialforschung*, *44*(1 (167)), 258-284.

Batifoulier, P., & Diaz-Bone, R. (2021). Perspectives on the Economics and Sociology of Health. Contributions from the Institutionalist Approach of Economics of Convention – An Introduction. *Historical Social Research / Historische Sozialforschung*, *46*(1), 7-34.

Batifoulier, P., & Domin, J.-P. (2015). Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire. Introduction. *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, *17*. https://doi.org/10.4000/regulation.11361

Batifoulier, P., Domin, J.-P., & Gadreau, M. (2011). Market Empowerment of the Patient : The French Experience. *Review of social economy*, *69*, 143-162. https://doi.org/10.2307/41288535

Batifoulier, P., Domin, J.-P., & Rauly, A. (2021). Erosion of Solidarity in France and Welfare Conventions. *Historical Social Research / Historische Sozialforschung*, *46*(1), 35-58. JSTOR.

Batifoulier, P., Duchesne, V., & Ginon, A.-S. (2021). La construction d'un « marché éduqué » de l'assurance santé : Une réorientation de la solidarité ? *La Revue de l'Ires*, *103-104*(1-2), 21-44. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/rdli.103.0021

Batifoulier, P., & Gadreau, M. (2005). *Ethique médicale et politique de santé*. Economica.

Batifoulier, P., & Ginon, A.-S. (2019). Les marchés de l'assurance maladie complémentaire. Logiques économiques et dispositifs juridiques. *Revue de Droit Sanitaire et Social*, *2019*(5), 789-800.

Batifoulier, P., & Ginon, A.-S. (2022). Chapitre 12 – Les contrats d'assurance santé entre standardisation et différenciation : Du prêt-à-porter ou du sur-mesure ? In P. Batfoulier & M. Del Sol (Éds.), *Plus d'assurance santé pour moins de protection ? Le patient face au marché*. Presses universitaires du Septentrion.

Batifoulier, P., Silva, N. D., & Domin, J.-P. (2018). *Economie de la santé*. Armand Colin.

Batifoulier, P., Silva, N. D., & Vahabi, M. (2020). La Sociale contre l'Etat providence. Prédation et protection sociale. In *CEPN Working Papers* (N° 2020-01; CEPN Working Papers). Centre d'Economie de l'Université de Paris Nord. https://ideas.repec.org/p/upn/wpaper/2020-01.html

Batifoulier, P., & Ventelou, B. (2003). L'érosion de la « part gratuite » en médecine libérale Discours économique et prophéties autoréalisatrices. *Revue du MAUSS*, *no 21*(1), 313-329.

Baudry, B., & Chassagnon, V. (2014). *Les théories économiques de l'entreprise*. La Découverte.

Beaussier, A.-L. (2016). *La santé aux États-Unis—Une histoire politique*. Presses de Sciences-Po.

Bec, C. (2014). *La sécurité sociale, une institution de la démocratie*. Gallimard. https://www.decitre.fr/livres/la-securite-sociale-une-institution-de-la-democratie-9782070143368.html

Becker, J.-J., & Berstein, S. (1987). L'anticommunisme en France. *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, *15*(1), 17-28. https://doi.org/10.3406/xxs.1987.1880

Béjean, S. (1994). *Economie du système de santé : Du marché à l'organisation*. Economica.

Béjean, S. (1999). De nouvelles théories en économie de la santé : Fondements, oppositions et complémentarités. *Politiques et Management Public*, *17*(1), 145-175. https://doi.org/10.3406/pomap.1999.2221

Béjean, S., Midy, F., & Peyron, C. (1999). *La rationalité simonienne : Interprétations et enjeux épistémologiques* (Document de travail N° 9914; p. 26). Laboratoire d'analyse et de techniques économiques (LATEC).

Benamouzig, D. (2005). *La santé au miroir de l'économie*. Presses Universitaires de France.

Benamouzig, D., & Besançon, J. (2005). Administrer un monde incertain : Les nouvelles bureaucraties techniques. *Sociologie du Travail*, *47*(3), 301-322.

Benamouzig, D., & Besançon, J. (2007). Les agences, alternatives administratives ou nouvelles bureaucraties techniques ? *Horizons strategiques*, *n° 3*(1), 10-24.

Benoît, C., & Coron, G. (2018). Les « mises en marché » du risque santé en France : Une pluralité de logiques et de séquences de changement. *Revue francaise des affaires sociales*, *4*, 259-279.

Benzerafa Alilat, M., Garcin, L., & Gibert, P. (2016). Le volet performance de la LOLF : Standardisation et résilience d'un genre entre rationalité politique et rationalité de gestion. *Revue Française de Gestion*, *42*(260), 11-31. https://doi.org/10.3166/rfg.2016.00063

Bertrand, X., & Libault, D. (2019). Grand témoin. *Regards*, *N° 56*(2), 13-21.

Bessis, F. (2006). *Dynamiques des institutions entre conventions et régulations* [These de doctorat, Paris 10]. https://www.theses.fr/2006PA100139

Bessis, F., Batifoulier, P., & Larquier, G. de. (2009). *La dimension conventionnelle de la coordination*. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01278339

Bèzes, P. (2009). *Réinventer l'Etat. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*. Presses Universitaires de France.

Bezes, P. (2009). *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*. Presses Universitaires de France; Cairn.info. https://www.cairn.info/reinventer-l-etat--9782130558132.htm

Bezes, P. (2020). Le nouveau phénomène bureaucratique. *Revue francaise de science politique*, *Vol. 70*(1), 21-47.

Bèzes, P., & Le Lidec, P. (2010). L'hybridation du modèle territorial français. RGPP et réorganisations de l'Etat territorial. *Revue française d'administration publique*, *136*, 919-942.

Bezes, P., & Lidec, P. L. (2016). Politiques de l'organisation. *Revue francaise de science politique*, *Vol. 66*(3), 407-433.

Biencourt, O., Chaserant, C., & Rebérioux, A. (2001). L'économie des conventions : L'affirmation d'un programme de recherche. In P. Batifoulier, *Théorie des conventions* (p. 193-218). Economica.

Blanchet, D. (1996). La référence assurantielle en matière de protection sociale : Apports et limites. *Economie et Statistique*, *291*(1), 33-45. https://doi.org/10.3406/estat.1996.6027

Blaug, M. (1998). Where are we now in British health economics? *Health Economics*, *7 Suppl 1*, S63-78. https://doi.org/10.1002/hec.4730070906

Boadway, R. W., & Shah, A. (2009). *Fiscal federalism : Principles and practices of multiorder governance*. Cambridge University Press.

Boltanski, L. (1990). *L'amour et la justice comme compétences*. Éditions Métailié. https://doi.org/10.3917/meta.bolta.1990.01

Boltanski, L. (2002). Nécessité et justification. *Revue économique*, *53*(2), 275-289. https://doi.org/10.2307/3503099

Boltanski, L. (2009). *De la critique : Précis de sociologie de l'émancipation*. Gallimard.

Boltanski, L. (2011). Les rapports de domination dans la société capitaliste démocratique. *Parcours*, *43-44*, 215-238.

Boltanski, L., & Chiapello, È. (2011). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Gallimard.

Boltanski, L., & Thévenot, L. (1991). *De la justification : Les économies de la grandeur*. Gallimard.

Bonnet, X. (2015). Les COG, un outil efficace de maîtrise des activités de sécurité sociale (1ère partie). *Regards*, *N° 48*(2), 205-220.

Bonnet, X. (2016). Les COG, un mécanisme vieillissant, des ambitions à réévaluer (2ème partie). *Regards*, *N° 49*(1), 191-207.

Borgetto, M. (2003). L'évolution récente du système de Sécurité sociale en matière de redistribution. *Revue des politiques sociales et familiales*, *73*(1), 45-51. https://doi.org/10.3406/caf.2003.2008

Borgetto, M., & Lafore, R. (2019). *Droit de la sécurité sociale* (19ème). Dalloz.

Boswell, L. (2005). L'historiographie du communisme français est-elle dans une impasse ? *Revue francaise de science politique*, *Vol. 55*(5), 919-933.

Boudier, F., Bensebaa, F., & Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert : Une perturbation innovante. *Innovations*, *39*(3), 13. https://doi.org/10.3917/inno.039.0013

Bourdieu, P. (2012). *Sur l'État, Cours au collège de France 1989-1992*. Seuil-Raisons d'agir. https://www.seuil.com/ouvrage/sur-l-etat-pierre-bourdieu/9782020662246

Bovens, M. (2007). *Public Accountability*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199226443.003.0009

Boyer, R. (2015). L'essor du secteur de la santé annonce-t-il un modèle de développement anthropogénétique ? *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, *17*, Article 17. https://doi.org/10.4000/regulation.11159

Boyer, R., & Saillard, Y. (Éds.). (2002). *Théorie de la régulation, l'état des savoirs*.

Bozio, A., & Dormont, B. (2016). *Gouverner la protection sociale : Transparence et efficacité* (Nº 28; Notes du CAE). Conseil d'Analyse Economique.

Bras, P.-L. (2009). La création des agences régionales de santé : Notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné ? *Droit Social*, *11*, 1126-1135.

Bras, P.-L., & Tabuteau, D. (2009). "Santé 2010", un rapport de référence pour les politiques de santé. *Les Tribunes de la santé*, *25*, 79-93.

Bréchat, P.-H. (2016). *Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie*. Presses de l'EHESP.

Bréchat, P.-H., & Lopez, A. (2017). Pour des agences régionales de santé dotées de plus de moyens de régulation. *Les Tribunes de la santé*, *55*, 75-87.

Brousseau, E., & Glachant, J.-M. (2000). Introduction : Économie des contrats et renouvellements de l'analyse économique. *Revue d'économie industrielle*, *92*(1), 23-50. https://doi.org/10.3406/rei.2000.1033

Buttard, A. (2008). La gouvernance du réseau en santé : Une régulation duale. *Journal d'economie medicale*, *Volume 26*(5), 283-296.

Calmette, J.-F. (2019). La discrète montée en puissance de la CSG. *Gestion Finances Publiques*, *N° 6*(6), 76-84.

Carayon, F., Leconte, T., Ferreirade Oliviera, R., Pétreault, G., & Ambrogi, P.-R. (2018). *Scénarios d'évolution des instituts nationaux des jeunes sourds et des jeunes aveugles* (N°2017-069R; Rapports de l'IGAS, p. 247). IGAS-IGEN-IGAENR.

Carnoye, L. (2016). *Les services écosystémiques : De nouveaux outils de justification au service de la critique écologiste ? Une analyse conventionnaliste à partir du Parc Naturel Régional Scarpe-Escaut (France)* [These de doctorat, Lille 1]. https://www.theses.fr/2016LIL12018

Caro, C. (2008). *Les relations de l'Assurance Maladie avec les institutions hospitalières et médico-sociales : Surmonter la complexité... En attendant les ARS*. Assurance Maladie - CRAM des Pays de la Loire.

Case, A., & Deaton, A. (2020). *Deaths of Despair and the Future of Capitalism*. https://press.princeton.edu/books/hardcover/9780691190785/deaths-of-despair-and-the-future-of-capitalism

Castel, R. (1999). *Les métamorphoses de la question sociale*. Folio.

Caussat, L., & Glaude, M. (1993). Dépenses médicales et couverture sociale. *Economie et Statistique*, *265*(1), 31-43. https://doi.org/10.3406/estat.1993.5755

Chadelat, J.-F. (2016). Histoire des complémentaires maladie. *Regards*, *N° 49*(1), 35-44.

Chandra, A., Gruber, J., & McKnight, R. (2010). Patient Cost-Sharing and Hospitalization Offsets in the Elderly. *American Economic Review*, *100*(1), 193-213. https://doi.org/10.1257/aer.100.1.193

Charlot, J. (1971). La campagne de la majorité. In R. Cayrol (Éd.), *Les élections législatives de amrs 1967* (p. 151-179). Armand Colin.

Charpentier, A., Barry, L., & Gallic, E. (2020). Quel avenir pour les probabilités prédictives en assurance ? *Annales des Mines - Realites industrielles*, *Février 2020*(1), 74-77.

Charreaux, G. (2000). La théorie positive de l'agence : Positionnement et apports. *Revue d'économie industrielle*, *92*(1), 193-214. https://doi.org/10.3406/rei.2000.1046

Chaserant, C., & Harnay, S. (2015). Régulation de la qualité des services juridiques et gouvernance de la profession d'avocat. *Revue internationale de droit economique*, *t. XXIX*(3), 333-356.

Chaserant, C., & Harnay, S. (2016). Rationalité et (dé)réglementation de la profession d'avocat : Une analyse de la concurrence sur le marché des services juridiques. *Revue economique*, *Vol. 67*(HS1), 171-183.

Chelle, E. (2018). La complémentaire santé comportementale : Un nouveau logiciel assurantiel ? *Revue de Droit Sanitaire et Social*, *2018*(4), 674-686.

Chiapello, E., & Knoll, L. (2020). The Welfare Conventions Approach : A Comparative Perspective on Social Impact Bonds. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, *22*(2), 100-115. https://doi.org/10.1080/13876988.2019.1695965

Christensen, T., No, P., & Lægreid, P. (2006). Agencification and regulatory reforms. *Autonomy and Regulation: Coping with Agencies in the Modern State*.

CISS. (2013). *La loi HPST et l'organisation régionale du système de santé*. Collectif interassociatif sur la santé.

Clerc, C. (2018). La codétermination : Un modèle européen ? *Revue d'économie financière*, *130*(2), 181-194.

CNR. (1944). *Les jours heureux* (Conseil National de la Résistance).

Collin, J., & Suissa, A. J. (2007). Les multiples facettes de la médicalisation du social. *Nouvelles pratiques sociales*, *19*(2), 25-33. https://doi.org/10.7202/016048ar

Conseil d'Etat. (2008). *Rapport public 2008 : Jurisprudence et avis de 2007—Le contrat, mode d'action publique et de production de norme* (Vol. 59). La documentation française.

Conseil d'Etat. (2009). *Les établissements publics* (Les études du Conseil d'Etat). Conseil d'Etat.

Conseil d'Etat. (2012). *Les agences : Une nouvelle gestion publique ?* (Les rapports du Conseil d'Etat, p. 289). Conseil d'Etat.

Conseil d'Etat. (2013). *Le droit souple—Étude annuelle 2013* (Vol. 64). La documentation française.

Cordilha, A. C. (2021). Public health systems in the age of financialization : Lessons from the French case. *Review of Social Economy*, *0*(0), 1-28. https://doi.org/10.1080/00346764.2020.1870710

Coron, G. (2017). Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publique : L'exemple du secteur médico-social. *La Revue de l'Ires*, *n° 91-92*(1), 213-235.

Coron, G., Del Sol, M., & Domin, J.-P. (2017, juillet 3). *Pouvoirs et marché dans l'assurance maladie complémentaire en France*. Congrès de l'association Française de Sociologi, Amiens.

Cour des comptes. (2007). Chapitre X - Le partage des données entre les systèmes d'information de santé. In *La Sécurité sociale* (p. 307-328).

Cour des comptes. (2015). *LA SÉCURITÉ SOCIALE - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* (p. 765). Cour des comptes.

Cour des comptes. (2017). *L'avenir de l'assurance maladie* (p. 287). Cour des comptes.

Cour des comptes. (2021a). *Les complémentaires santé*. Cour des comptes. https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-complementaires-sante

Cour des comptes. (2021b). *Les relations entre l'État et ses opérateurs* (p. 134). Cour des comptes.

CPACDP. (2014). *Que faire de la dette ? Un audit de la dette publique de la France*. Attac France.

Crié, D. (2011). Le marketing des complémentaires santé. *Les Tribunes de la sante*, *n°31*(2), 73-83.

Culyer, A. J., & Newhouse, J. P. (Éds.). (2000). *Handbook of Health Economics* (Vol. A1). Elsevier.

Da Silva, N. (2017). Le mythe du " trou de la Sécu " à l'aune des débats parlementaires de 1949. In C. Brunet, T. Darcillon, & G. Rieucau (Éds.), *Economie sociale et économie politique. Regards croisés sur l'histoire et sur les enjeux contemporains,* (p. 75-92). UCL - Presses Universitaires de Louvain. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02306253

Da Silva, N. (2020). Mutualité et capitalisme entre 1789 et 1947 : De la subversion à l'intégration. *RECMA*, (à venir).

Da Silva, N., & Duchesne, V. (2022). Chapitre 21 – Les complémentaires santé : Plus chères et plus inégalitaires ? In P. Batfoulier & M. Del Sol (Éds.), *Plus d'assurance santé pour moins de protection ? Le patient face au marché*. Presses universitaires du Septentrion.

Da Silva, N., & Gadreau, M. (2015). La médecine libérale en France. *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, *17*, Article 17. https://doi.org/10.4000/regulation.11120

Dagorn, C., Giorgi, D., & Meunier, A. (2019). *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* (Nº 2019-034R; p. 129). IGAS.

Daniel, C., & Tuchszirer, C. (1999). Assurance, assistance, solidarité : Quels fondements pour la protection sociale ? *Revue de l'IRES*, *30*, 5-29.

Dardot, P., & Laval, C. (2010). *La nouvelle raison du monde—Essai sur la société néolibérale*. La Découverte.

Davis, J. B., & McMaster, R. (2017). *Health Care Economics*. Routledge.

De Pouvourville, G., & Tedesco, J. (2003). La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics. *Revue française de geston*, *146*, 205-218.

Dejours, C. (2011). La psychodynamique du travail face à l'évaluation : De la critique à la proposition. *Travailler*, *n° 25*(1), 15-27.

Delande, G. (1999). Les agences régionales d'hospitalisation, instruments d'une meilleure performance publique en matière de planification sanitaire. *Politiques et management public*, *17*(3), 93-105.

de Larquier, G. (2016). Mauvaise convention : Quand un concept passe de la théorie des jeux à l'Économie des conventions. In P. Batifoulier, F. Bessis, A. Ghirardello, D. Remillon, & G. de Larquier (Éds.), *Dictionnaire des conventions : Autour des travaux d'Olivier Favereau* (p. 183-186). Presses universitaires du Septentrion. http://books.openedition.org/septentrion/14451

de Larquier, G., & Batifoulier, P. (2005). Peut-on suivre de mauvaises conven-tions ? Coordination et Pareto-optimalité. *Economie appliquée*, *1*, 5-32.

Delas, A. (2011). L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques. *Hérodote*, *143*, 53-67.

Deloitte. (2017). *Etude Santé 2017*. Deloitte SAS.

Delouette, I. (2020). *Une analyse d'économie institutionnaliste du financement de la prise en charge de la dépendance : D'un risque social à un risque positif* [These de doctorat, Lille]. https://www.theses.fr/2020LILUA002

Delouette, I., & Nirello, L. (2016). Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Journal de gestion et d'economie medicales*, *Vol. 34*(7), 387-408.

Delouette, I., & Nirello, L. (2017). La régulation publique dans le secteur des Ehpad. *RECMA*, *N° 344*(2), 58-72.

Demsetz, H. (1969). Information and Efficiency : Another Viewpoint. *The Journal of Law & Economics*, *12*(1), 1-22.

Denord, F. (2007). *Néo-libéralisme version française : Histoire d'une idéologie politique*. DEMOPOLIS.

Deroche, C., & Savary, R.-P. (2019). *Rapport d'information sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie* (Rapport d'information N° 40; p. 65). Sénat.

Desrosières, A. (2011). Les origines statisticiennes de l'économie des conventions : Réflexivité et expertise. *Œconomia. History, Methodology, Philosophy*, *1-2*, 299-319. https://doi.org/10.4000/oeconomia.1770

Desrosières, A. (2013). Chapitre 1. La statistique, outil de gouvernement et outil de preuve. Introduction. In *Pour une sociologie historique de la quantification : L'Argument statistique I* (p. 7-20). Presses des Mines. http://books.openedition.org/pressesmines/909

DGOS. (2012). *Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM*. Direction Générale de l'Offre de Soins - Ministère des affaires sociales.

Diaz-Bone, R. (2011). The methodological standpoint of the « économie des conventions ». *Historical Social Research*, *36*(4), 43-63. https://doi.org/10.12759/hsr.36.2011.4.43-63

Diaz-Bone, R. (2016). Convention Theory, classification and quantification. *Historical Social Research*, *41*(2), 48-71. https://doi.org/10.12759/hsr.41.2016.2.48-71

Diaz-Bone, R. (2019). Economics of Convention Meets Foucault. *Historical Social Research*, *44*(1), 308-334. https://doi.org/10.12759/hsr.44.2019.1.308-334

Diaz-Bone, R., & Didier, E. (2016). The sociology of quantification—Perspectives on an emerging field in the social sciences. *Historical Social Research*, *41*(2), 7-26. https://doi.org/10.12759/hsr.41.2016.2.7-26

Diaz-Bone, R., & Salais, R. (2011). Economics of convention and the history of economies : Towards a transdisciplinary approach in economic history. *Historical Social Research*, *36*(4), 7-39. https://doi.org/10.12759/hsr.36.2011.4.7-39

Dickman, S. L., Himmelstein, D. U., & Woolhandler, S. (2017). Inequality and the health-care system in the USA. *The Lancet*, *389*(10077), 1431-1441. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30398-7

Dietrich, T. (2016). *Démocratie en santé : Les illusions perdues*. Contribution au rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (réalisé par Madame Huguette Mauss) sur le pilotage de la démocratie en santé au sein du Ministère des affaires sociales et de la santé.

Dodier, N. (1993). Les appuis conventionnels de l'action. Eléments de pragmatique sociologique. *Réseaux. Communication - Technologie - Société*, *11*(62), 63-85. https://doi.org/10.3406/reso.1993.2574

Domin, J.-P. (2013a). *Une histoire économique de l'hôpital, XIXe-XXe siècles une analyse rétrospective du développement hospitalier Tome 2 1946-2009*. Comité d'histoire de la sécurité sociale.

Domin, J.-P. (2013b). Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). *Histoire, médecine et santé*, *4*, 69-87. https://doi.org/10.4000/hms.355

Domin, J.-P. (2014). De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : Une évolution paradigmatique ? *Les Tribunes de la santé*, *n° HS 3*(5), 21. https://doi.org/10.3917/seve.hs03.0021

Domin, J.-P. (2015). Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013). *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, *17*, Article 17. https://doi.org/10.4000/regulation.11293

Domin, J.-P. (2019, juillet 3). *Marché de la prévoyance complémentaire ou monopole mutualiste. Retour sur un débat fondateur (1983-1985)*. Penser l'économie de demain et le futur de l'économie politique, Lille.

Domin, J.-P. (2020). Le rôle de la loi du 31 décembre 1989 dans la construction du marché de l'assurance maladie complémentaire. *RECMA*, *N° 357*(3), 52-65.

Domin, J.-P. (2021). Monopole mutualiste versus concurrence dans le secteur de la prévoyance complémentaire. Retours sur un débat méconnu (1983-1985). *Revue Francaise de Socio-Economie*, *n° 26*(1), 67-86.

Domin, J.-P., & Gallois, F. (2015). L'économie sociale à la rencontre du marché : L'expansion des mutuelles de santé dans les services à la personne. *RECMA*, *N° 338*(4), 86-101.

Dormont, B., Geoffard, P.-Y., & Tirole, J. (2014). Refonder l'assurance-maladie. *Notes du conseil d'analyse économique*, *12*(2), 1. https://doi.org/10.3917/ncae.012.0001

Dormont, B., & Pierru, F. (2020). La tarification à l'activité (T2A) à la française. *Revue francaise d'administration publique*, *N° 174*(2), 487-497.

Dourgnon, P., Jusot, F., & Fantin, R. (2012). Payer nuit gravement à la santé : Une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Économie publique/Public economics*, *28-29*, 123-147.

DREES. (2019). *Les dépenses de santé en 2018. Résultats des comptes de la santé* [Panorama de la Santé]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

DREES. (2021). *Les dépenses de santé en 2020—Résultats des comptes de la santé—Édition 2021*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Dreyfus, M. (2001). *Liberté, égalité, mutualité : Mutualisme et syndicalisme, 1852-1967*. Editions de l'Atelier/Editions ouvrières.

Dreyfus, M. (2019). Confédérés, Assurances sociales et Sécurité sociale : Retour sur une histoire mythifiée. *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*, *144*, 141-160.

Dreyfus, M., Ruffat, M., Viet, V., & Voldman, D. (2015). Se protéger, être protégé : Une histoire des assurances sociales en France. In *Se protéger, être protégé : Une histoire des assurances sociales en France*. Presses universitaires de Rennes. http://books.openedition.org/pur/6879

Duchesne, V. (2016, janvier 21). *La contractualisation de l'action publique—Le cas des Agences régionales de santé*. Journées d'économie et de gestion médicales, Paris.

Duchesne, V. (2017). La réforme de la sécurité sociale de 1967, prémices du débat contemporain sur le modèle économique sous-jacent ? In C. Brunet, T. Darcillon, & G. Rieaucau (Éds.), *Economie sociale et économie politique. Regards croisées sur l'histoire et sur les enjeux contemporains* (p. 93-108). Presses Universitaires de Louvain.

Durand, P. (1953). *La politique comptemporaine de Sécuité sociale*. Dalloz.

Duval, J. (2002). Une réforme symbolique de la Sécurité sociale. *Actes de la recherche en sciences sociales*, *n° 143*(3), 53-67.

Duval, J. (2007). *Le mythe du « trou de la Sécu »*. Raisons d'agir éditions.

Einav, L., & Finkelstein, A. (2011). Selection in Insurance Markets : Theory and Empirics in Pictures. *Journal of Economic Perspectives*, *25*(1), 115-138. https://doi.org/10.1257/jep.25.1.115

Elbaum, M. (2012). Le financement de la protection sociale. *Revue de l'OFCE*, *n° 122*(3), 263-331.

Esping-Andersen, G. (2007). *Les trois mondes de l'État-providence : Essai sur le capitalisme moderne. Épilogue inédit de l'auteur. Préface de François-Xavier Merrien*. PUF.

Esquerre, A., & Boltanski, L. (2017). *Enrichissement : Une critique de la marchandise*. Gallimard.

Etiévent, M. (1999). *Ambroise Croizat ou l'invention sociale. Suivi de Lettres de prisons (1939-1941)*. Gap. https://www.decitre.fr/livres/ambroise-croizat-ou-l-invention-sociale-9782741702146.html

Ewald, F. (1986). *L'Etat providence*. B. Grasset.

Ewald, F. (2009). La société assurancielle et son avenir. *Le Debat*, *n° 157*(5), 88-96.

Ewald, F., & Kessler, D. (2002). Les noces du risque et de la politique. *Le Débat*, *2002*(2), 55-72.

Eymard-Duvernay. (2004). *Économie politique de l'entreprise*. La découverte.

Eymard-Duvernay, F. (1989). Conventions de qualité et formes de coordination. *Revue économique*, *40*(2), 329-360. https://doi.org/10.2307/3502117

Eymard-Duvernay, F. (2003). Du marché généralisé à la pluralité des conventions constitutives. *Cahiers lillois d'économie et de sociologie*, *41-42*, 15-32.

Eymard-Duvernay, F. (2005). *Défaut de coopération et chômage : Une théorie institutionnaliste* (Document de travail N° 46; p. 28). https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwie68Lhk_3zAhXKy4UKHRPDBSA4FBAWegQIAhAB&url=http%3A%2F%2Fceet.cnam.fr%2Fmedias%2Ffichier%2F46-cooperation-chomage-theorie-institutionnaliste_1508401822758-pdf%3FID_FICHE%3D1051072%26INLINE%3DFALSE&usg=AOvVaw1sXe9ye3GsNJx8bdzIzWy0

Eymard-Duvernay, F. (2006). *3. Pouvoir d'évaluation de la qualité du travail et décisions d'emploi*. La Découverte. http://www.cairn.info/les-nouvelles-frontieres-du-travail-subordonne--9782707148018-page-71.htm

Eymard-Duvernay, F. (2008). Approches institutionnalistes de l'État Social. *Revue Française de Socio-Économie*, *1*(1), 89-105. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/rfse.001.0089

Eymard-Duvernay, F. (2012). Le travail dans l'entreprise : Pour une démocratisation des pouvoirs de valorisation. In *L'entreprise : Formes de propriété et responsabilités sociales* (p. 155-218). Lethielleux/Collège des Bernardins.

Eymard-Duvernay, F. (2017). Valorisation : Les pouvoirs de valorisation : l'accroissement de la capacité éthique, sociale et politique des acteurs1. In P. Batifoulier, F. Bessis, A. Ghirardello, D. Remillon, & G. de Larquier (Éds.), *Dictionnaire des conventions : Autour des travaux d'Olivier Favereau* (p. 291-296). Presses universitaires du Septentrion. http://books.openedition.org/septentrion/14508

Eymard-Duvernay, F., Favereau, O., Salais, R., Thévenot, L., & Orléan, A. (2006). 1. Valeurs, coordination et rationalité : Trois thèmes mis en relation par l'économie des conventions. In *L'économie des conventions, méthodes et résultats* (p. 23-44). La Découverte; Cairn.info. https://doi.org/10.3917/dec.eymar.2006.01.0023

Eymard-Duvernay, F., & Marchal, E. (1994). Les règles en action : Entre une organisation et ses usagers. *Revue française de sociologie*, *35*(1), 5-36. https://doi.org/10.2307/3322111

Eymard-Duvernay, F., & Marchal, E. (1997). *Façons de recruter : Le Jugement des compétences sur le marché du travail*. Métailié.

Fantino, B. (2014). *ARS, mode d'emploi. Travailler dans et avec les agences régionales de santé*. Dunod.

Fargeon, V., Minvielle, E., Valette, A., & Denis, J.-L. (2002). Les Agences Régionales de l'Hospitalisation ont cinq ans : Bouleversement ou aménagement d'un dispositif de régulation ? *Politiques et management public*, *20*(2), 43-60.

Favereau, O. (1986). La formalisation du rôle des conventions dans l'allocations des ressources. In R. Salais & L. Thévenot (Éds.), *Le travail—Marchés, règles, conventions* (p. 249-267). Economica.

Favereau, O. (1989). Marchés internes, marchés externes. *Revue économique*, *40*(2), 273-328. https://doi.org/10.2307/3502116

Favereau, O. (1999). Salaire, emploi et économie des conventions. *Cahiers d'économie politique*, *34*(1), 163-194. https://doi.org/10.3406/cep.1999.1255

Favereau, O. (2006). - Le convenzioni del lavoro, il lavoro delle convenzioni -L'économie des conventions et la théorie des salaires (S. Cozzi, Trad.). *Sociologia del Lavoro*, *104*, 107-128.

Favereau, O. (2010). La place du marché. In F. Aggeri, O. Favereau, & A. Hatchuel (Éds.), *L'activité marchande sans le marché ?* (p. 111-132). Presses des Mines.

Favereau, O. (2011). Marché et santé. *Politiques et management public*, *Vol 28/1*, Article Vol 28/1. http://journals.openedition.org/pmp/3149

Favereau, O. (2014). *L'entreprise, la grande déformation—Olivier Favereau—Librairie Eyrolles* (Collège des Bernardins). https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/l-entreprise-la-grande-deformation-9782889182947/

Favereau, O. (2017). Hommage à François Eymard-Duvernay. *Revue Francaise de Socio-Economie*, *n° 18*(1), 5-12.

Favereau, O., Bessy, C., Bessis, F., Chaserant, C., Chave, F., & Harnay, S. (2012). *Enquête statistique sur la profession d'avocat : Identité professionnelle et enjeux économique [Rapport pour le Conseil National des Barreaux]* [Report]. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00979184

Favereau, O., Bessy, C., Bessis, F., Chaserant, C., Harnay, S., Karpik, L., & Lazega, E. (2009). Des raisons de l'efficacité supérieure d'un ordre institutionnel sur l'ordre marchand. *Revue du MAUSS*, *n° 33*(1), 363-384.

Favereau, O., & Picard, P. (1996). L'approche économique des contrats : Unité ou diversité ? *Sociologie du travail*, *38*(4), 441-464. https://doi.org/10.3406/sotra.1996.2279

Feldstein, M., & Friedman, B. (1977). Tax subsidies, the rational demand for insurance and the health care crisis. *Journal of Public Economics*, *7*(2), 155-178. https://doi.org/10.1016/0047-2727(77)90044-5

Ferras, B., & Matt, J.-L. (2015). La question du financement. *Vie sociale*, *n° 10*(2), 131-149.

Franc, C., & Pierre, A. (2016). « Restes à charge élevés : Profils d'assurés et persistance dans le temps »,. *Questions d'économie de la santé (IRDES)*, *217*. https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/218-restes-a-charge-publics-en-ville-et-a-l-hopital.pdf

Friot, B. (1996). Les ministères sociaux et leurs services centraux depuis 1946. *Revue française des affaires sociales*, *50*(1), 141-171.

Friot, B. (2012). *Puissances du salariat*. La dispute.

Gaïti, B. (2014). L'érosion discrète de l'État-providence dans la France des années 1960. Retour sur les temporalités d'un « tournant néo-libéral ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, *201-202*(1), 58-71. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/arss.201.0058

Galbraith, J. K. (2009). *L'état prédateur : Comment la droite a renoncé au marché libre et pourquoi la gauche devrait en faire autant*. Editions du Seuil.

Galès, P. L. (2008). Une révolution bureaucratique britannique ? *Revue francaise de sociologie*, *Vol. 49*(2), 301-330.

Gallois, F., & Nieddu, M. (2017). *Une approche régulationniste de la protection sociale* (Working paper N° 1-2017; p. 16).

Gardette, A. (2019). *Réforme du recouvrement fiscal et social* [Rapport aux Ministres]. Ministère de l'action et des comptes publics.

Gay, R. (2018). *L'Etat hospitalier : Réformes hospitalières et formation d'une administration spécialisée en France : (années 1960 - années 2000)* [These de doctorat, Université Grenoble Alpes (ComUE)]. http://www.theses.fr/2018GREAH014

Gay, R. (2020). La réforme hospitalière, creuset d'une administration spécialisée. Analyse de la formation et des transformations de la direction des hôpitaux (1970-2010). *Revue francaise d'administration publique*, *N° 174*(2), 329-349.

Gay, R. (2021). Les assureurs privés au service d'un meilleur accès à certains biens de santé ? *La Revue de l'Ires*, *N° 103-104*(1), 157-184.

Gay, R., & Sauviat, C. (2019). Le système de santé étasunien, toujours au centre du débat public neuf ans après l'Affordable Care Act. *Revue de Droit Sanitaire et Social*, *2019*(5), 829-840.

Gélard, P. (2006). *Les autorités administratives indépendantes : Évaluation d'un objet juridique non identifié* (404 (2005-2006); Rapport de l'office parlementaire d'évaluation de la législation). Sénat.

Genier, P., & Jacobzone, S. (1998). Peut-on parler d'une gestion globale de son capital santé ? *Economie et Statistique*, *311*(1), 37-55. https://doi.org/10.3406/estat.1998.2607

Georges Pompidou, sur le déficit de la Sécurité sociale, branche maladie et la gestion paritaire. (1967, septembre 2). https://www.ina.fr/video/I00015708

Gervais, J. (2019). *L'impératif managérial : Désirs privés et devoirs publics d'un corps d'Etat* (1er édition). Septentrion.

Ghirardello, A. (2003). *La discrimination sur le marché du travail : Du problème de coordination à l'égalité dans l'emploi* [These de doctorat, Paris 10]. https://www.theses.fr/2003PA100152

Ghirardello, A. (2019). Discrimination as a Convention : A Re-Assessment of the Impact of Social Intervention. *Historical Social Research*, *44*(1), 119-135. https://doi.org/10.12759/hsr.44.2019.1.119-135

Gibaud, B. (2008). Mutualité/Sécurité sociale (1945-1950) : La convergence conflictuelle. *Vie sociale*, *N° 4*(4), 39-52.

Gilbert, M. (1992). *On Social Facts* (Reprint édition). Princeton University Press.

Gimbert, V. (2005). Gérer les risques sanitaires : Le fonctionnaire, l'expert et le politique. *Politiques et Management Public*, *23*(3), 61-77. https://doi.org/10.3406/pomap.2005.2288

Ginon, A.-S. (2005). Le médecin traitant, révélateur des nouvelles fonctions de la protection sociale complémentaire. *Revue de droit sanitaire et social*, *51*(6), 907-918.

Ginon, A.-S. (2014). La déconnexion juridique des paniers de soins. Étude des liens entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire. *Revue de Droit Sanitaire et Social*, *2014*(5), 831-846.

Ginon, A.-S. (2017a). Le glissement de l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires : Vers une autre conception des dépenses de santé ? *Revue de Droit Sanitaire et Social*, *2017*(HS-Santé et restes à charge), 91-11.

Ginon, A.-S. (2017b). Vers un paramétrage économique de l'assurance maladie complémentaire ? *Revue de Droit Sanitaire et Social*, *2017*(3), 456-468.

Ginon, A.-S., & Del Sol, M. (2020). *La place des complémentaires santé et prévoyance en France, État des lieux juridique* [Docuement de travail]. HCAAM.

Giraud, O. (2004). Les idées dans l'analyse de l'action publique en France et en Allemagne entre traditions étatiques et traditions intellectuelles. *Les sciences sociales à l'épreuve de l'action : le savant, le politique et l'Europe*, 145. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00008536

Gladwell, M. (2005, septembre 29). The Moral-Hazard Myth. The bad idea behind our failed health-care system. *The New Yorker*. https://www.newyorker.com/magazine/2005/08/29/the-moral-hazard-myth

Gloux, O. (2013). Le décret « gestion budgétaire et comptable publique » du 7 novembre 2012 : Pour une gestion publique dynamique. *Revue francaise d'administration publique*, *N° 147*(3), 761-769.

Gonzalez, L., & Nauze-Fichet, E. (2020). *Le non-recours aux prestations sociales—Mise en perspective et données disponibles* (Nº 57; Dossiers la DREES). Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Graeber, D. (2015). *Bureaucratie : L'utopie des règles*. les liens qui libèrent.

Greffe, X. (1981). *Analyse économique de la bureaucratie*. Économica, 1981.

Greve, C., Flinders, M., & Van Thiel, S. (1999). Quangos—What's in a Name? Defining Quangos from a Comparative Perspective. *Governance*, *12*(2), 129-146. https://doi.org/10.1111/0952-1895.951999095

Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, *80*(2), 223-255.

Gruening, G. (2001). Origin and theoretical basis of new public management. *International Public Management Journal*, *4*(1), 1-25. https://doi.org/10.1016/S1096-7494(01)00041-1

Guenoun, M., & Matyjasik, N. (2019). La fin de l'histoire du NPM ? In *En finir avec le New Public Management* (p. 1-26). Institut de la gestion publique et du développement économique. http://books.openedition.org/igpde/5790

Harcourt, G., & King, J. (1995). Talking About Joan Robinson : Geoff Harcourt in Conversation with John King. *Review of Social Economy*, *53*(1), 31-64.

Harnay, S., & Marciano, A. (2012). L'analyse économique du droit—Éléments de rupture et de continuité des années 1970 à aujourd'hui. *Économie publique/Public economics*, *26-27*, 71-92. https://doi.org/10.4000/economiepublique.8694

Hart, J. T. (1971). The inverse care law. *Lancet (London, England)*, *1*(7696), 405-412. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(71)92410-x

Hassenteufel, P., & Palier, B. (2007). Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems. *Social Policy & Administration*, *41*(6), 574-596. https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2007.00573.x

Hatzfeld, H. (1963). *Le grand tournant de la médecine libérale*. Editions ouvrières.

Hatzfeld, H. (1971). *DU PAUPERISME A LA SECURITE SOCIALE 1850-1940. Essai sur les origines de la sécurité sociale en France* (Presses Universitaires de Nancy).

HCAAM. (2011). *L'assurance maladie face à la crise Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : L'ONDAM et la mesure de l'accessibilité financière des soins* (Rapport annuel Nº 2011; p. 184). Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

HCAAM. (2021). *Rapport du HCAAM sur la régulation du système de santé*. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2021/HCAAM%20-%20Rapport%20r%c3%a9gulation%20HCAAM%202021.pdf

Hibou, B. (2012). *La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale*. La Découverte.

Hibou, B. (2019). Lire la bureaucratisation néolibérale avec Weber. In *En finir avec le New Public Management* (p. 105-135). Institut de la gestion publique et du développement économique. http://books.openedition.org/igpde/5790

Hibou, B. (2020). *La bureaucratisation néolibérale*. La Découverte.

Hirschman. (1990). *Exit Voice & Loyalty – Responses to Decline On Firms Organizations & States* (New e. édition). Harvard University Press.

Hirtzlin, I. (2017). Le financement des établissements de santé par la Tarification à l'Activité : Impasses et pistes de solutions. *Journal de gestion et d'economie medicales*, *Vol. 35*(2), 81-92.

Hodgson, G. M. (2008). An institutional and evolutionary perspective on health economics. *Cambridge Journal of Economics*, *32*(2), 235-256. https://doi.org/10.1093/cje/bem033

Holla, H. (2015). Travaux de l'ATIH sur les systèmes de tarification. *Journal de gestion et d'economie medicales*, *Vol. 33*(2), 112-116.

Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons? *Public Administration*, *69*(1), 3-19. https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x

Hudebine, H., Jourdain, A., & Muñoz, J. (2014). Les premières années des ARS dans le secteur médico-social. *Journal de gestion et d'economie medicales*, *Vol. 32*(1), 81-96.

Husson, M. (2015). *Créer des emplois en baissant les salaires ? : Une histoire de chiffres*. Editions du Croquant.

IGPDE. (2003). *Agences, un modèle en expension ?* (Nº 5; Perspectives Gestions Publiques). IGPDE.

IGPDE. (2008). *Les réorganisations administratives* (Nº 27; Perspectives Gestions Publiques). IGPDE.

Informations sociales. (2015). *1945-2015 : La Sécurité sociale, un service public.* (CNAF).

Insee. (2014). *Fiche méthodologique de la base 2010 des comptes nationaux—Modifications du périmètre des administrations publiques au passage à la base 2010*. Insee.

IRDES. (2015). *Historique des réformes hospitalières en France*. IRDES.

Jany-Catrice, F. (2012a). De l'évaluation des politiques publiques à la « performance totale ». *Économie et institutions*, *18-19*, Article 18-19. https://doi.org/10.4000/ei.485

Jany-Catrice, F. (2012b). La performance totale : Nouvel esprit du capitalisme ? In *La performance totale : Nouvel esprit du capitalisme ?* Presses universitaires du Septentrion. http://books.openedition.org/septentrion/9157

Jany-Catrice, F. (2013). De l'évaluation des politiques publiques à la « performance totale ». *Économie et institutions*, *18-19*, Article 18-19. https://doi.org/10.4000/ei.485

Jeancourt-Galignani, A. (2014). Le lancinant déficit de l'Assurance maladie. *Commentaire*, *Numéro 145*(1), 85-88.

Jobert, B., & Muller, P. (1987). *L'Etat en action* (p. 238). Presses Universitaires de France. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00137940

Jusot, F. (2014). La complémentaire santé : Une source d'inégalités face à la santé ? *Les Tribunes de la sante*, *n° 43*(2), 69-78.

Jusot, F., Legal, R., Pollak, C., & Shmueli, A. (2017). *Assurance maladie et complémentaires santé : Comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ?* (Nº 225; Questions d'économie de la Santé). IRDES.

Juston Morival, R., Ginon, A.-S., & Del Sol, M. (2019). Réflexions sur les offres à dimension préventive développées par les organismes d'assurance en santé. *Droit Social*, *11*, 921-927.

Kober-Smith, A. (2010). Le National Health Service : Une institution phare en pleine transformation. *Informations sociales*, *159*(3), 70-79. Cairn.info.

Kocher-Marboeuf, E. (2013). *Le Patricien et le Général. Jean-Marcel Jeanneney et Charles de Gaulle 1958-1969. Volume II*. Institut de la gestion publique et du développement économique. http://books.openedition.org/igpde/2511

Krachler, N., Greer, I., & Umney, C. (2021). Can Public Healthcare Afford Marketization? Market Principles, Mechanisms, and Effects in Five Health Systems. *Public Administration Review*, puar.13388. https://doi.org/10.1111/puar.13388

Kuisel, R. F. (1981). *Capitalism and the State in Modern France : Renovation and Economic Management in the Twentieth Century*. Cambridge University Press.

Labzaé, M. (2014). Le nouvel esprit de la bureaucratie. *Geneses*, *n° 94*(1), 178-183.

Lacroix-Riz, A. (1983). Un ministre communiste face à la question des salaires : L'action d'Ambroise Croizat de novembre 1945 à mai 1947. *Le Mouvement social*, *123*, 3-44. https://doi.org/10.2307/3777839

Lafarge, F. (2012). France. In K. Verhoest, S. Van Thiel, G. Bouckaert, & P. Lægreid (Éds.), *Government agencies : Practices and lessons from 30 countries* (p. 99-109). Palgrave Macmillan.

Laffont, J.-J. (1998). Le risque comme donnée économique. In F. Ewald & J.-H. Lorenzi (Éds.), *« Encyclopédie de l'assurance », Economica* (p. 1492). Economica.

Lafore, R. (2004). La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du « département providence ». *Revue francaise des affaires sociales*, *4*, 17-34.

Laking, R. (2009). Les agences : Avantages et risques. *Revue de l'OCDE sur la gestion budgétaire*, *4*(4), 7-29. https://doi.org/10.1787/budget-v4-art14-fr

Lane, J.-E. (1999). Contractualism In the Public Sector. *Public Management: An International Journal of Research and Theory*, *1*(2), 179-194. https://doi.org/10.1080/14719039900000002

Lang, T. (2014). Inégalités sociales de santé. *Les Tribunes de la sante*, *n° 43*(2), 31-38.

Laroque, M. (1999). *Contribution à l'histoire financière de la Sécurité sociale.* La Documentation Française.

Larquier, G. de, & Batfoulier, P. (2005). Peut-on suivre de mauvaises conventions ? Coordination et Pareto-optimalité. *Économie appliquée*, *58*(1), 5-32.

Lascoumes, P. (2007). L'usager dans le système de santé : Réformateur social ou fiction utile ? *Politiques et Management Public*, *25*(2), 129-144. https://doi.org/10.3406/pomap.2007.2371

Latsis, J., de Larquier, G., & Besis, F. (2010). Are conventions solutions to uncertainty? Contrasting visions of social coordination. *Journal of Post Keynesian Economics*, *32*(4), 535-558. https://doi.org/10.2753/PKE0160-3477320402

Laurent, E. (2020). *Et si la santé guidait le monde ? : L'espérance de vie vaut mieux que la croissance*. Les Liens Qui Libèrent.

Le Garrec, A.-M., Koubi, M., & Fenina, A. (2013). *60 années de dépenses de santé. Une rétropolation des comptes de santé de 1950 à 2010* (Vol. 831). DREES.

Le Menn, J., & Milon, A. (2014). *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (2) et de la commission des affaires sociales (1) sur les agences régionales de santé*. Sénat.

Leca, J. (2014). Etat. In L. B. et al. (Éd.), *Dictionnaire des politiques publiques* (p. 231-247). Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.).

Lenay, O., & Moisdon, J.-C. (2003). Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier. *Revue francaise de gestion*, *no 146*(5), 131-141.

Lepont, U. (2016). Les conditions préalables au « tournant néo-libéral ». *Politix*, *n° 116*(4), 193-220.

Lévy, D., & Duménil, G. (2014). *La grande bifurcation : En finir avec le néolibéralisme*. La Découverte.

Löwy, M. (1992). Figures du marxisme wébérien. *Actuel Marx*, *11*, 83-94.

Maarse, H. (2006). The Privatization of Health Care in Europe : An Eight-Country Analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, *31*(5), 981-1014. https://doi.org/10.1215/03616878-2006-014

Maggetti, M., & Verhoest, K. (2014). Les aspects inexplorés de l'autonomie bureaucratique : État des lieux et perspectives. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, *80*(2), 243. https://doi.org/10.3917/risa.802.0243

Mangin, F. (2004). *Structuration des processus de décision : Le cas de la transfusion sanguine française (1950-1985)* [These de doctorat, Jouy-en-Josas, EHEC]. https://www.theses.fr/2004EHEC0007

Maris, B. (2003). *Lettre ouverte aux gourous de l'économie qui nous prennent pour des imbéciles*. Seuil.

Marmot, M. (2018). An inverse care law for our time. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *362*, k3216. https://doi.org/10.1136/bmj.k3216

Marrot, B. (1995). *L'administration de la santé en France*. Editions L'Harmattan.

Martin, P. (2016). *Les métamorphoses de l'assurance maladie : Conversion managériale et nouveau gouvernement des pauvres*. Presses universitaires de Rennes.

Mauss, H. (2016). *Evaluation du pilotage de la démocratie sanitaire au sein des ministères sociaux* (N° 2015-179R; p. 110). IGAS.

Mayntz, R. (2010). L'idéaltype wébérien de la bureaucratie et la sociologie des organisations (P. Duran, Trad.). *Trivium. Revue franco-allemande de sciences humaines et sociales - Deutsch-französische Zeitschrift für Geistes- und Sozialwissenschaften*, *7*, Article 7. https://doi.org/10.4000/trivium.3781

McMaster, R. (2002). The Analysis of Welfare State Reform : Why the "Quasi-Markets" Narrative Is Descriptively Inadequate and Misleading. *Journal of Economic Issues*, *36*(3), 769-794. https://doi.org/10.1080/00213624.2002.11506512

McMaster, R., Batifoulier, P., & Domin, J.-P. (2015). Health is a matter of social definition. An Interview with Robert McMaster. *Revue de La Régulation. Capitalisme, Institutions, Pouvoirs*, *17*. https://doi.org/10.4000/regulation.11103

McWilliams, J. M. (2009). Health Consequences of Uninsurance among Adults in the United States : Recent Evidence and Implications. *The Milbank Quarterly*, *87*(2), 443-494. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00564.x

Meier, K., & Hill, G. (2005). Bureaucracy in the Twenty-First Century. In E. Ferlie, C. Pollitt, & L. Lynn (Éds.), *The Oxford Handbook of Public Management*. Oxford University Press.

Merrien, F.-X. (1999). La Nouvelle Gestion publique : Un concept mythique. *Lien social et Politiques*, *41*, 95-103. https://doi.org/10.7202/005189ar

Merrien, F.-X., Parchet, R., & Kernen, A. (2005). *L'État social : Une perspective internationale*. Armand Colin.

Mills, C. (1981). *L'économie de la sécurité sociale*. Librairie générale de droit et de jurisprudence.

Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Ed. d'Organisation.

Moisdon, J.-C. (2012). Le paradoxe de la boîte noire des réformes hospitalières. *Droit et société*, *80*, 91-115.

Moisdon, J.-C. (2013). Une histoire de la T2A. *Journal de gestion et d'economie medicales*, *Vol. 31*(2), 107-120.

Montanari, I., & Nelson, K. (2013). Social service decline and convergence : How does healthcare fare? *Journal of European Social Policy*, *23*(1), 102-116. https://doi.org/10.1177/0958928712456574

Morel, N., Touzet, C., & Zemmour, M. (2018). Fiscal welfare : Le rôle des niches socio-fiscales dans la protection sociale en Europe. *Revue Francaise de Socio-Economie*, *n° 20*(1), 123-141.

Mossé, P., & Pierru, F. (2002). Entre savoir économiques et décisions politiques : Les restructurations hospitalières. In S. Béjean & C. Peyron (Éds.), *Santé, Règle et Rationalités* (p. 235-268). Economica.

Mougeot, M., & Naegelen, F. (2014). La tarification à l'activité : Une réforme dénaturée du financement des hôpitaux. *Revue francaise d'economie*, *Volume XXIX*(3), 111-141.

Newhouse, J. P., Group, R. C. I. E., & Staff, I. E. G. (1993). *Free for All? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment*. Harvard University Press.

Noiriel, G. (2019). *Une histoire populaire de la France : De la guerre de Cent Ans à nos jours*. Agone.

Nyman, J. A. (1999). The value of health insurance : The access motive. *Journal of Health Economics*, *18*(2), 141-152. https://doi.org/10.1016/S0167-6296(98)00049-6

Nyman, J. A. (2008). Health Insurance Theory : The Case of the Missing Welfare Gain. *The European Journal of Health Economics*, *9*(4), 369-380. JSTOR.

OCDE (Éd.). (2002). *Les autres visages de la gouvernance publique : Agences, autorités administratives et établissements publis*. OCDE.

OCDE. (2012). *Examens de l'OCDE sur la gouvernance publique : France: Une perspective internationale sur la Révision générale des politiques publiques*. OECD. https://doi.org/10.1787/9789264167605-fr

OCDE. (2019a). *Réussir la décentralisation : Un guide pratique*. OECD. https://doi.org/10.1787/551847c0-fr

OCDE. (2019b). *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*. OECD. https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr

ODENORE. (2012). *L'envers de la " fraude sociale "*. La Découverte.

Palier, B. (2002). De la crise aux réformes de l'État-providence. Le cas français en perspective comparée. *Revue française de sociologie*, *43*(2), 243-275. https://doi.org/10.2307/3322506

Palier, B. (2005). *Gouverner la sécurité sociale*. Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.palie.2005.01

Palier, B. (2007). Du salaire différé aux charges sociales : Les avatars du financement de la protection sociale. *Regards croises sur l'economie*, *n° 1*(1), 174-181.

Palier, B. (2010). *A Long Goodbye to Bismarck? : The Politics of Welfare Reform in Continental Europe* (1er édition). Amsterdam University Press.

Palier, B., & Bonoli, G. (1995). Entre Bismarck et Beveridge « Crises » de la sécunté sociale et politique(s). *Revue française de science politique*, *45*(4), 668-699. https://doi.org/10.3406/rfsp.1995.403563

Parel, V. (2018). L'accès aux soins aux États-Unis sous les mandatures de Barack Obama et Donald Trump. *Journal de gestion et d'economie medicales*, *Vol. 36*(2), 91-108.

Parodi, J.-L. (1967). Les difficultés du parlementarisme majoritaire. *Revue française de science politique*, *17*(5), 928-931. https://doi.org/10.3406/rfsp.1967.393048

Pauly, M. (1978). Is medical care different ? In W. Greenberg (Éd.), *Competition in the health care sector : Past, present, and future* (p. 11-35). ASPEN.

Pauly, M. V. (1968). The Economics of Moral Hazard : Comment. *The American Economic Review*, *58*(3), 531-537. JSTOR.

Pauly, M. V., Danzon, P., Feldstein, P., & Hoff, J. (1991). A Plan for 'Responsible National Health Insurance'. *Health Affairs*, *10*(1), 5-25. https://doi.org/10.1377/hlthaff.10.1.5

Pelletier, W., & Bonelli, L. (2010). *L'État démantelé*. La découverte.

Pen (Le), C. (2009). « Patient » ou « personne malade » ? *Revue economique*, *Vol. 60*(2), 257-271.

Perronnin, M. (2016). Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : Des taux d'effort inégalement répartis. *Questions d'économie de la santé (IRDES)*. https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/218-restes-a-charge-publics-en-ville-et-a-l-hopital.pdf

Perrot, J. (2006). Different approaches to contracting in health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, *84*(11), 859-866.

Pierru, F. (2007). *Hippocrate malade de ses réformes*. Editions du Croquant.

Pierru, F. (2011a). Chapitre 9 / Budgétiser l'assurance maladie. In *Gouverner (par) les finances publiques* (p. 393-449). Presses de Sciences Po. http://www.cairn.info/gouverner-par-les-finances-publiques--9782724611939-page-393.htm

Pierru, F. (2011b). *La santé en fusions—L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel*. XIème Congrès de l'Association française de science politique, Strasbourg.

Pierru, F., & Rolland, C. (2016). Bringing the Health Care State Back in. Les embarras politiques d'une intégration par fusion : le cas des Agences Régionales de Santé. *Revue française de science politique*, *66*(3-4), 483-506. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/rfsp.663.0483

Pierson, P. (1994). *Dismantling the Welfare State? : Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511805288

Polanyi, K. (2011). *La Subsistance de l'homme : La place de l'économie dans l'histoire et la société* (B. Chavance, Trad.). FLAMMARION.

Poliquin, H. (2015). Analyse critique et dimensionnelle du concept de santéisation. *Aporia*, *7*(1). https://doi.org/10.18192/aporia.v7i1.2819

Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2011). *Public Management Reform : A Comparative Analysis—New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State* (3e éd.). Oxford University Press.

Pollitt, C., & Talbot, C. (Éds.). (2004). *Unbundled government : A critical analysis of the global trend to agencies, quangos and contractualisation*. Routledge.

Pollitt, C., Talbot, C., Caulfield, J., & Smullen, A. (2005). *Agencies : How governments do things through semi-autonomous organizations*. Palgrave Macmillan.

Portelli, H. (2018). Soixante ans de subordination parlementaire. *Pouvoirs*, *N° 166*(3), 69-80.

Pouchol, M. (2020). 6. Utilité de la théorie économique et rôle du théoricien selon Joan Robinson. *Cahiers d'economie politique*, *n° 77*(1), 127-158.

Poulantzas, N. (2013). *L' État, le pouvoir, le socialisme*. Les Prairies Ordinaires.

Pribile, P., & Nabet, N. (2018). *Stratégie de transformation du système de santé—Rapport final : Repenser l'organisation territoriale des soins* (p. 22). Ministère des Solidarités et de la Santé.

Quesnel-Vallée, A., Renahy, E., Jenkins, T., & Cerigo, H. (2012). Assessing barriers to health insurance and threats to equity in comparative perspective : The Health Insurance Access Database. *BMC Health Services Research*, *12*(1), 107. https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-107

Ract-Madoux, P., & Gauthey, G. (2018). La CADES, un acteur de la gestion et de l'amortissement de la dette sociale. *Regards*, *N° 54*(2), 45-54.

Ramaux, C. (2007). Quelle théorie pour l'État social ? Apports et limites de la référence assurantielle. *Revue francaise des affaires sociales*, *1*, 13-34.

Ramaux, C. (2012). *L'Etat Social. Pour sortir du chaos néolibéral*. Fayard/Mille et une nuits.

Rauly, A. (2016). *Gouverner la télémédecine. Analyse institutionnaliste d'une nouvelle pratique médicale* [These de doctorat, Reims]. https://www.theses.fr/2016REIME004

Ray, M., Bourgueil, Y., & Sicotte, C. (2020). Les maisons de santé pluriprofessionnelles : Un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques. *Revue francaise des affaires sociales*, *1*, 57-77.

Reibling, N. (2010). Healthcare systems in Europe : Towards an incorporation of patient access: *Journal of European Social Policy*. https://doi.org/10.1177/0958928709352406

Reiter, R., & Klenk, T. (2019). Les multiples significations du « post-NMP » – analyse documentaire systématique. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, *Vol. 85*(1), 13-29.

Richer, L. (2014). *Droit des contrats administratifs*. Lgdj.

Ritter, P. (2008). *Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé (ARS)* (p. 63). Ministère de la santé de la jeunesse et des sports.

Robelet, M. (1999). Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France. *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, *12*(46), 71-97. https://doi.org/10.3406/polix.1999.1056

Robinson, J. (1962). *Economic Philosophy*. Penguin Books.

Robinson, M. (2000). Contract Budgeting. *Public Administration*, *78*(1), 75-90. https://doi.org/10.1111/1467-9299.00193

Rochaix, L. (1997). Asymétries d'information et incertitude en santé : Les apports de la théorie des contrats. *Économie & prévision*, *129*(3), 11-24. https://doi.org/10.3406/ecop.1997.5861

Rochet, C. (2002). *Les établissements publics nationaux : Un chantier pilote pour la réforme de l'État - La mise en oeuvre des politiques publiques par les établissements publics nationaux*. Délégation interministérielle à la réforme de l'État.

Rodwin, M. (2014). *Les conflits d'intérêts en médecine : Quel avenir pour la santé ?: France, Etats-Unis, Japon* (G. Knibiehler, Trad.). Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Rolland, C., & Sicot, F. (2012). Les recommandations de bonne pratique en santé. *Gouvernement et action publique*, *VOL. 1*(3), 53-75.

Rosanvallon, P. (1993). *L'Etat en France : De 1789 à nos jours*. Seuil.

Rosanvallon, P. (2002). *Le Peuple introuvable : Histoire de la représentation démocratique en France*. Gallimard.

Rose, N., & Miller, P. (1992). Political Power beyond the State : Problematics of Government. *The British Journal of Sociology*, *43*(2), 173-205. JSTOR. https://doi.org/10.2307/591464

Ruellan, R. (2015). La gouvernance de la Sécurité sociale à partir du plan Juppé de 1995. *Vie sociale*, *10*(2), 153. https://doi.org/10.3917/vsoc.152.0153

Saint-Paul, G. (2012). *Réflexions sur l'organisation du système de santé* (Nº 103; Les rapports du CAE, p. 178). Conseil d'analyse économique. http://www.cae-eco.fr/IMG/pdf/103.pdf

Salais, R. (1998). À la recherche du fondement conventionnel des institutions. In É. Chatel & D. Rivaud-Danset (Éds.), *Institutions et conventions : La réflexivité de l'action économique* (p. 255-291). Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

Salais, R., & Storper, M. (1993). *Les mondes de production : Enquête sur l'identité économique de la France*. Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.

Salanié, B. (2012). *Théorie des contrats*. Economica.

Schick, A. (2002). Agencies in search of principles. *OECD Journal on Budgeting*, *2*(1), 7-26. https://doi.org/10.1787/budget-v2-art2-en

Sécurité sociale. (2021). *Projet de loi de financement de la Sécurité sociale—ANNEXE 4 Recettes, dépenses et soldes des régimes par catégorie et par branch*. Sécurité sociale.

SGMAS. (2019). *Fond d'Intervention Régional—Rapport d'activité 2018* (p. 82). Ministère des solidarités et de la santé - Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

Simon, D. (1987). Les assurances sociales et les mutualistes (1920-1932). *Revue d'Histoire Moderne & Contemporaine*, *34*(4), 587-615. https://doi.org/10.3406/rhmc.1987.1427

Sobel, R. (2013). Idéologie, sujet et subjectivité en théorie marxiste : Marx et Althusser. *Revue de philosophie economique*, *Vol. 14*(2), 151-192.

Sol, M. D., & Turquet, P. (2021). L'assurance maladie complémentaire des salariés au prisme du fiscal welfare… what's going wrong in France ? *La Revue de l'Ires*, *N° 103-104*(1), 45-73.

Soual, H. (2017). *Les dépenses de santé depuis 1950* (Nº 1017; Etudes et Résultats). DREES.

Soubie, R. (1993). *Santé 2010—Rapport du groupe « Prospective du système de santé »* (p. 151). Commissariat Général au Plan.

Stone, D. (2011). Moral Hazard. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, *36*(5), 887-896. https://doi.org/10.1215/03616878-1407676

Streeck, W. (2018). *Du temps acheté. La crise sans cesse ajournée du capitalisme démocratique* (F. Joly, Trad.). Gallimard.

Streeck, W., & Labrousse, A. (2016). Order is an exception, not the rule. *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, *19*, Article 19. https://doi.org/10.4000/regulation.11925

Supiot, A. (2015). *La Gouvernance par les nombres*. Fayard.

Supiot, A. (2016). Mutualisation : De quoi parlons-nous ? *Receuil Dalloz*, *2016*(13), 726-731.

Tabuteau, D. (2003). Les nouvelles frontières de l'assurance maladie. *Droit Social*, *01*, 125.

Tabuteau, D. (2010). Du plan Seguin à la loi HPST : les évolutions de la politique de santé. *Les Tribunes de la santé*, *HS 1*, 37-51.

Tabuteau, D. (2013). 1983-2013 : Les évolutions de la politique de santé. *Journal d'Economie et de Gestion Médicales*, *31*, 53-67.

Tabuteau, D. (2013). *Démocratie sanitaire—Les nouveaux défis de la politique de santé*. Odile Jacob.

Tanti-Hardouin, N. (2011). *Aux origines de l'économie de la santé*. Ellipses.

Tarrit, F. (2019). À propos des fondements éthiques de la critique du capitalisme par Marx. *Revue de philosophie economique*, *Vol. 20*(2), 157-179.

Théret, B. (1992). *Régimes économiques de l'ordre politique*. Presses Universitaires de France - PUF.

Théret, B. (1994). To have or to be : On the problem of the interaction between State and economy and its 'solidarist' mode of regulation1: *Economy and Society*, *23*(1), 1-46. https://doi.org/10.1080/03085149400000012

Théret, B. (1996). Les structures élémentaires de la protection sociale. *Revue française des affaires sociales*, *50*(4), 165-188.

Thévenon, O. (2003). *Les relations emploi-famille en Europe. Fondements socio-économiques des comportements féminins en Allemagne, Espagne, France, aux Pays-Bas et Royaume-Uni.* [Phdthesis, Université de Nanterre - Paris X]. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00424833

Thévenon, O. (2006). Régimes d'Etat Social et convention familiale : Uneanalyse des régulations emploi-famille. *conomies et société série Socio-économie du travail*, *27*(6), 1137-1171.

Thévenot, L. (1990). L'action qui convient. In P. Pharo & L. Quéré (Éds.), *Les formes de l'action : Sémantique et sociologie* (p. 39-69). Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales. http://books.openedition.org/editionsehess/25337

Thévenot, L. (1994). Le régime de familiarité. Des choses en personne. *Genèses. Sciences sociales et histoire*, *17*(1), 72-101. https://doi.org/10.3406/genes.1994.1262

Thévenot, L. (1995). L'action en plan. *Sociologie du travail*, *37*(3), 411-434. https://doi.org/10.3406/sotra.1995.2216

Thévenot, L. (2006). *L'action au pluriel*. La Découverte. https://doi.org/10.3917/dec.theve.2006.02

Thynne, I. (2004). State organisations as agencies : An identifiable and meaningful focus of research? *Public Administration and Development*, *24*(2), 91-99. https://doi.org/10.1002/pad.315

Tinel, B. (2016). *Dette publique : Sortir du catastrophisme*. Raisons d'agir.

Tirole, J. (2013). Rationalité, psychologie et économie. *Revue française d'économie*, *XXVIII*(2), 9-33. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/rfe.132.0009

Titmuss, R. M. (1958). *Essays on « The Welfare State »*. George Allen & Unwin.

Torny, D. (1995). Mon corps est-il une bagnole ?" Socio-fiction assurantielle. *Revue française des affaires sociales*, *49*(4), 67-77.

Torny, D. (2007). L'administration des risques sanitaires face à l'éloignement de l'expertise : Le cas français au tournant des années 2000. *Sociologie et sociétés*, *39*(1), 181-196. https://doi.org/10.7202/016938ar

Vahabi, M. (2002). From Walrasian General Equilibrium to Incomplete Contracts : Making Sense of Institutions. *Économie et Institutions*, *1*, 99-143. https://doi.org/10.4000/ei.709

Vahabi, M. (2004). *The Political Economy of Destructive Power*. Edward Elgar Publishing.

Vahabi, M. (2015). *The Political Economy of Predation : Manhunting and the Economics of Escape*. Cambridge University Press.

Vahabi, M., Batifoulier, P., & Da Silva, N. (2020). A theory of predatory welfare state and citizen welfare : The French case. *Public Choice*, *182*(3), 243-271. https://doi.org/10.1007/s11127-019-00660-0

Valat, B. (2001). *Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967). L'Etat, l'institution et la santé*. Economica.

Valat, B. (2015). Chapitre XI. Le choix de la Sécurité sociale. In M. Dreyfus, M. Ruffat, V. Viet, & D. Voldman, *Se protéger, être protégé : Une histoire des assurances sociales en France* (p. 259-278). Presses universitaires de Rennes. http://books.openedition.org/pur/6901

Valat, B., & Laroque, M. (2015). La démocratie sociale dans la gestion de la Sécurité sociale de 1945 à 1994. *Vie sociale*, *n° 10*(2), 89-107.

Vasselle, A. (2005). *Réforme de l'assurance maladie : Les nouveaux outils de la régulation* (Rapport d'information N° 11; p. 53). Sénat.

Vatan, S. (2014). *La tarification des services d'aide à domicile : Une analyse institutionnaliste par le rôle paramétrique du prix* [These de doctorat, Lille 1]. https://www.theses.fr/2014LIL12022

Verhoest, K., Peters, B. G., Bouckaert, G., & Verschuere, B. (2004). The study of organisational autonomy : A conceptual review. *Public Administration and Development*, *24*(2), 101-118. https://doi.org/10.1002/pad.316

Verhoest, K., Van Thiel, S., Bouckaert, G., & Lægreid, P. (Éds.). (2012). *Government agencies : Practices and lessons from 30 countries*. Palgrave Macmillan.

Vezinat, N. (2020). La promotion conjointe des maisons de santé pluriprofessionnelles : Une « communauté d'intérêt » entre association professionnelle et autorités sanitaires. *Revue francaise des affaires sociales*, *1*, 79-101.

Vie Sociale. (2016). *La protection sociale face à ses défis : 70e anniversaire de la Sécurité sociale* (ERES).

Vincent, C. (2019). La reconfiguration du marché du risque santé par la négociation : De l'interprofessionnel à l'entreprise et du contrat individuel au collectif. *Revue de Droit Sanitaire et Social*, *2019*(5), 810-818.

Wahl, T. (2012). *L'Etat et ses Agences* (N° 2011-M-044-01). Inspection Générale des Finances.

Wanecq, T. (2020). Le reste à charge zéro, fin d'un cycle ou nouvelle perspective ? *Les Tribunes de la santé*, *65*(3), 79-94. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/seve1.065.0079

Watt, G. (2002). The inverse care law today. *Lancet (London, England)*, *360*(9328), 252-254. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09466-7

Weber, M. (2003). *Economie et société, tome 1 : Les Catégories de la sociologie* (Nouvelle édition). Pocket.

Zemmour, M. (2015). Exonérations, exemptions et dépenses fiscales : Quels coûts pour la protection sociale ? *La Revue de l'Ires*, *n° 87*(4), 3-34.

Ziller, J. (2007). *Organisation de l'administration centrale de l'Etat : Politiques et instruments* (Documents SIGMA N° 43; Documents SIGMA, Vol. 43). https://doi.org/10.1787/5k40htrf4m0p-fr

Annexes

Annexe n° 1.1 – Estimations pour les charges indues A la Sécurité sociale en 1963, 1964 et 1965

1963	
Source - Antonielli 1965	
Charges indues estimée A 3 milliards de francs (2,945 Mds NF)	
Détail des charges indues	
Fonds national de Solidarité	600
Déficit du régime agricole	305
Allocations aux vieux travailleurs agricoles	100
Frais de fonctionnement des services du ministère du travail	35
Charge des amortissements d'immeubles et frais de formation des étudiants inclus dans le prix de journée des hôpitaux	300
Allocation viagère aux salariés rapatriés d'Algérie	50
Déficit du régime des mines	350
L'allocation aux vieux travailleurs	205
Imputés A la branche des Allocations familiales (environ)	1000
Total	***2945***

1964	
Source - Antonielli 1965	
Charges indues estimée A 3 milliards de francs	
Détail des charges indues	
Pas de détail	
Dettes patronales envers le régime général	
Principal	1442
Pénalités	644
Total	2086

1965	
(Kocher-Marboeuf, 2013) A partir d'un argumentaire de la CGT, par ailleurs repris par le député Louis Dupont A l'occasion des débats du 27 mai 1966 pour le budget 1967.	
Charges indues estimée A 3 milliards de francs	
Détail des charges indues	
Compensation des prestations sociales de l'agriculture	1050
Allocations aux vieux travailleurs de l'agriculture	100
Allocations supplémentaires du fonds national de solidarité	850
Assurance maladie des titulaires de l'allocation aux vieux travailleurs salariés	250
Sécurité sociale des rapatriés	50
Allocations aux mères de famille ayant élevé plus de cinq enfants et ne relevant pas du régime général	40
Compensation avec le régime minier	200
Compensation avec les allocations familiales	300
Compensation avec l'assurance-vieillesse	217
Rentes pour accidents du travail dans les mines de fer	12
allocations d'études spécialisées aux enfants non-ayants-droits d'assurés sociaux	20
surcompensation des allocations familiales aux régimes spéciaux, sauf celui des mines	220
compensation du déficit des régimes étudiants, invalides et veuves de guerre, allocations familiales des employés et travailleurs indépendants	120
traitements et charges des fonctionnaires du ministère du Travail chargés du contrôle de la Sécurité sociale	60
Participation du régime général au financement de l'allocation spéciale des non-salariés économiquement faibles	121
allocations familiales A la population non active	220
l'enseignement de la médecine et de la recherche médicale dans les hôpitaux	110
la participation au plan d'équipement sanitaire et social	75
Total	**4015**

1965	
(Antonielli, 1966)	
Charges indues estimée A 2,6milliards de francs (2,617 Mds NF)	
Détail des charges indues	
Déficit des assur. soc. agricoles	558
Allocations supplémentaires (A des vieillards non assurés)	720
Allocation aux vieux travailleurs salariés agricoles	100
Dépenses d'action sociale des départements d'Outre-Mer	50
Allocation viagère aux rapatriés	50
Déficit de la Sécurité sociale des mines, accidents du travail....	213
Déficit de la Sécurité sociale des mines vieillesse	363
Allocations familiales agricoles	465
Education spécialisée (enfants, infirmes)	50
Fonctionnement du ministère du travail (direction générale et direction générale de la Sécurité sociale)	48
Total	***2617***

Annexe n° 3.1 – Panorama de l'agencification à partir de différentes catégories ou classification d'organisations publiques.

Sigle	Nom *Nom grand public*	Nb	Statut	Échelon territorial d'action	ClassificationMinistère de la santé et des Affaires Sociales	Classification ODAC	Classification Opérateur de l'Etat (PLF 2017)	Classification PLFSS	Classification Comité agence 2017	CICD
ABM	Agence de la BioMédecine	1	EPA	national	Opérateurs et agences	7	oui	oui	oui	-
ACOSS	Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale	1	EPA	national	Opérateurs et agences	-	-	oui		-
AFA	Agence Française de l'Adoption	1	GIP	national	Opérateurs et agences	-	oui	-		-
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la performance des établissements de santé et médicaux-sociaux	1	GIP	national	Opérateurs et agences	7	-	oui		-
ANFH	Association Nationale pour la Formation des Hospitaliers	1	Association (OPCA)	national	Opérateurs et agences	-	-	-		-
ANSES	Agence Nationale de Sécurité saniataire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSéS) ou ANSSAET	1	EPA	national	Opérateurs et agences	7	oui (prg 206)	-	oui	-
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé	1	EPA	national	Opérateurs et agences	7 (AFASSAPS)	oui	-	oui	-
ANSP	Agence Nationale de Santé Publique *Santé Publique France (m)*	1	EPA	national	Opérateurs et agences	-	oui	oui	oui	-
ARS	Agences régionales de santé	17	EPA	régional	Opérateurs et agences	7	oui	-	-	-
ANS	Agence du Numérique en Santé	1	GIP	national	*Opérateurs et agences*		-	oui		-
ATIH	Agence Technique de l'Informatisation sur l'Hospitalisation	1	EPA	national	Opérateurs et agences	-	-	oui		-
CLEISS	Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale	1	EPA	national	Opérateurs et agences	-	7 (CSSTM)	(oui)		-
CNAF	Caisse Nationale des Allocations Familiales	1	EPA	national	Opérateurs et agences	-	-	(oui)		-
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés	1	EPA	national	Opérateurs et agences	-	-	(oui)		-
CNAVTS	Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés	1	EPA	national	Opérateurs et agences	-	-	(oui)		-
CNG	Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de directions de la fonction publique hospitalière	1	EPA	national	Opérateurs et agences	-	-	oui		-
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité Pour l'Autonomie	1	EPA	national	Opérateurs et agences	-	-	oui		-
EFS	Établissements Français du Sang	1	EPIC	national	Opérateurs et agences	-	-	oui	oui	-
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique	1	EPSCP	national	Opérateurs et agences	-	oui	-		-
EN3S	École Nationale supérieur de sécurité sociale	1	EPA	national	Opérateurs et agences	-	-	(oui)		-
GIPED	GIP Enfance en Danger	1	GIP	national	Opérateurs et agences	-	-	-		-
INCa	Institut National du Cancer	1	GIP	national	Opérateurs et agences	7	oui	-	oui	-
INJA	Institut National des Jeunes Aveugles	1	EP	intermédiaire	Opérateurs et agences	-	-	-		-
INJS	Institut National des Jeunes Sourds de Paris	1	EP	intermédiaire	Opérateurs et agences	-	-	-		-
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale	1	EPST	national	Opérateurs et agences	7	oui (prg 172)	-	oui	-

Sigle	Nom *Nom grand public*	Nb	Statut	Échelon territorial d'action	ClassificationMinistère de la santé et des Affaires Sociales	Classification ODAC	Classification Opérateur de l'Etat (PLF 2017)	Classification PLFSS	Classification Comité agence 2017	CICD
IRSN	Institut de radioprotection et de Sûreté Nucléaire	1	EPIC	national	Opérateurs et agences	7	oui (prg 190)	-	oui	-
MDPH	Maisons Départementales des Personnes Handicapés	104	GIP	départemental	Opérateurs et agences	-	-	-		-
ONPE	Observatoire national de la protection de l'enfance (GIPED)	0	Service intégré à un GIP	national	Opérateurs et agences	-	-	-		-
ONIAM	Office National d'Indemnisation des Accident Médicaux	1	EP	national	Opérateurs et agences	-	-	oui		-
SNATED	Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance *119 : Allô Enfance en danger (GIPED)*	0	Service intégré à un GIP	national	Opérateurs et agences	7 SNATEM	-	-		-
ANRS	Agence nationale de recherche sur le SIDA et les Hépatites virales	1	GIP	national	Partenaires	-	-	-		-
ASN	Autorité de sûreté nucléaire	1	AAI	national	Partenaires	-	-	-	oui	-
CCNE	Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé	1	*Organisme consultatif*	national	Partenaires	-	-	-		-
CIH	Comité Interministériel du Handicap	1	*Organisme consultatif*	national	Partenaires	-	-	-		-
CNAMed	Commission Nationale des Accidents Médicaux	1	CID	national	Partenaires	-	-	-		CID
CNAOP	Conseil national pour l'accès aux origines personnelles	1	CID	national	Partenaires	-	-	-		CID
CNSM	Conseil national de santé mental	1	*Organisme consultatif*	national	Partenaires	-	-	-		-
CODERPA	Comités Départementaux des Retraités et des Personnes âgées	1	*Organisme consultatif*		Partenaires	-	-	-		-
COR-retraites	Conseil d'Orientation pour les retraites	1	CID		Partenaires	-	-	-		CID 1
HAS	Haute autorité de santé	1	AAI	national	Partenaires	7	-	oui	oui	-
HCFEA	Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge	1	CID		Partenaires	-	-	-		CID
HCFI-PS	Haut conseil du financement de la protection sociale	1	CID		Partenaires	-	-	-		CID 1
HCSP	Haut conseil de la santé publique	1	CID		Partenaires	-	-	-	oui	CID
IPDS	Institut pour la démocratie en santé	1	nd		Partenaires	-	-	-		-
ODAS	Observatoire national de l'action sociale	1	nd		Partenaires	-	-	-		-
UNAASS	Union nationale des associations agréées d'usager du système de santé	1	nd		Partenaires	-	-	-		-
CNAarusp (Commission nationale d'agrément des associations représentant les usagers dans les instances ospitalières ou de santé publique	Commission nationale d'agrément	1	CID		Partenaires	-	-	-		CID
CCSS	Commission de Comptes de la Sécurité Sociale	1	CID		Instance rattachée	-	-	-		CID

Sigle	Nom *Nom grand public*	Nb	Statut	Échelon territorial d'action	ClassificationMinistère de la santé et des Affaires Sociales	Classification ODAC	Classification Opérateur de l'Etat (PLF 2017)	Classification PLFSS	Classification Comité agence 2017	CICD
CHSS	Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale	1	nd		Instance rattachée	-	-	-		-
CNCPH	Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées	1	CID		Instance rattachée	-	-	-		CID
CNEMMOP	Commission Natioanle des Etudes de Maïeutique, médecine, Odontologie et Pharmacie	1	CID		Instance rattachée	-	-	-		CID 15 (ESRI)
CNLE	Conseil National des Politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclsuion sociale	1	CID		Instance rattachée	-	-	-		CID
CNNSE	Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant	1	nd		Instance rattachée	-	-	-		-
CNS	Conférence Nationale de Santé	1	CID		Instance rattachée	-	-	-		CID
HCAAM	Haut Conseil Pour l'Avenir de l'Assurance Maladie	1	CID		Instance rattachée	-	-	-		CID
HCTS	Haut Conseil du Travail Social	1	CID		Instance rattachée	-	-	-		CID
OBIACU	Observatoire Interministéraiel de l'Accessibilité et de la Conception Universelle	1	nd		Instance rattachée	-	-	-		-
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé	1	CID		Instance rattachée	-	-	-		CID
ONPES	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Excluion Sociale	1	CID		Instance rattachée	-	-	-		CID
ONFRIH	Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap	1	CID		Instance rattachée	-	-	-		CID
CNPE	Conseil national de la protection de l'enfance	1	CID	National	Instance rattachée	-	-	-		CID
AASPEG	Groupement d'intérêt public Réseau Addictions Guadeloupe	1	GIP	départemental		7		-		-
ANDPC	Agence Nationale du Développement Professionnel Continu	1	GIP	national				oui		-
AFLD	Agence française de lutte contre le dopage	1	nd	national		7		-		
AGS	Association pour la gestion du régime d'assurance des créances des salariés	1	nd	national		10		-		
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale	1	nd	national			oui	oui		
CEDERNU LYON	Centre de recherches en nutrition humaine de Lyon	1	nd	national		7		-		
CIFAD	Centre interministériel de formation anti-drogues	1	nd	national		7		-		
CNMPF	Conféderation nationale du mouvement pour le planing familial	1	Association	national		7		-		
CPP	Comité de protection des personnes	*40*	Sui gneris	départemental		7		-		
DROGUEIS	drogue alcools tabac info service	*1*	Service	national		7		-		
EPIDE	Etablissement public d'insertion de la défense	*1*		national		10		-		
EPSTH	GIP Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau	*1*	GIP	national		7		-		

Sigle	Nom *Nom grand public*	Nb	Statut	Échelon territorial d'action	ClassificationMinistère de la santé et des Affaires Sociales	Classification ODAC	Classification Opérateur de l'Etat (PLF 2017)	Classification PLFSS	Classification Comité agence 2017	CICD
FMESPP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés	1	Fond CDC	national				oui		
FCAATA	Fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante	*1*	Fonds CDC	national				oui		
FCMU	Fonds de la Couverture Maladie Universelle	*1*	nd	national		10 (de fait)		oui		
FIR	Fonds d'Intervention Régional	*1*	nd	national				oui		
FIVA	Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante	*1*	nd	national				oui		
FRR	Fonds de réserve pour les retraites	*1*	nd	national				oui		
FSI	Fonds spécial d'invalidité	*1*	nd	national		10				
FSV	Fonds de solidarite vieillesse	1	EPA	national			oui	oui		
MDA	Groupement d'intérêt public Maison départementale des adolescents	4	GIP	départemental		7				
ONACGV	office national des anciens combattants et des victimes de guerre	1	EPA	national		10	oui			
OFDT	observatoire français des drogues et toxicomanies	1	GIP	national		7				

Annexe n° 3.2 – Liste des « opérateurs et agences » du Ministère de la Santé

Sigle	Nom *Nom grand public*	Nb	Statut	Échelon territorial d'action	Echelon local	Institution(s) précédente(s)	Date de création	Classification Ministère de la santé et des Affaires Sociales	Classification ODAC	Classification Opérateur de l'Etat (PLF 2017)	Classification PLFSS	Classification Comité agence 2017	Direction(s) Ministérielle(s) de tutelle	Coordination	Budget en M€ recettes 2016	Personnels	Représentants des ministères
ABM	Agence de la BioMédecine	1	EPA	national	30 réseaux infra-régionaux	EFG, CNMBRDP	2005	Opérateurs et agences	7	oui	oui	oui	DGS	Contrat d'Objectifs et de Performance COP	71,5	274	CA 12/33
ACOSS	Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale	1	EPA	national	URSSAF (1994)	CNSS	1968	Opérateurs et agences	-	-	(oui)	-	DSS	Convention d'Objectifs et de Gestion (COG)	1260	13679	CA 4/30
AFA	Agence Française de l'Adoption	1	GIP	national	-	MAI	2006	Opérateurs et agences	-	oui	-	-	(DGCS)	Convention Pluriannuelle d'Objectifs	2,8	38,2	CA 7/18
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la performance des établissements de santé et médicaux-sociaux	1	GIP	national	-	MEAH, MAINH, GMSIH	2009	Opérateurs et agences	7	-	oui	-	DGOS	Contrat d'Objectifs et de Performance COP	19,7	98	CA 5/15
ANFH	Association Nationale pour la Formation des Hospitaliers	1	Association (OPCA)	national	16 délégations régionales	-	1974	Opérateurs et agences	-	-	-		-	IGASS	nr	nr	CA 1/41
ANSES	Agence Nationale de Sécurité saniataire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSéS) ou ANSSAET	1	EPA	national	-	AFSSA, AFSSET	2010	Opérateurs et agences	7	oui (prg 206)	-	oui	DGS	Contrat d'Objectifs et de Performance COP	142	1383	CA 8/36
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé	1	EPA	national	-	AFASSAPS	2012	Opérateurs et agences	7 (AFASSAPS)	oui	-	oui	DGS	Contrat d'Objectifs et de Performance COP	137	959 ETP	CA 9/27 18/26 voix
ANSP	Agence Nationale de Santé Publique *Santé Publique France*	1	EPA	national	Régionale CIR	EPRUS, INVS, INPES	2016	Opérateurs et agences	-	oui	oui	oui	DGS	Contrat d'Objectifs et de Performance COP	200 Etat	625 2000 réservistes	CA 9/28
ARS	Agences régionales de santé	17	EPA	régional	DD ou DT	ARH, DRASS,etc.	2010	Opérateurs et agences	7	oui	-	-	DGOS	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens CPOM	nr	nr	nr
ANS	Agence du Numérique en Santé	1	GIP	national	-	ASIP Santé	2019	*Opérateurs et agences*	-	-	oui	-	-	Contrat d'Objectifs et de Performance COP	nr	nr	nr

Sigle	Nom *Nom grand public*	Nb	Statut	Échelon territorial d'action	Echelon local	Institution(s) précédente(s)	Date de création	Classification Ministère de la santé et des Affaires Sociales	Classification ODAC	Classification Opérateur de l'Etat (PLF 2017)	Classification PLFSS	Classification Comité agence 2017	Direction(s) Ministérielle(s) de tutelle	Coordination	Budget en M€ recettes 2016	Personnels	Représentants des ministères
ATIH	Agence Technique de l'Informatisation sur l'Hospitalisation	1	EPA	national	-	CT PMSI	2000	Opérateurs et agences	-	-	oui	-	DGOS	Contrat d'Objectifs et de Performance COP	28,7	120	CA 6/14
CLEISS	Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale	1	EPA	national	-	-	2002	Opérateurs et agences	-	7 (CSSTM)	(oui)	-	DSS	Convention d'Objectifs et de Gestion (COG)	8,6	87,2 ETP	CA 1/8
CNAF	Caisse Nationale des Allocations Familiales	1	EPA	national	CAF	UNCAF, CNSS	1967	Opérateurs et agences	-	-	(oui)	-	DSS	Convention d'Objectifs et de Gestion (COG)	2877	1260 35000	CA /33
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés	1	EPA	national	CPAM	FNOSS, CNSS	1967	Opérateurs et agences	-	-	(oui)	-	DSS	Convention d'Objectifs et de Gestion (COG)	895	9982	CA /35
CNAVTS	Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés	1	EPA	national	CARSAT	FNOSS, CNSS	1967	Opérateurs et agences	-	-	(oui)	-	DSS	Convention d'Objectifs et de Gestion (COG)	1315	12965	CA /30
CNG	Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de directions de la fonction publique hospitalière	1	EPA	national	-	DGOS (externalisation interne)	2007	Opérateurs et agences	-	-	oui	-	DGOS	Contrat d'Objectifs et de Performance COP	54	117	CA 10/28
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité Pour l'Autonomie	1	EPA	national	-	-	2005	Opérateurs et agences	-	-	oui	-	DGCS	Convention d'Objectifs et de Gestion (COG)	18	120	CA 10/52
EFS	Établissements Français du Sang	1	EPIC	national	-	CNTS,INTS	2000	Opérateurs et agences	-	-	oui	oui	DGS	Contrat d'Objectifs et de Performance COP	948,2	9833	CA 11/22
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique	1	EPSCP	national	-	ENSP	2008	Opérateurs et agences	-	oui	-	-	-	Contrat d'Objectifs et de Performance COP	57	425	CA 4/33
EN3S	École Nationale supérieur de sécurité sociale	1	EPA	national	-	CNESSS	2004	Opérateurs et agences	-	-	(oui)	-	DSS	Convention d'Objectifs et de Gestion (COG)	15,5	69	CA /18

Sigle	Nom *Nom grand public*	Nb	Statut	Échelon territorial d'action	Echelon local	Institution(s) précédente(s)	Date de création	Classification Ministère de la santé et des Affaires Sociales	Classification ODAC	Classification Opérateur de l'Etat (PLF 2017)	Classification PLFSS	Classification Comité agence 2017	Direction(s) Ministérielle(s) de tutelle	Coordination	Budget en M€ recettes 2016	Personnels	Représentants des ministères
GIPED	GIP Enfance en Danger	1	GIP	national	-	-	2004	Opérateurs et agences	-	-	-	-	-	Convention Pluriannuelle d'Objectifs	4,6	72 RA 2015	CA 10/30
INCa	Institut National du Cancer	1	GIP	national	-	-	2004	Opérateurs et agences	7	oui	-	oui	DGS	Contrat d'Objectifs et de Performance COP	66	nr	CA 6/2 60 % des voix
INJA	Institut National des Jeunes Aveugles	1	EP	intermédiaire	-	-	1974	Opérateurs et agences	-	-	-	-	-	projet d'établissement	13	186 ETP	CA 6/13
INJS	Institut National des Jeunes Sourds de Paris	1	EP	intermédiaire	-	-	1791	Opérateurs et agences	-	-	-	-	-	projet d'établissement	nr	235	nr
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale	1	EPST	national	-	-	1964	Opérateurs et agences	7	oui (prg 172)	-	oui	DGS	Contrat d'Objectifs et de Performance COP	998	15000	nr
IRSN	Institut de radioprotection et de Sûreté Nucléaire	1	EPIC	national	-	-	2001	Opérateurs et agences	7	oui (prg 190)	-	oui	-	Contrat d'Objectifs et de Performance COP	304	1827	CA 10/24
MDPH	Maisons Départementales des Personnes Handicapés	#	GIP	départemental	-	-	2005	Opérateurs et agences	-	-	-	-	DGCS	-	-	-	commission exécutive
ONPE	Observatoire national de la protection de l'enfance (GIPED)	0	Service intégré à un GIP	national	ODPE	ONED	2016	Opérateurs et agences	-	-	-	-	-	nc	-	17	-
ONIAM	Office National d'Indemnisation des Accident Médicaux	1	EP	national	CCI	-	2002	Opérateurs et agences	-	-	oui	-	DGS	Contrat d'Objectifs et de Performance COP	nr	nr	nr
SNATED	Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance *119 : Allô Enfance en danger (GIPED)*	0	Service intégré à un GIP	national	-	SNTEM	2007	Opérateurs et agences	7 SNATEM	-	-	-	-	nc	-	46	-

Liste des Tableaux

Tableau n° 1.1 – Organisation de la Sécurité sociale en 1945 et 1967 55
Tableau n° 1.2 – Composition de l'Assemblée nationale en 1962 et 1967 57
Tableau n° 1.3 – Journées retenues de IIIe législature 59
Tableau n° 1.4 – Des « problèmes » et des « solutions » en 1949 75
Tableau n° 1.5 – Mesures budgétaires de la réforme de 1967 76
Tableau n° 1.6 – Les charges indues à la Sécurité sociale– Un déficit en trompe-l'œil 78
Tableau n° 1.7 – Les cités et leurs mondes communs : des philosophies à l'action 93
Tableau n° 2.1 – Les trois formes historiques d'esprit du capitalisme 120
Tableau n° 2.2 – Les régimes d'engagement 127
Tableau n° 2.3 – Valeurs propres et rationalité médicale 131
Tableau n° 2.4 – *Welfare convention approach* 135
Tableau n° 2.5 – Contextes parlementaires en 1949, 1962 et 1967 156
Tableau n° 3.1 – Comparaison des principes de fonctionnement des administrations de type wébérienne et sous *New Public Mangement* 173
Tableau n° 3.2 – Panorama des formes d'agences possibles 176
Tableau n° 3.3 – Modèles alternatifs au *New Public Management* 183
Tableau n° 3.4 – Panorama des sources pour identifier l'agencification en santé 186
Tableau n° 3.5 – Caractéristiques des « opérateurs et agences » 189
Tableau n° 3.6 – Critique et agencification pour l'Etat 202
Tableau n° 4.1 – Principes théoriques de fonctionnement des administrations sanitaires territoriales 221
Tableau n° 4.2 – Résumé des différentes approches principales 227
Tableau n° 4.3 – Moyens financiers et humains des ARS 236
Tableau n° 4.4 – Enseignements des campagnes de contractualisation ARS-Hôpitaux 240
Tableau n° 5.1 – Structure de financement de la CBSM en % et en milliards d'euros de 1990 à 2015 281
Tableau n°6.1 – Conventions de qualité des produits et du travail 340

Liste des Schémas

Schéma n° 1.1 – Sémantique des mondes possibles 73
Schéma n° 1.2 – De l'argument conventionnel aux cadres d'interprétation..... 83
Schéma n° 2.1 – Pluralismes au sein de l'économie des conventions 129
Schéma n° 2.2 – Molécule de protection sociale et convention fordiste 138
Schéma n° 2.3 – De la Sécurité sociale au capitalisme : conventions de Sécurité sociale et *compromis 1945-1967* 155
Schéma n° 3.1 – Recoupements des périmètres de catégorisations d'organismes publics..... 178
Schéma n° 3.2 - Evolution du nombre d'agences en France au sens du Conseil d'État..... 181
Schéma n° 3.3 – L'administration sanitaire : un monde d'agences 191
Schéma n° 4.1 – Organisation administrative de la santé à partir de 1964..... 214
Schéma n° 4.2 – Organisation de l'administration sanitaire au niveau régional en 2007..... 219
Schéma n° 4.3 – L'organisation comme nœud de contrats..... 228
Schéma n° 4.4 – Les relations d'agence dans le système hospitalier français..... 230
Schéma n° 4.5 – Les flux financiers des ARS 234
Schéma n° 4.6 – Une contractualisation généralisée en santé 238
Schéma n° 4.7 – Evolution de l'organisation du système de santé..... 241
Schéma n° 4.8 – Extension du champ d'intervention l'ARS..... 246
Schéma n° 4.9 – Organisation territoriale selon la stratégie *Ma santé 2022* 248
Schéma n° 4.10 – Le CPOM support des relations entre l'ARS et l'établissement 251
Schéma n° 4.11 – Un environnement contractuel et budgétaire complexe 252
Schéma n° 4.12 – Quelle territorialisation pour quelle autonomie ? 256
Schéma n° 4.13 – L'ARS pivot de l'administration sanitaire étatique agencifiée..... 259
Schéma n° 6.1 – Interdépendance des conventions – Le monde marchand 340
Schéma n° 6.2 – Conventions et dynamiques des pouvoirs de valorisations 342

Liste des Graphiques

Graphique n° 5.1 – Structure de financement de la CBSM en % de 1950 à 2015 280
Graphique n° 5.2 – Evolution en % des dépenses de chaque financeur de la CBSM 282
Graphique n° 5.3 – US health expenditures per capita, adjusted for inflation, by income group, 1963 to 2014 286

Listes des Encadrés

Encadré n° 2.1 – Précisions méthodologiques 145
Encadré n° 4.1 – Mais alors, pourquoi garder les CPOM ? Une réponse du terrain 254
Encadré n° 6.1 – Matériaux utilisés pour l'étude des contrats d'assurance santé 306

Liste des Sigles

Sigle	Signification
AAI	Autorités Administratives Indépendantes
AC	Aides à la Contractualisation
ACA	*Affordable Care Act*
ACOSS	Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale
ACS	Aide à la Complémentaire Santé
ADM	Agence du Médicament
AFS	Agence Française du Sang
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AI	Autorité Indépendantes
ALD	Affections de Longue Durée
AMC	Assurance Maladie Complémentaire
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAES	Agence Nationale d'Evaluation et d'Accréditation en Santé
ANI	Accord National Interprofessionnel
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
API	Autorités Publiques Indépendantes
APU	Administrations Publiques
APUC	Administrations Publiques Centrales
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ARSIF	ARS Ile-de-France
ARSS	Agence Régionale des Services de Santé
ASR	Agence Sanitaire Régionale
ASSO	Administrations de Sécurité Sociale
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
C	Communistes (groupe parlementaire)
CADES	Caisse d'Amortissement De la dette Ssociale
CAQUES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins
CASA	Comité d'Animation du Système d'Agences

CD	Centre Démocrate
CEPS	Comité Economique des Produits de Santé
CFDT	Confédération Française Démocratique du Travail
CFE-CGC	Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres
CFTC	Confédération Française des Travailleurs Chrétiens
CGT	Confédération Générale du Travail
CGT-FO	Confédération Générale du Travail - Force Ouvrière
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CICD	Commissions Indépendantes Consultatives ou Délibératives
CLS	Contrat Local de Santé
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAF	Caisse Nationale des Affaires Familiales
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNPF	Conseil National du Patronat Français
CNR	Conseil National de la Résistance
CNS	Conférence Nationale de Santé
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CNSS	Comité National de Sécurité Sanitaire
COG	Conventions d'Objectifs et de Gestion
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
COP	Contrats d'Objectifs et de Performance
COPERMO	Comité interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de soins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPER	Contrat de Plan Etat Région
CPO	Conventions Pluriannuelles d'Objectifs
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens
CPP	Comité de Protection des personnes
CPSS	Caisse Primaire de Sécurité Sociale
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRAM	Caisse Régionale de Sécurité Sociale
CREF	Contrat de Retour à l'Equilibre Financier
CRS	Conférences Régionales de Santé
CRSA	Conférences Régionales de Santé et d'Autonomie
CSBM	Consommation de Soins et Biens Médicaux
CSG	Contribution Sociale Généralisée
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
DD	Délégation Départementale (des ARS)
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale puis Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales en 1977
DEG	*Digital Era Governance*
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGFIP	Direction générale des Finances Publiques
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DH	Direction des Hôpitaux
DRASS	Direction régionale de l'Action Sanitaire et Sociale puis Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales en 1977
DRG	*Diagnosis related group*
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
DT	Délégation Territoriale (des ARS)
EC	Economie des conventions
EDCP	Entités Dotées d'un Comptable Public
EK	Esprit du capitalisme
EML	Equipement Matériel Lourd
EMS	Etablissement Médico-Social
EPA	Etablissement Public à caractère Administratif
EPSCP	Etablissements Publics à Caractère Scientifique, Culturel et Professionnel
EPST	Etablissement Public de Santé de Territoire (chapitre 4)
EPST	Établissements Publics à caractère Scientifique et Technologique
ES	Etablissement de Santé
ESP	Equipe de Soins Primaires
ETP	Equivalent Temps Plein
FEDER	Fond Européen de Développement Régional

FGDS	Fédération de la Gauche Démocratique et Socialiste
FIR	Fond d'Intervention Régional
FMESPP	Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés
FNOSS	Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale
GATT	*General Agreement for Trade and Tariffs*
GBCP	décret Gestion Budgétaire et Comptable Publique
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HAS	Haute Autorité de Santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
HPST	loi Hôpital Patients Santé et Territoire
IARD	Incendies, Accidents et Risques Divers
IFAQ	Incitation financière à l'Amélioration de la Qualité
IGF	Inspection Générale des Finances
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INVS	Institut national de Veille sanitaire
IP	Institut de Prévoyance
JO	Journal Officiel
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LMSS	Loi de Modernisation de notre Système de Santé
LOLF	Loi Organique des Lois de Finances
MAP	Modernisation de l'Action Publique
MDA	Maison des Adolescents
MEDEF	Mouvement des entreprises de France
MIG	Missions d'Intérêt Général
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et Aides à la Contractualisation
MRP	Mouvement républicain populaire
MRS	Mission Régionale de santé
MSP	Maisons de Santé Pluri professionnelles
NPG	*New Public Governance*
NPM	*New Public Management*
NWS	*Neo Weberian State*

OCAM	Organismes Complémentaires d'Assurance maladie
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODAC	Organismes Divers d'Administration Centrale
ODAL	Organismes Divers d'Administration Locale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agrée
ORDAM	Objectifs Régionaux d'Assurance Maladie
OTSS	loi Organisation et à la Transformation du Système de Santé
PCF	Parti Communiste Français
PDM	Progrès et Démocratie Moderne
PEIC	Etablissements Publics à caractère Industriels et Commercial
PLFSS	Projet de Loi de Finances
PLFSS	Projet Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMSI	Programme de Médicalisation des Système d'Information
PREF	Plans de Retour à l'Equilibre Financier
PRL	Parti républicain de la liberté
PRS	Projet Régional de Santé
QUANGOS	*Quasi Non-Gouvernmental Organizations*
RAC	Reste A Charge
RAP	Rapports d'Appui à la Performance
RD	Rassemblement démocratique
RG	Régime Général
RGPP	Révision Générale des Politiques Publiques
RI	Républicains Indépendants
RSE	Responsabilité Sociale des Entreprises
RSI	Régime Social des Indépendants
SA	Sociétés d'Assurance
SCN	Services à Compétence Nationale
SEC	Système Européen des Comptes
SFIO	Section française de l'internationale ouvrière
SIB	*Social Impact Bond*
SIEG	Service d'Intérêt Economique Général

SNPS	système national de protection sociale français
SNS	Stratégie Nationale de Santé
SOC	Socialistes (groupe parlementaire)
SRASS	Service Régional de l'Action Sanitaire et Sociale
SROMS	Schéma Régional de l'Offre Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SROS	Schéma Régional de l'Offre de Soins
SRS	Schéma Régional de Santé
SSPS	Système Sanitaire et de Protection Sociale
T2A	Tarification A l'Activité
TCI	Théorie des Contrats incomplets
TCT	Théorie des Coûts de Transaction
TEG	Théorie de l'Equilibre Général
TI	Théorie des Incitations
TPA	Théorie Positive de l'Agence
TR	Théorie de la Régulation
TS	Théorie Standard
TSE	Théorie Standard Étendue
UDSR	Union démocratique et socialiste de la résistance
UDVeR	Union Démocratique pour la Ve République
UE	Union Européenne
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UNOCAM	Union des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie
UNR	Union pour la Nouvelle République
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale de Médecins Libéraux
URSSAF	Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
WCA	W*elfare Convention Approach*
WoG	Whole of Government approach

Table des Matières

Remerciements **11**

Sommaire **19**

Introduction générale **21**

1. Cadrage théorique 23

2. Positionnement de recherche 26

2.1. Hypothèses et problématique 26

2.2. Une analyse par l'Economie des conventions, ouverte sur le management public 28

2.3. La réforme de 1967 de la Sécurité sociale comme fil conducteur de l'étatisation 31

3. Méthodologie 33

4. Plan de la thèse 37

4.1. Première partie – Apprivoiser la Sécurité sociale. La réforme de 1967 ou les prémices de l'étatisation 37

4.2. Deuxième partie - Administrer la santé. Une Etatisation par agencification 38

4.3. Troisième partie – Financer la couverture santé. Quelles frontières entre l'Etat et le marché ? 40

Première partie – Apprivoiser la Sécurité sociale. La réforme de 1967 ou les prémices de l'étatisation **44**

Introduction de première partie **46**

Chapitre 1 – L'enjeu du débat de 1967 : du déficit de la Sécurité sociale à sa redéfinition **50**

Introduction 50

1. La réforme de 1967 de la Sécurité sociale à travers les débats parlementaires 52

1.1. La réforme oubliée de 1967 de la Sécurité sociale : un moment charnière et controversé 52

1.1.1. La réforme de 1967 : contre la Sécurité sociale des origines 52

1.1.2. Analyser les justifications de la réforme à partir des débats parlementaires .. 55

1.2. La réforme de la Sécurité sociale de 1967 à travers les débats parlementaires 60

1.2.1. L'organisation de la Sécurité sociale : une place marginale dans le débat 60

1.2.2. L'augmentation du coût de la santé : une inquiétude présente dans les débats 63

1.2.3. Du débat sur les charges indues à celui sur le modèle économique de la France 65

2. Analyse conventionnaliste de la réforme de 1967 à travers les débats parlementaires 70

2.1. D'un argument conventionnel au cadre d'interprétation : du déficit de la Sécurité sociale au débat sur le système économique français 70
2.1.1. Dépasser l'argument d'autorité par l'Economie des conventions 70
2.1.2. Nature conventionnelle des justifications du déficit de la Sécurité sociale 74
2.1.3. Charges indues et convention d'équivalence autour du déficit de la Sécurité sociale 77
2.1.4. De l'argument conventionnel aux cadres d'interprétation : retour sur la logique de l'argumentation budgétaire 82
2.2. Interprétation par les c*ités* 85
2.2.1. Les économies de la grandeur : le modèle de la cité comme convention$_1$ 86
2.2.2. La cité assurantielle : une cité par défaut pour la Sécurité sociale ? 95
2.2.3. La Cité communiste : une cité pour la Sécurité sociale de 1945 ? 101
Conclusion 105
Chapitre 2 – Les conventions de Sécurité sociale : un cadre analytique 108
Introduction 108
1. Dépasser le modèle des cités pour analyser la Sécurité sociale 109
1.1. Un détour par le concept d'idéologie 110
1.1.1. A la recherche d'une *idéologie* de Sécurité sociale ? 110
1.1.2. Idéologie et compromis : l'esprit du capitalisme face à la critique 116
1.1.3. La Sécurité sociale face à l'esprit du capitalisme 121
1.2. Le second pluralisme et la Welfare convention approach : des alternatives pour comprendre la Sécurité sociale ? 124
1.2.1. Le second pluralisme, complément ou dépassement du modèle des cités ? Le cas de l'éthique médicale 124
1.2.2. Welfare convention approach et convention fordiste 132
2. Définir des Conventions de Sécurité sociale 140
2.1. Les Conventions de Sécurité sociale comme cadre de justification 140
2.1.1. Faire vivre le système de Sécurité sociale – Une pluralité de conventions .. 140
2.1.2. Les conventions de Sécurité sociale au prisme des débats parlementaires de 1949 et 1967 144
2.2. Dynamiques des conventions de Sécurité sociale 151
2.2.1. De la Sécurité sociale au capitalisme : conventions de Sécurité sociale et compromis 151
2.2.2. Rapport de force et réappropriation de la Sécurité sociale 155
Conclusion 158

Deuxième partie. Administrer la santé. Une Etatisation par agencification 162

Introduction de la deuxième partie 164

Chapitre 3 - L'agencification dans le secteur sanitaire et social français – Vers un Nouvel esprit de la bureaucratie 168

Introduction 168

1. L'agencification de l'action publique : un phénomène insaisissable ? 169

1.1. L'agencification ou la traduction organisationnelle du tournant néolibéral 170

1.1.1. Du bureau à l'agence : l'administration sous *New Public Management* 170

1.1.2. La définition d'une « agence » : un débat conceptuel ancien 174

1.2. Ampleur du phénomène d'agencification en France 176

1.3. L'agencification, symptôme d'un nouveau modèle d'action publique ? 181

2. L'agencification du système de santé et de protection sociale français 184

2.1. Le secteur sanitaire et social : un monde d'agences – Essai de cartographie 184

2.2. Les logiques sectorielles en santé, motrices de l'agencification 192

2.2.1. La santé publique au prisme de la Sécurité sanitaire 192

2.2.2. De la sécurité sanitaire à la démocratie sanitaire 195

2.2.3. La maîtrise des dépenses de santé et l'agencification de la Sécurité sociale 196

2.3. L'agencification, manifestation du nouvel esprit de la bureaucratie ? 200

2.3.1. Désamorcer les critiques : le rôle des agences dans la stratégie de « confortation rusée » du NPM 200

2.3.2. La crise pour innocenter la politique publique 203

Conclusion 205

Chapitre 4 – L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé 208

Introduction 208

1. Les ARS : aboutissement de la construction de l'administration sanitaire d'État 210

1.1. L'émergence de l'administration sanitaire d'Etat 210

1.1.1. 1945-1970 : le développement du système de santé français en contexte d'oppositions structurelles 210

1.1.2. La « planification dure » et le développement de l'administration : DDASS-DRASS et montée en puissance de la région sanitaire et tournant gestionnaire 213

1.2. L'avènement des Agences régionales : le passage du plan à l'incitation 216

1.2.1. Les Agences Régionales d'Hospitalisation 216

1.2.2. Les Agences Régionales de Santé : l'ambition du décloisonnement et de l'autonomie 220

2. Les ARS : de la théorie à la pratique de la contractualisation 223
2.1. La fiction contractuelle de la théorie économique 223
2.1.1. Un bref panorama des théories économiques contractuelles 224
2.1.2. De la fiction contractuelle à la réalité juridico-administrative 229
2.2. De la théorie à la pratique, une mise en œuvre complexe au service de l'Etat 232
2.2.1. Les ARS : instruments et cibles au service et sous la contrainte budgétaire d'État 232
2.2.2. Les ARS : une hiérarchie organisationnelle « contractualisée » 237
3. Dix ans après, quelles perspectives pour les agences régionales de santé ? 242
3.1. Les ARS consolidées comme pivot régional des politiques sanitaires et sociales 243
3.1.1. Les ARS face au secteur médico-social et aux nouvelles régulations territoriales 243
3.1.2. Un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens toujours sans Moyens ? . 249
3.2. Dix ans après : les ARS pivots renforcés de l'action étatique au service de la contrainte budgétaire 255
3.2.1. La décentralisation de la régulation des dépenses de santé ? Un serpent de mer 255
3.2.2. Les ARS pivots de l'étatisation par agence du système de santé 258
Conclusion 261
Troisième partie – Financer la couverture santé. Quelles frontières entre l'Etat et le marché ? 264
Introduction de la troisième partie 266
Chapitre 5 - L'intervention de l'Etat dans la couverture santé : une exportation des valeurs de solidarité ? 270
Introduction 270
1. Le développement du secteur de l'Assurance Maladie Complémentaire en France .. 271
1.1. Le secteur de l'AMC : deuxième pilier de la protection sociale à la française 271
1.2. La constitution du marché de l'Assurance Maladie Complémentaire 275
1.3. Les justifications de l'AMC : l'austérité au nom de l'efficacité 277
2. Les inégalités de santé : une opposition entre responsabilité individuelle et solidarité 282
2.1. Responsabilité individuelle et inégalités de santé : l'exemple paradigmatique des Etats-Unis 283
2.2. Le développement de l'AMC comme vecteur d'inégalité en France 287
3. Peut-on réconcilier l'irréconciliable ? Penser le couple marché/solidarité. 289
3.1. La construction d'un « marché éduqué » par les dispositifs juridiques 290

3.2. Accompagner le développement du marché de l'assurance santé par la poursuite d'un objectif social de responsabilité 294
3.3. Justifier la mise en marché : une analyse conventionnaliste 297
Conclusion 300
Chapitre 6 - L'Etatisation de la couverture santé et le nouvel esprit de l'assurance santé 304
Introduction 304
1. De la réglementation à la concurrence : le problème de la standardisation 307
1.1. La standardisation des contrats et la banalisation des opérateurs 308
1.1.1. Une standardisation des contrats d'assurance santé 308
1.1.2. La banalisation des mutuelles et la normalisation des opérateurs d'assurance santé 310
1.2. De la standardisation à la différenciation : le marché autonome 313
1.2.1. La standardisation, « cœur de métier » de l'assurance santé 313
1.2.2. Le marché autonome et les contrats dédiés 315
2. Le « réarmement » par les valeurs du marché de l'assurance privée 317
2.1. L'extension du marché de la « surcomplémentaire » 318
2.1.1. La politique du reste à charge et l'espace de couverture à prix libre 318
2.1.2. La généralisation de l'assurance santé privée à l'entreprise : un effet de levier pour les surcomplémentaires 320
2.2. Un nouvel esprit de l'assurance santé 323
2.2.1. Des nouveaux produits d'assurance pour désarmer la critique 323
2.2.2. Des contrats sur mesure pour des publics ciblés 327
3. Etat protecteur et pouvoir de valorisation 330
3.1. Quel Etat sanitaire protecteur ? 330
3.1.1. Privatisation des assurances sociales et division des assurés sociaux 331
3.1.2. Quel Etat pour quelle protection ? 333
3.2. D'une démocratie sociale à une démocratie de marché 336
3.2.1. La disparition du salarié au profit du consommateur 336
3.2.2. Conventions de qualité et pouvoir de valorisation 339
Conclusion 343
Conclusion générale 348
Retours sur la thèse 348
Implications de la thèse 351
Perspectives de recherche 354
Bibliographie 358

Annexes **386**

Annexe n° 1.1 – Estimations pour les charges indues A la Sécurité sociale en 1963, 1964 et 1965 386

Annexe n° 3.1 – Panorama de l'agencification à partir de différentes catégories ou classification d'organisations publiques. 388

Annexe n° 3.2 – Liste des « opérateurs et agences » du Ministère de la Santé 392

Liste des Tableaux **395**

Liste des Schémas **396**

Liste des Graphiques **397**

Listes des Encadrés **397**

Liste des Sigles **398**

Table des Matières **405**

Résumé - L'organisation de la santé en France depuis 1967. Vers un gouvernement marchand ?

Cette thèse a pour ambition de mettre en évidence le rôle de l'Etat central dans le changement institutionnel en santé des années 1960 à aujourd'hui. Pour y parvenir, nous adoptons une perspective théorique conventionnaliste et une démarche historique. A partir d'un moment fondateur, mais oublié de l'histoire de la Sécurité sociale, la réforme de 1967 dite Jeanneney, nous montrons comment l'Etat a progressivement pris le contrôle sur le système de santé au nom de ses objectifs économiques.

Ainsi, dans une première partie nous montrons à partir de l'analyse des justifications de la réforme de 1967 que cette réforme constitue le moment où la Sécurité sociale est désormais subordonnée aux objectifs de politiques économiques portés par l'Etat. L'Etat prend le pouvoir politique des mains du monde du travail et met fin à la démocratie sociale incarnée par la Sécurité sociale de 1945.

Dans une deuxième partie nous montrons que l'Etat pour assoir son pouvoir s'est équipé d'une administration sous forme d'agences, nouvelle bureaucratie technique intimement liée à l'Etat et à un mode de gouvernement néolibéral. Nous mettons en évidence la continuité historique avec la réforme de 1967 et la capacité d'adaptation au service de l'Etat des agences sanitaires notamment des Agences Régionales de Santé. Les agences constituent la solution organisationnelle pour concrétiser le contrôle étatique sur le système de soins et la Sécurité sociale.

Enfin dans une troisième partie nous montrons que la réappropriation de la Sécurité sociale initiée en 1967 par l'Etat est aussi celle de la solidarité. Le choix par l'Etat de recourir au marché plutôt qu'à la Sécurité sociale l'a conduit à développer un ensemble de règles afin de concilier impératif de solidarité et logique marchande. Si l'effort de réglementation des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire peut être perçu, comme une tentative de contrainte étatique au détriment de la liberté concurrentielle, nous montrons que bien au contraire l'étatisation produit le marché et assure son développement par le transfert de l'impératif de solidarité.

Mots-clés : Histoire de la protection sociale, Economie de la santé, Economie des conventions, Agences Sanitaires, ARS, New Public Management, Sécurité sociale, Assurance santé

Abstract - The organization of health care in France since 1967. Towards a market government?

This thesis aims to highlight the role of the central state of institutional change in health care from the 1960s to the present. To achieve this, we adopt a conventionalist theoretical perspective and a historical approach. Starting from a founding but forgotten moment in the history of social security, the 1967 Jeanneney reform, we show how the state gradually took control of the health system in the name of its economic objectives.

Thus, in the first part we show, based on an analysis of the justifications for the 1967 reform, that this reform constitutes the moment when social security is henceforth subordinated to the economic policy objectives of the state. In other words, it was the moment when the State wrested political power from the hands of the world of work and put an end to the social democracy embodied by the Social Security of 1945.

In a second part we show that the State, in order to assert its power, has equipped itself with an administration in the form of agencies, a new technical bureaucracy closely linked to the State and to a neoliberal mode of government. We highlight the historical continuity with the 1967 reform and the capacity of adaptation to the service of the State of health agencies, in particular the Regional Health Agencies. The agencies constitute the organizational solution to concretize the state control over the health care system and the Social Security.

Finally, in the third part we show that the reappropriation of Social Security initiated in 1967 by the State is also that of solidarity. The State's choice to resort to the market rather than to Social Security led it to develop a set of rules in order to reconcile the imperative of solidarity with the logic of the market. While this regulatory effort may be perceived, particularly by the private health insurance organizations, as an attempt at state constraint to the detriment of competitive freedom, we show that, on the contrary, state control produces the market and ensures its development through the transfer of the solidarity imperative.

Keywords: History of social protection, Health economics, Economics of convention, Health agencies, ARS, New Public Management, Social security, Health insurance