

Les dépolitisations de la santé

François Buton, Frédéric Pierru

DANS **LES TRIBUNES DE LA SANTÉ** 2012/1 n° 34 , PAGES 51 À 70
ÉDITIONS **PRESSES DE SCIENCES PO**

ISSN 1765-8888

DOI 10.3917/seve.034.0051

Date de mise en ligne : 22/05/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2012-1-page-51?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

SANTÉ ET VIE POLITIQUE

Les dépolitisations de la santé

François Buton, Frédéric Pierru

La faible place accordée aux questions de santé dans l'offre politique est régulièrement dénoncée alors même qu'il s'agit d'une préoccupation saillante pour les électeurs et électrices. Pour expliquer le décalage, l'article mobilise une grille de lecture néo-institutionnaliste montrant comment les choix faits en 1927, 1945 et 1958 ont défini une configuration d'acteurs et un système symbolique qui, par un effet d'hystérèse, entretiennent le faible intérêt des élus et des organisations partisanes. Le réinvestissement par l'État de ses fonctions régaliennes en la matière semble donc conjuguer technocratisation par le haut et dépolitisation par le bas. En conclusion, l'article propose quelques pistes de recherche pour éclairer les relations compliquées entre santé et vie politique et propose une ouverture comparative pour mieux cerner le poids des institutions politiques et sectorielles dans le processus de politisation (ou de non-politisation) de ces questions.

La pauvreté du débat politique en matière de santé a été maintes fois dénoncée par les militants syndicaux et politiques, les experts sectoriels ou encore les journalistes spécialisés. En effet, bien que la nécessité d'ouvrir un grand débat démocratique sur la réforme du système de santé fasse l'objet d'une unanimité rare, la santé reste un non-enjeu politique^{1*}. Quand il n'est pas délibérément esquivé, ce thème est traité de façon très superficielle et euphémisée par les responsables des principaux partis politiques qui se contentent pour l'occasion de communier autour de grandes valeurs et de principes très généraux et, par conséquent, ambigus. Dans les deux cas de figure, la santé ne parvient guère à être convertie en offre politique alors qu'il s'agit pourtant

*Les notes ont exceptionnellement été rassemblées en fin d'article.

de la troisième préoccupation quotidienne des Français-e-s selon des enquêtes sociologiques qui montrent, de surcroît, un degré élevé de perception et une très faible tolérance à l'égard des inégalités en la matière². La neutralisation politique au long cours de cette préoccupation « profane » de premier plan est contemporaine de l'affirmation de l'État sanitaire au cours de ces vingt dernières années aux dépens de la démocratie sociale d'après-guerre. L'État, à la faveur de l'inscription de la maîtrise des dépenses de santé sur le haut de l'agenda gouvernemental et de la succession des crises et scandales de santé publique, a réinvesti ses fonctions régaliennes en la matière. Pour autant, la santé ne parvient toujours pas à trouver sa place dans les dynamiques complexes de structuration de l'offre politique dans le champ politique national³ comme, *a fortiori*, dans les champs politiques locaux⁴, alors même que le débat public s'est considérablement développé depuis les années 1980⁵. En résumé, nous défendons ici la thèse selon laquelle on a assisté au cours des trente dernières années à un processus d'étatisation de la santé consistant à la fois en une technocratisation par le haut⁶ (omniprésence de l'exécutif et des cabinets ministériels dans la production des politiques de santé) et en une dépolitisation par le bas (élus parlementaires, élus locaux). Encore très récemment, des initiatives visant à constituer l'objet santé en enjeu politique à l'approche de scrutins nationaux décisifs n'ont rencontré qu'un succès très relatif auprès des responsables des principaux partis politiques, il est vrai dans un agenda électoral dominé par la politisation et la dramatisation de l'état des finances publiques⁷. Il y a cependant là une énigme à résoudre et l'objet d'un programme de recherche à part entière pour les politistes et les spécialistes de sciences sociales qui s'intéressent au fonctionnement de la démocratie représentative⁸. Nous analysons dans un premier temps combien les institutions politiques et sectorielles⁹ conditionnent l'ampleur et les modalités d'intervention des acteurs politiques et produisent de la non-décision¹⁰ en série puis, dans un second temps, nous montrons qu'elles expliquent, par un effet d'hystérèse, la faiblesse de la mobilisation des élus nationaux et locaux. Nous proposons, enfin, quelques pistes qui permettraient d'élucider plus avant les relations compliquées qu'entretiennent, en France, santé et vie politique.

LE POIDS DU LEGS ORIGINAL

La relative absence des élus locaux et, surtout, nationaux dans le secteur de la santé doit être resituée dans une temporalité longue qui est celle des institutions politiques et sectorielles. Les choix opérés en 1945 ont contribué à dépolitiser les questions de sécurité sociale. Les acteurs étatiques n'ont, originellement, qu'une position périphérique – ils sont chargés de la « tu-

telle des organismes sociaux » –, alors que les « partenaires sociaux », à qui incombe la gestion du risque, occupent le devant de la scène. Si cette division théorique du travail a toujours été, dans les faits, problématique, il n'en reste pas moins qu'elle a considérablement modelé la nature des débats et des enjeux politiques relatifs à la protection sociale¹¹. Alors que, par exemple, en Grande-Bretagne, où les décisions en matière de santé sont aux mains de l'État, le débat oppose les deux partis de gouvernement, en France, les partis n'en sont pas les protagonistes principaux. Surtout, le partage, même confus, des responsabilités, la nécessité pour l'État de négocier avec des interlocuteurs, sinon puissants, du moins légitimes, et la grande complexité institutionnelle du système ont contribué à dévaloriser le « social » au sein de l'appareil d'État, qu'atteste par exemple la désaffection des élèves de l'Ena pour ce secteur. En quelque sorte, le ministère des affaires sociales ne dispose pas d'« une souveraineté interne » qui le rendrait attrayant pour le personnel politique et la haute fonction publique. Toute réforme implique en effet de construire un consensus entre au moins deux des trois acteurs en présence. Si ce constat vaut pour l'ensemble du champ de la protection sociale, il est particulièrement vrai pour la santé. Car, en plus des « partenaires sociaux », les pouvoirs publics se heurtent à un groupe professionnel qui, s'il est divisé sur le plan organisationnel, n'en assoit pas moins son pouvoir social et politique sur « l'extraordinaire puissance de conviction de son idéologie¹² » : les médecins, dont l'identité libérale s'est forgée dans le combat contre les premiers projets d'assurance sociale. Une fois encore, l'« empreinte des origines » de la sécurité sociale est particulièrement nette. En 1945 une division du travail stricte entre la profession médicale et l'État a été instaurée : l'assurance maladie finance, les médecins décident de l'affectation des ressources.

L'État social a consisté, en France, à institutionnaliser un marché des soins sur lequel la santé est conçu comme un bien privé dont la production et la consommation relèvent des décisions des individus, assurés sociaux et médecins¹³. La santé est devenue une question technique de la compétence exclusive d'un corps professionnel ; elle a été, autrement dit, dépolitisée¹⁴. Cinquante ans plus tard, avec l'universalisation de l'assurance maladie et la médicalisation corrélative de la santé, les médecins restent, en dépit de certaines critiques expertes ou journalistiques, les « propriétaires » légitimes des questions de santé, et en premier lieu aux yeux de la population. Tous les sondages montrent non seulement l'attachement des Français à la sécurité sociale et au principe d'une gestion particulariste des droits sociaux mais aussi le profond enracinement de la croyance dans l'équation « santé = médecine ». La majeure partie de la classe politique partage aussi cette croyance fonda-

mentale et considère dès lors que la santé n'est pas prioritairement l'affaire du politique. Le paradigme biomédical constitue donc le cœur de la politique de santé française, laquelle tend à se réduire à une politique d'accès aux soins. En France, la domination du modèle curatif et de la profession médicale s'est traduite, d'une part, par la faiblesse historique de l'administration de la santé (même si cette dernière s'est considérablement renforcée au cours de la dernière décennie avec la création de multiples agences sanitaires et la fusion, au sein des ARS, des services de l'État et de l'assurance maladie au niveau régional) et par de puissants effets de censure sur le débat public d'autre part : toute idée qui n'est pas compatible avec le paradigme biomédical est rejetée ou purement et simplement ignorée. La trajectoire historique du système de santé, dépendante des choix de 1945 (et de 1958), rend par conséquent *de facto* certains problèmes invisibles et certaines modalités alternatives d'organisation de la santé impensables : l'effet de « verrouillage » généré par le legs des politiques antérieures¹⁵ se traduit par la multiplication des non-décisions.

DES POLITIQUES PUBLIQUES PEU SENSIBLES AUX ALTERNANCES POLITIQUES

Le poids des institutions et l'absence d'orientations programmatiques claires et précises des principaux partis de gouvernement se traduisent par une relative continuité des politiques publiques menées au cours des trente dernières années. Les alternances politiques n'ont eu en effet que très peu d'impact sur le contenu des politiques de santé, chaque gouvernement mettant en œuvre les réformes préparées par la majorité précédente. Les plans de redressement des comptes de la sécurité sociale se sont succédé au cours des années 1980, toujours selon la même logique : hausse des prélèvements sociaux et, dans une moindre mesure, augmentation des tickets modérateurs (voire des remboursements). Les innovations gestionnaires ont vu leur mise en œuvre reportée d'année en année ou ont été purement et simplement bloquées. Confrontés à l'échec et aux effets pervers des politiques dites de demande, les gouvernements ont réorienté, à compter de la fin des années 1980, leur action vers l'offre de soins¹⁶, en cherchant à mettre sous enveloppe, à l'instar du secteur hospitalier public, l'ensemble des professionnels de santé (cliniques, infirmières libérales, kinésithérapeutes), à l'exception des médecins libéraux¹⁷. Hormis la parenthèse de la loi Teulade relative à la maîtrise médicalisée, dont les instruments connaîtront cependant une mise en œuvre très laborieuse, la logique des différents ministres de la santé a été axée sur la dimension budgétaire ; elle a culminé avec le plan Juppé, qui a tenté, avec le succès que l'on sait, de mettre sous enveloppe l'ensemble des

secteurs du système de soins ; elle a été poursuivie sous le gouvernement Jospin bien que le Conseil d'État et le Conseil constitutionnel aient annulé les dispositifs de reversement individuel ou collectif en cas de dépassement des objectifs prévisionnels votés par le Parlement. Dans un contexte de cohabitation, des innovations ont certes été introduites, mais elles sont restées timides et pour tout dire assez périphériques, qu'il s'agisse des références médicales opposables, de l'accréditation des structures hospitalières, du médecin référent ou des réseaux de soins. Depuis les années 2000, sur les décombres de l'instrument budgétaire qu'est l'enveloppe globale et ses divers avatars, un tournant silencieux semble s'opérer dans la conduite de l'action publique : montée en charge accélérée de la T2A, convergence tarifaire public/privé pour 2018, augmentation continue du reste à charge au nom de la « responsabilisation financière » des assurés sociaux et désocialisation corrélative du financement des soins courants, transformation profonde la « gouvernance hospitalière », remise en cause du service public hospitalier, etc. Pour autant, ces mesures, souvent présentées comme techniques ou de « bon sens », et bien qu'elles participent souvent du délitement de la solidarité entre riches et pauvres, malades et bien-portants, provoquant des mobilisations sociales ponctuelles relayées par l'opposition politique du moment (par exemple le collectif contre l'instauration des franchises médicales, les mobilisations locales contre la fermeture des hôpitaux de proximité, celle des médecins hospitalo-universitaires contre l'affirmation du chef d'établissement sur les praticiens hospitaliers, etc.), ne trouvent pas une critique argumentée et systématique dans les programmes partisans. Ainsi, le système de santé français bifurque peu à peu de son « sentier de dépendance historique », par sédimentation de mesures ponctuelles, sans que l'acteur politique (responsables de l'exécutif comme parlementaires) ne donne un sens politique à cette réorientation silencieuse mais bien réelle¹⁸.

D'une manière générale, les slogans avancés dans les discours politiques, tels que la prévention, l'impérieuse nécessité de revaloriser la médecine générale, la coordination des soins, peinent à trouver des traductions opérationnelles. Pour ne prendre que cet exemple, la prévention (et plus largement la santé publique) demeure, et de très loin, le parent pauvre des politiques de santé. Le « nouveau » de la santé publique à compter des années 1990 n'a guère permis à la problématique des inégalités sociales de santé de déboucher sur des politiques publiques volontaristes. Certes, des agences de veille et de sécurité sanitaire ont été créées. Certes, l'administration de la santé publique s'est renforcée. L'on aurait pu s'attendre, face à de telles transformations institutionnelles, à ce que la France prenne la mesure de

l'ampleur de ses inégalités devant la maladie et la mort, qui la place en queue de peloton des pays européens. Pourtant, il n'en a rien été. La problématique des inégalités sociales de santé demeure elle aussi une non-décision, alors que d'autres pays européens, dont la très libérale Grande-Bretagne, ont engagé des politiques volontaristes de réduction de ces inégalités qui font que les agents des classes populaires vivent moins vieux et en moins bonne santé que les agents issus des classes moyennes et supérieures. Les inégalités sociales de santé sont toujours majoritairement considérées en France comme une fatalité¹⁹. Pire : de plus en plus, la santé publique, sous l'effet de l'hégémonie de l'épidémiologie dite des facteurs de risque (*riskfactorology*), tend à incriminer les comportements individuels délétères pour la santé, ou la « culture » des individus, sommés, par des campagnes d'information, de devenir des « acteurs de leur propre santé », au mépris des connaissances sociologiques de base sur les rapports sociaux différenciés au corps, à l'alimentation, aux risques, à la médecine²⁰. Dès lors, cette santé publique « métamorphosée²¹ » plus que « renouvelée » donne paradoxalement des arguments aux tenants de la privatisation, tels les assureurs, qui estiment que la collectivité n'a pas à prendre en charge les prises de risque « inconsidérées » et l'imprévoyance de celles et ceux qui fument, boivent, mangent trop gras et sucré... Pendant ce temps, toutes les médecines salariées qui prennent pour objet des populations spécifiques (protection maternelle et infantile, médecine scolaire, médecine du travail, médecine de santé publique), segments les plus dominés du champ médical, connaissent un processus accéléré d'appauvrissement.

Le contenu des politiques de santé est donc resté dans l'ensemble imperméable au diagnostic de crise et aux solutions élaborées par les experts en économie de la santé et en santé publique (sans parler des sciences sociales), le décideur politique n'ayant la plupart du temps ni la volonté ni la doctrine pour impulser une réorientation substantielle de l'action publique. Depuis la mise sur agenda de la maîtrise des dépenses de santé, les deux principaux acteurs de la politique de protection maladie sont le ministère des finances d'une part, porteur d'une logique budgétaire (enveloppes), et la profession médicale d'autre part qui, bien que divisée, a conservé, en faisant quelques concessions, sa position dominante dans le secteur. Si l'on a pu croire, avec l'annonce du plan Juppé, à un « retour du politique » et à la victoire des réformateurs qui, depuis les années 1980, élaborent un scénario alternatif de régulation du système de santé, la mise en œuvre laborieuse du plan a permis de vérifier de façon quasi-expérimentale l'inertie de la politique de santé et, au-delà, celle des rapports de forces qui structurent le système de santé français²². Plus encore, le ralliement du ministère des affaires sociales, et en par-

ticulier de la direction de la sécurité sociale (DSS) – laquelle a conquis, au cours de la période, la position prééminente de super-direction de synthèse au sein de l'administration sociale²³ –, à la logique des Finances est venu redoubler les effets de l'effacement de l'acteur politique pour marginaliser encore un peu plus les partisans d'une réforme en profondeur. L'outil budgétaire (l'enveloppe globale) a fini par dominer l'action politique et asphyxier toute réflexion alternative²⁴.

Logique médicale et logique budgétaire, par-delà tout ce qui les oppose, partagent un ensemble de présupposés dont le principal est le suivant : la santé est d'abord l'affaire de la médecine curative, dont la rationalité n'a pas à être interrogée. Toutefois, le caractère inédit de la situation actuelle réside dans le fait que l'on semble être allé au bout de la logique des outils classiques de gestion, qu'il s'agisse des enveloppes ou de la planification, sans que cela ait permis de progresser dans la maîtrise des dépenses ou l'organisation des soins²⁵. Presque tous les secteurs du système de soins sont désormais sous enveloppe (même si l'Ondam a été constamment dépassé depuis 1997) et soumis au régime de la planification, et pourtant la « crise » n'a jamais semblée aussi aiguë. Or, le constat de l'échec des recettes antérieures est, comme l'a montré l'analyse des politiques publiques, l'une des conditions du changement radical de l'action publique. Une autre condition est l'intervention de l'acteur politique pour inscrire les réformes sur l'agenda gouvernemental.

CONJONCTURES CRITIQUES ET INTERVENTION DE L'ACTEUR POLITIQUE

L'histoire de la politique de santé française montre que l'implication du niveau politique n'intervient que dans des conjonctures politiques et/ou économiques spécifiques, sous une forme plutôt « autoritaire ». Les grandes réformes de l'assurance maladie en 1945, 1958, 1960, 1967, 1995 ont toutes été promulguées par ordonnances (ou décrets), c'est-à-dire de façon unilatérale par un exécutif décidé à surmonter les oppositions, notamment médicales, à des mesures jugées indispensables²⁶. Cependant, la séquence la plus récente semble faire exception : les réformes de 2004 et de 2009 sont passées par la voie parlementaire classique. Néanmoins, le « leadership de rupture » incarné par Nicolas Sarkozy a conféré à cette dernière réforme le même style autoritaire que les « grandes » réformes antérieures²⁷. La sécurité sociale a été créée dans l'immédiat après-guerre dans un contexte politique marqué par le tripartisme, la prédominance de la gauche, l'effondrement des organisations patronales et, de fait, la limitation de la marge de manœuvre de la profession. Le régime parlementaire de la IV^e République, la faiblesse et la division des

partis, le poids encore prépondérant des travailleurs indépendants ont permis à la profession médicale de bloquer toutes les tentatives gouvernementales d'achèvement du plan de 1945. Ce n'est qu'avec l'instauration de la V^e République et la transformation radicale des règles du jeu politique (prééminence de l'exécutif), dont les effets ont été amplifiés par une nouvelle donne économique et sociale, que la réforme Debré et les décrets Bacon²⁸ ont pu voir le jour. Haroun Jamous, dans sa célèbre étude sur la réforme hospitalière de 1958, a ainsi montré que la crise profonde que connaissait le secteur hospitalier français, pourtant très largement admise par les acteurs médicaux, administratifs et politiques ainsi que par le grand public, n'a pu être surmontée que grâce à la rencontre d'un « réformateur autoritaire », le professeur Robert Debré, porteur du projet de jeunes médecins de gauche mendésistes, et d'une conjoncture exceptionnelle, à savoir la mise en place de la V^e République et la nomination de Michel Debré comme Premier ministre²⁹. Plus près de nous, l'annonce du plan Juppé a été rendue possible à la faveur de la conjonction de facteurs économiques et politiques : alors qu'une coalition de « gestionnaires du social », issus des grands corps de l'État, avait élaboré un répertoire de réforme au cours de la première moitié de la décennie 1990³⁰, la dégradation brutale de la situation financière de la sécurité sociale avec la récession économique de 1993, le respect des critères de convergence du traité de Maastricht et le souci du gouvernement d'alors de se construire une image de volontarisme réformateur ont permis d'inscrire sur le haut de l'agenda gouvernemental une réforme ambitieuse de l'assurance maladie. Plus récemment, on l'a dit, la configuration spécifique de la réforme de l'État que représente la RGPP, qui voit l'investissement des acteurs politiques de premier plan (l'Élysée et Matignon)³¹, a permis le passage en force en matière de gouvernance hospitalière, en dépit d'une mobilisation sans précédent des hospitalo-universitaires, et de concrétiser le vieux projet qu'est la création d'agences régionales de santé avec le vote de la loi HPST, dans un contexte de fortes tensions sur les finances publiques et de dramatisation de la dette souveraine.

En dehors de ces « conjonctures critiques », l'acteur politique ne s'est guère investi, se contentant de gérer les tensions financières et sociales lorsqu'elles devenaient trop fortes. Les plans de redressement des comptes de la sécurité sociale se sont ainsi succédé, nous l'avons dit, tous les ans, sauf les années d'élections, et ont consisté davantage, jusqu'en 1992 tout au moins, à augmenter les prélèvements sociaux qu'à réaliser des mesures d'économie car « dans un système bismarckien d'assurance sociale, il est en fait bien plus facile pour un gouvernement d'augmenter les ressources que de chercher à lui faire faire des économies par une baisse des prestations³² ». La principale caractéristique

de ces plans est de s'inscrire pleinement dans la logique historique du système de sécurité sociale, *i.e.* de ne pas en remettre en cause les principes d'organisation essentiels. Les problèmes structurels que sont les inégalités de dotation entre hôpitaux, la régulation de la démographie médicale³³, la révision de la nomenclature générale des actes professionnels ou les filières et réseaux de soins sont restés largement des problèmes orphelins, des non-décisions, faute d'acteurs administratifs assez puissants pour les porter et de volonté politique pour les résoudre. Plus encore, les interventions récurrentes des ministres et de leurs cabinets, directement sollicités par certains élus locaux et les membres de l'élite hospitalo-universitaire cherchant à déroger aux réglementations ou à obtenir des rallonges budgétaires, ont aggravé les inégalités de dotation entre les hôpitaux en dépit des discours officiels sur leur nécessaire réduction. Les restructurations hospitalières, même avec la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation puis de santé, se sont heurtées (et continuent de se heurter) aux considérations de politique locale et d'emploi. L'une des réformes majeures depuis le plan Juppé, à savoir la couverture maladie universelle, si elle a permis, un temps seulement, de remédier aux effets sociaux pervers de la privatisation rampante des soins courants, a, au final, laissé intacte l'architecture du système de santé : elle s'est bornée à achever la généralisation de l'assurance maladie et à instaurer une couverture complémentaire pour les plus démunis (ce qui, en soi, est bien sûr un grand progrès), sans remettre toutefois en cause le morcellement des organismes d'assurance maladie organisés sur une base professionnelle. Pourtant, l'administration, prenant acte de la fiscalisation croissante des recettes, avait un temps envisagé le scénario de l'universalisation sur le modèle scandinave, dans lequel le droit est universel et fondé sur la résidence³⁴. Au final, l'action des gouvernements de gauche et de droite a consisté pour l'essentiel à adapter prudemment, et de façon la moins visible possible, l'organisation héritée de 1945 en tentant de gérer au coup par coup les conséquences, financières surtout, de ses contradictions fondamentales : conjonction de la socialisation du risque et du respect des principes de la médecine libérale ; universalisation dans la diversité et l'hétérogénéité.

CE QUE RÉFORMER VEUT DIRE EN PÉRIODE D'AUSTÉRITÉ PERMANENTE

La difficulté à réformer la santé (protection maladie et santé publique) doit être mise en perspective avec les évolutions observées dans les autres pays européens³⁵. Les conclusions des travaux récents relatifs à la réforme des États-providence convergent pour mettre en évidence la relative inertie des systèmes de protection sociale. Même les pays, principalement anglo-saxons,

où le néo-libéralisme a revêtu ses atours les plus doctrinaires, n'ont connu que des inflexions mineures de leurs programmes sociaux, lesquels ne sont pas sortis de leur « chemin de dépendance » historique³⁶. C'est particulièrement vrai des systèmes de santé, qu'ils soient d'inspiration beveridgienne ou bismarckienne. Confrontés à des pressions économiques et sociodémographiques de même nature (globalisation économique, ralentissement de la croissance, contraintes budgétaires accrues, progrès technique, augmentation et vieillissement de la population, émergence de nouvelles demandes), bien que d'intensité inégale, ces derniers ont « répondu » au défi de l'« austérité permanente »³⁷ dans un sens conforme à leur tradition historique. En Grande-Bretagne, par exemple, le gouvernement de Margaret Thatcher ne s'est décidé qu'au dernier moment, sous la pression des médias et des députés travaillistes, à réformer le National Health Service afin d'en accroître l'efficacité³⁸. Si l'introduction de mécanismes de quasi-marché a semblé dans un premier temps constituer une innovation radicale³⁹, la mise en œuvre de la réforme de 1991 a été finalement limitée et incrémentale. Outre les problèmes techniques très importants qui n'ont pas manqué de se poser (notamment en matière de systèmes d'information et d'indicateurs de performance, indispensables pour faire jouer la concurrence), des contraintes politiques fortes – le respect des valeurs d'équité et de solidarité, l'attachement de la population au NHS, la vigilance de l'opposition travailliste – ont incité le gouvernement à tempérer l'ampleur de la concurrence. Dès lors les gains de productivité et la diminution de la longueur des listes d'attente n'ont pas été à la mesure des promesses. Le parti néo-travailliste de Tony Blair a dû, quant à lui, une partie de son succès électoral à sa rhétorique de rejet des réformes conservatrices et à son plaidoyer en faveur des valeurs de complémentarité et de coopération. Toutefois, tous les observateurs du NHS ont souligné la forte continuité de la logique des politiques publiques mises en œuvre depuis plus de vingt ans⁴⁰. Les mécanismes de concurrence n'ont pas été abolis, d'autant moins que leur effectivité a été assez faible. Surtout, la centralisation, qui s'est paradoxalement accélérée avec la mise en place des quasi-marchés, caractérise aussi la « troisième voie » en matière de santé. Cette centralisation croissante débouche sur un hyper-activisme et une inflation discursive de la part du gouvernement qui contrastent singulièrement avec la modestie des évolutions observées sur le terrain. La principale décision de Tony Blair a consisté à augmenter de façon très importante le budget de la santé afin de remédier au « sous-financement » du NHS, régulièrement brocardé par les hommes politiques et les médias⁴¹. Dressant le bilan des cinq premières années de politique de santé néo-travailliste, les chercheurs du King's Fund es-

timent pour leur part que, globalement, le court terme a primé, la versatilité gouvernementale répondant aux pressions médiatiques et aux intérêts politiques. Les effets d'annonce et les politiques symboliques se sont multipliés, le gouvernement privilégiant de plus les mesures susceptibles de rapporter des bénéfices immédiats (construction d'hôpitaux, augmentations budgétaires consacrées aux soins aigus) au détriment des besoins de long terme et de la réduction des inégalités sociales de santé⁴². Au final, il n'y a pas eu convergence entre les systèmes de santé européens sous l'effet de la diffusion des idées néo-libérales et sous la pression des nouvelles contraintes économiques et socio-démographiques ; les caractéristiques fondamentales de ces derniers (système de santé centralisé et financé par l'impôt pour le NHS, auto-administration caisses/organisations de médecins dans le cas allemand) perdurent, et sont même sorties renforcées des réformes récentes. Il n'y a pas eu de retrait des États, au contraire. Les acteurs étatiques, à l'instar de la France, ont partout renforcé leur position.

Le legs institutionnel et les politiques passées ont donc exercé une forte contrainte sur le contenu des réformes menées depuis 1975. Si les institutions politiques ont une influence sur le *timing* des réformes⁴³, les configurations institutionnelles sectorielles permettent, quant à elles, de comprendre la spécificité du contenu des réponses nationales aux pressions économiques et socio-démographiques qui s'exercent sur les systèmes de santé. En particulier, les institutions sectorielles bornent l'action, les calculs et les anticipations des acteurs politiques, lesquels adaptent leurs projets en fonction de ce qu'ils perçoivent des stratégies des acteurs pertinents et des rapports de force. Elles déterminent les capacités d'intervention de l'État et la nature des enjeux auxquels ce dernier est confronté. Enfin, elles influencent le cours de la mise en œuvre des réformes. Plus généralement, les recherches comparatives montrent que les politiques de réforme des États-providence européens obéissent à une nouvelle logique politique, différente de celle qui a prévalu tout au long de la phase de leur expansion durant laquelle les gouvernements, souvent de gauche, étaient prompts à revendiquer la généralisation des droits sociaux et la couverture de nouveaux risques afin d'en tirer des bénéfices électoraux. Les gouvernements sont désormais confrontés à un dilemme.

D'un côté, ils sont fortement incités à décider de politiques impopulaires (coupes budgétaires, réduction de droits sociaux) pour adapter ces programmes à la nouvelle donne économique et sociale ; d'un autre côté, les rigidités institutionnelles ainsi que les résistances opposées par les nombreux groupes d'intérêts et par les bénéficiaires des programmes sociaux⁴⁴ limitent

considérablement leur marge de manœuvre politique. La couleur des partis politiques au pouvoir n'est donc plus, selon ces travaux, la variable pertinente pour comprendre les politiques sociales menées en réaction aux pressions externes (globalisation, construction européenne, etc.) mais surtout internes (vieillesse démographique, passage d'une économie industrielle à une économie de services à croissance ralentie). Les conflits politiques autour des systèmes de protection sociale opposent désormais les gouvernements d'une part et les groupes d'intérêt et les opinions publiques d'autre part. Cependant, étant donné le coût politique (sanction électorale) de ces mesures forcément impopulaires, les gouvernements adoptent volontiers des « stratégies d'évitement des blâmes » : « En période de "dégraissage" des États-providence, l'objectif des hommes politiques consiste moins à chercher à s'attribuer le crédit des politiques adoptées qu'à éviter le blâme qui retombe sur eux. Les responsables politiques peuvent chercher à masquer l'étendue des réformes, à occulter leurs responsabilités ou à la faire porter par d'autres ou encore à accorder des avantages à des groupes particuliers. Les réformes sont plus aisées lorsque les opposants sont divisés ou que la dramatisation de la crise permet de faire accepter des mesures impopulaires⁴⁵. » Les coupes sont « techniques » et incrémentales, même si, en s'accumulant, ces « mesures discrètes⁴⁶ » peuvent faire dévier ou bifurquer le système de santé de sa trajectoire historique (c'est le cas, par exemple, de la désocialisation rampante du financement des soins courants⁴⁷). La prudence est de rigueur, à tel point que les gouvernements préfèrent s'en tenir parfois au *statu quo* et à la non-décision plutôt que de s'aventurer sur un terrain miné (« dans la santé, il n'y a que des coups à prendre », disent souvent les hommes et femmes politiques). Dès lors, des institutions et des politiques sous-optimales, inefficaces et inefficaces peuvent se maintenir sur le long terme. L'inertie institutionnelle est d'ailleurs particulièrement forte dans les systèmes bismarckiens.

LE JEU DU CONSENSUS⁴⁸

Si l'on prend une perspective historique, le faible investissement des élus et des entreprises partisans dans les questions de santé est manifeste. Une exception : du début des années 1970 au milieu des années 1980, en effet, les questions de santé ont donné lieu à des prises de position politiques assez tranchées, dans un contexte de polarisation gauche/droite et de conversion du « social » en enjeu politique dans le sillage de mai 68. L'on se souvient que les cent dix propositions du candidat Mitterrand comprenaient la suppression du Conseil de l'Ordre, la création de centres de santé ou encore la nationalisation des grands trusts pharmaceutiques. En réaction à l'arrivée de

la gauche au pouvoir et aux projets de réforme hospitalière défendus par le ministre communiste Jack Ralite, certains hommes politiques de l'opposition, optant pour un néo-libéralisme doctrinaire, se sont faits les hérauts de la privatisation de la sécurité sociale et de l'importation en France des *Health Maintenance Organizations* américaines⁴⁹. Si l'on peut, avec le recul, considérer les termes et le contenu des débats comme outranciers et idéologiques, il n'en reste pas moins qu'à l'époque les clivages étaient nets.

La première cohabitation va constituer un tournant. Les vives oppositions au plan de redressement des comptes initié par Philippe Séguin, alors ministre des affaires sociales, et l'expérience des dures réalités du pouvoir ont incité la majorité d'alors à abandonner ses prises de position les plus libérales en matière de sécurité sociale. De son côté la gauche, qui avait, dès 1983, renoncé à ses principales ambitions programmatiques de 1981 (et pas seulement en matière de santé) et accompli le tournant de la rigueur, s'est ralliée à l'impératif de maîtrise des dépenses de santé⁵⁰. Les États généraux de la sécurité sociale, tenus en 1987, ont représenté à cet égard une « cérémonie de désinscription » du problème de l'agenda politique, Philippe Séguin réaffirmant à plusieurs reprises que les « États généraux ne constituent pas un débat de nature politique » et Jean Marmot, rapporteur général, estimant pour sa part dans *le Quotidien de Paris* que « ce sont là à l'évidence des sujets de société trop fondamentaux pour tomber dans le champ des querelles politiciennes⁵¹ ». Tous les responsables politiques ont célébré à cette occasion l'héritage de la Libération et affirmé publiquement leur attachement à la préservation de la « Baleine ». D'ailleurs la campagne électorale des élections présidentielles de 1988 n'accordera que peu de place aux enjeux de sécurité sociale⁵².

Depuis lors, les questions de santé et d'assurance maladie font l'objet d'une sorte de « consensus mou » dans la classe politique. Les partis de gouvernement, de gauche et de droite, se rassemblent autour de quelques grandes lignes directrices, suffisamment vagues pour ne pas expliciter les différends et entretenir les malentendus : fiscalisation des recettes de l'assurance maladie (basculement des cotisations maladie des salariés sur la CSG à la fin des années 1990), rôle accru du Parlement (PLFSS), maîtrise médicalisée et négociée des dépenses de santé, relance de la politique de prévention, revalorisation de la médecine générale et, plus récemment, « régionalisation » du système de santé avec la création des ARS⁵³. En matière de sécurité sociale, le clivage pertinent n'oppose pas la gauche à la droite, mais des partis de gouvernement beveridgiens aux syndicats bismarckiens⁵⁴. La réception du plan Juppé a été très révélatrice à cet égard : confronté à un plan que de nom-

breux experts partisans, notamment des formations de droite, qualifiaient « de gauche », le Parti socialiste s'est réfugié dans un silence embarrassé, ses dirigeants ayant même intimé à certaines de ses personnalités qui avaient immédiatement salué le courage du Premier ministre après son discours à l'Assemblée nationale de ne pas apporter leur contribution au consensus ambiant.

Le débat politique n'a, depuis, que peu progressé en dépit de l'introduction du projet de loi de financement de la sécurité sociale et de l'instauration d'un débat parlementaire, pourtant réclamé depuis le début des années 1960 par des députés et des sénateurs de tous bords politiques. Les discours politiques restent polarisés sur des lieux communs aussi anciens que la sécurité sociale elle-même, du type « trou de la Sécu »⁵⁵ ou « fraudes » et autres « abus »⁵⁶, comme l'on a encore pu le constater récemment avec l'offensive contre l'aide médicale d'État ou les indemnités journalières pour cause de maladie. De l'avis même des parlementaires et des observateurs avertis, le PLFSS, porté par la direction de la sécurité sociale (DSS) et dont les principaux choix et arbitrages sont négociés en amont, au niveau du cabinet du ministre, est loin d'avoir permis l'ouverture d'un débat parlementaire nourri, même si des progrès ont été réalisés depuis 2005 et l'adoption de la LOLFSS. Le débat, très technique, est monopolisé par quelques spécialistes partisans (députés et sénateurs), seuls capables de se retrouver dans le maquis inextricable de dispositifs juridiques, et centré sur la seule dimension financière. Nous sommes manifestement encore loin du grand débat national sur les priorités de santé⁵⁷ et l'élaboration d'une loi de programmation pluri-annuelle en matière de santé, c'est-à-dire des ambitions affichées en 1995. Des raisons évidentes peuvent expliquer la faible visibilité et le peu de lisibilité du débat parlementaire⁵⁸ : dévalorisation historique des sujets « sociaux » au sein du Parlement, lui-même relégué dans les institutions de la V^e République⁵⁹, manque de temps pour examiner un texte touffu et déjà « ficelé », déficit de moyens d'expertise du Parlement et, à l'inverse, emprise de l'expertise technique de la DSS et de la direction du budget sur le projet de loi, déconnexion des questions budgétaires des objectifs de santé publique, etc.⁶⁰ En outre, des facteurs spécifiquement institutionnels et politiques font obstacle à la prise en charge politique de ces enjeux. L'embarras, sinon le désintérêt, de la classe politique pour les questions de santé doivent être, on l'a vu, rapportés à des tendances structurelles, lourdes, du système de protection sociale. L'observation de la campagne électorale des deux dernières élections présidentielles confirme cette hypothèse⁶¹ : en 2002, alors que le conflit des généralistes a fait la une de l'actualité pendant près de trois mois, tout un chacun prédisant que la

santé serait l'un des enjeux décisifs de l'élection à venir, les programmes santé des candidats des partis de gouvernement se sont révélés être, au final, très proches les uns des autres et les questions de santé n'ont occupé, une fois encore, qu'une place marginale dans le débat électoral⁶² ; en 2007, la santé, une fois de plus, a été peu abordée par les principaux candidats aux élections présidentielle et législative et il y a de fortes probabilités qu'elle peine encore à trouver sa place dans un agenda électoral dominé par la problématique des finances publiques.

Le débat à l'intérieur des partis politiques est, on ne s'en étonnera pas, aussi peu animé que le débat inter-partisan. La très grande majorité des experts partisans, quelle que soit leur couleur politique, déplorent le désintérêt, l'inculture et l'« ignardise » des dirigeants politiques de premier plan sur les questions de protection sociale en général et de santé en particulier. Dans les partis de gauche, depuis le début des années 1980, les thèmes de l'emploi et du travail accaparent la réflexion en matière sociale. La sécurité sociale et la santé y sont des sujets mineurs, délégués à quelques spécialistes, au demeurant peu écoutés. Par exemple, au Parti socialiste, il n'existe plus de structure de réflexion comparable à « Santé et socialisme » qui, du milieu des années 1970 jusqu'au début des années 1980, avait tenté d'élaborer une doctrine cohérente et alternative de la politique de santé. Au sein des partis de droite, la profession médicale, un électorat traditionnel, exerce une emprise forte, bien que tempérée par l'existence de quelques experts non médecins, membres pour la plupart de « l'élite du *Welfare* », identifiés par Patrick Hassenteufel et son équipe⁶³. Reste que le nombre limité d'élus spécialisés s'illustre par la succession des mêmes individualités aux postes clés, à commencer par celui de ministre de la santé.

UN EFFET D'HYSTÉRÈSE⁶⁴ INSTITUTIONNEL : LA DÉSERPTION AU LONG COURS DES ÉLUS

Les deux modes d'existence, objectif et subjectif, des institutions se renforcent donc mutuellement. D'un côté, la sous-administration de la santé a longtemps permis aux principaux groupes d'intérêt d'imposer leurs vues dans le processus décisionnel : ainsi, au niveau du cabinet du ministre, les hospitalo-universitaires ont longtemps représenté une source d'information venant contrebalancer celle de l'administration de la santé. Un cabinet pléthorique qui décide de tout, court-circuite régulièrement l'administration et travaille dans l'urgence sans stratégie à moyen terme renforce encore le pouvoir d'influence des groupes d'intérêt⁶⁵. En outre, la grande faiblesse des systèmes d'information en matière de pratiques médicales et de santé pu-

blique masque l'ampleur de problèmes tels que les inégalités sociales de santé ou l'hétérogénéité des prises en charge médicales et contribue donc à leur non-reconnaissance par les acteurs politiques, lesquels peuvent alors s'en tenir à la proclamation de grands principes comme l'égalité, l'équité ou la solidarité, sans se préoccuper de leur effectivité⁶⁶. De l'autre côté, l'emprise du discours médical sur la santé assure à la représentation de la profession, ou au moins à ses segments les plus prestigieux, d'éviter que ses intérêts fondamentaux ne soient remis en cause par les acteurs politiques sans même qu'elle ait besoin de se mobiliser (au moins jusqu'à la loi HPST de 2009). Les professionnels de la politique croient comme leurs électeurs que les problèmes de santé appellent des solutions techniques d'ordre médical⁶⁷. Penseraient-ils le contraire que leurs mandants le leur rappelleraient aussitôt, dans les sondages, dans la rue ou dans les urnes⁶⁸. Le pouvoir de sanction électorale dont sont crédités les médecins suffit à dissuader le personnel politique d'initier des innovations trop radicales ; peu importe en l'occurrence que ce pouvoir soit réel ou imaginaire : si tous les acteurs, hommes politiques, médecins, journalistes, le pensent fondé, ce pouvoir produit des effets bien réels sur la prise en charge et le traitement politique des questions de santé. La fragmentation et la concurrence de la représentation médicale incitent d'ailleurs les acteurs politiques à s'en remettre à ce type de « mythe » et à adhérer à des idées simples (sinon fausses) dans la mesure où, en l'absence de partenaires solides avec qui il est possible de négocier et mettre en œuvre les réformes, l'incertitude est maximale : les sondages⁶⁹, les déclarations des dirigeants syndicaux, les manifestations deviennent, dans cette situation, les principaux critères à partir desquels les acteurs politiques construisent leur représentation du politiquement dicible et faisable. La temporalité et la rationalité politiques deviennent ainsi antinomiques de la temporalité et de la rationalité sanitaires : les coûts des réformes sont perçus comme concentrés et immédiats tandis que les bénéfices seront diffus et à moyen ou long terme, donc probablement « récoltés » par une autre équipe gouvernementale⁷⁰.

CONCLUSIONS EN FORME DE PROGRAMME DE RECHERCHE

Les réflexions ci-dessus identifient, sans doute pour une bonne part, les facteurs institutionnels, donc historiques, de la dépolitisation d'un sujet pourtant si saillant pour les électeurs. Toutefois, il conviendrait de nourrir, pour les valider ou les invalider, ces hypothèses sur les relations entre politiques publiques de santé et vie politique avec des enquêtes de sciences sociales résolument empiriques, non seulement à l'échelon national mais aussi

à l'échelon local. À condition de croiser ses questionnement avec ceux de la sociologie et de l'histoire des professions de santé, la sociologie politique nous semble la mieux armée conceptuellement et méthodologiquement pour mener à bien ce programme : elle peut mobiliser les travaux sur la construction de l'agenda politique, sur les logiques du recrutement politique et partisan, sur les dynamiques de professionnalisation politique, sur l'autonomisation des champs politiques national et locaux, etc. Aux États-Unis comme en France depuis les travaux de Mattéi Dogan et Daniel Gaxie, la sociologie politique a examiné la question du poids relatif de la profession exercée (vis-à-vis de l'origine sociale), ou du *social background* au sens large, sur la carrière politique des gouvernants⁷¹. Avançons ici brièvement quatre propositions de recherche qui, sans épuiser le sujet, nous semblent pouvoir permettre de la circonscrire, en jouant sur les échelles de l'analyse (local/national/international), les positions politiques occupées (responsables de partis/élus) et les temps de la politique en action (campagne/mandat).

La première piste consisterait à réaliser des monographies dans quelques grandes villes de province connues pour l'ancienneté et la qualité de leur formation médicale, afin d'examiner l'engagement des élites médicales dans la vie politique locale et de comparer ces observations avec le riche matériau historiographique dont nous disposons pour les périodes antérieures (XIX^e-début du XX^e siècle)⁷². La deuxième piste réside dans l'établissement de la biographie collective exhaustive des médecins et autres professions de santé (infirmières, pharmaciens, etc.) élus au Parlement, par exemple sous la V^e République, de manière à affiner l'analyse de la position professionnelle avec la carrière politique et ses spécialisations⁷³. La troisième piste porte sur la partisanisation et la politisation en campagne des questions de santé, à partir de l'analyse des documents des campagnes électorales et d'entretiens avec les responsables des questions de santé au sein des principales formations partisans. Enfin, l'hypothèse néo-institutionnaliste appelle un éclairage comparatif : dans quelle mesure les configurations institutionnelles politiques et sectorielles nationales impactent-elles le degré de politisation et le formatage des questions de santé ? L'abondante littérature, française et anglo-saxonne, fournit des éléments de réponse qu'il serait nécessaire de systématiser.

contact

frbuton@gmail.com

frederic.pierru@orange.fr

François Buton est chercheur au CNRS, rattaché au CEPEL (UMR 5112, Montpellier-1). Spécialiste de socio-histoire de l'État, il achève une recherche sur la surveillance épidémiologique en France (avec F. Pierru). Ses autres travaux concernent d'une part les comportements électoraux, d'autre part les violences de guerre. Il a publié récemment *L'administration des faveurs, L'État, les sourds et les aveugles (1789-1885)* (Presses universitaires de Rennes, 2009).

Frédéric Pierru est docteur en science politique, sociologue, chercheur au CNRS, rattaché au CERAPS (UMR 8026, Lille-2). Ses travaux en cours portent sur les transformations de l'administration de la santé et ses instruments d'action, en particulier sur la création et la mise en œuvre des agences régionales de santé et sur la surveillance épidémiologique (avec F. Buton), ainsi que sur les transformations de la régulation professionnelle à l'hôpital. Il a récemment participé à la rédaction du *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire* (Odile Jacob, 2011) et dirigé l'ouvrage collectif *L'hôpital en réanimation* (Le Croquant, 2011).

NOTES

1. La politisation peut être définie comme « un mécanisme de requalification des objectifs assignés à l'action : de sociaux, ou culturels, ou religieux, et ainsi de suite, ils "deviennent" politiques, dans une sorte de reconversion – partielle ou totale – des finalités qui leur sont assignées, des effets qui en sont attendus et des justifications qu'on peut en donner. Ils en reçoivent donc une autre légitimité ou, plus généralement, un surcroît de légitimité aux yeux de ceux qui en bénéficient », J. Lagroye, « Les processus de politisation », in : J. Lagroye (dir.), *La politisation*, Belin, 2003, p. 367.
2. R. Debailly, M. Dubois, « Sentiments de justice en matière de santé », in : M. Forsé, O. Galland (dir.), *Les Français face aux inégalités et à la justice sociale*, Armand Colin, 2011. Les deux sociologues montrent, toutefois, un paradoxe de taille : une majorité écrasante de personnes interrogées expriment une satisfaction relative par rapport à leur propre situation ! Cf. aussi D. Gaxie, « Des points de vue sociaux. La distribution des opinions sur les questions "sociales" », in : D. Gaxie (dir.), *Le social transfiguré*, PUF-Curapp, 1990, p. 154-160.
3. P. Lehingue, *Le vote, Approches sociologiques de l'institution et des comportements électoraux*, La Découverte, 2011, p. 39 et s.
4. D. Gaxie, P. Lehingue, *Enjeux municipaux, La constitution des enjeux politiques dans une élection municipale*, PUF-Curapp, 1984.

5. D. Marchetti, *Quand la santé devient médiatique*, PUG, 2010 ; H. Romeyer (dir.), *La santé dans l'espace public*, Presses de l'EHESS, 2010.
6. La thèse de la technocratisation est aussi défendue par P. Hassenteufel, B. Palier, « Les trompe-l'œil de la gouvernance de l'assurance maladie, Contrastes franco-allemands », *Revue française d'administration publique*, n° 113, 2005.
7. A. Grimaldi, D. Tabuteau, F. Bourdillon, F. Pierru, O. Lyon-Caen, *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, Odile Jacob, 2011.
8. Dans le sillage des analyses de Pierre Bourdieu de l'activité politique en termes de « champ politique », visant à souligner l'autonomie relative d'un espace social concurrentiel partiellement autonomisé des autres activités sociales. P. Bourdieu, « La représentation politique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 36-37, 1981. Cf. D. Gaxie, *La démocratie représentative*, Montchrestien, 2000.
9. Pour une grille de lecture néo-institutionnaliste des processus de réforme, voir P. Bezès, P. Le Lidec, « Ordre institutionnel et genèse des réformes » et « Ce que font les réformes aux institutions », in : J. Lagroye, M. Offerlé (dir.), *Sociologie de l'institution*, Belin, 2010.
10. Dans un article ancien mais pionnier consacré aux phénomènes des non-dé-

11. B. Palier, *Gouverner la protection sociale*, PUF, 1999, p. 144 et s.
12. B. Jobert, P. Muller, *L'État en action*, PUF, 1987, p. 184.
13. M. Sethon, « Le risque comme problème politique, Sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 1996.
14. C. Delmas, *Sociologie politique de l'expertise*, La Découverte, 2011.
15. P. Pierson, *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*, Cambridge University Press, 1994, p. 44-45.
16. D. Tabuteau, *Les contes de Ségur, Les*

coullisses de la politique de santé (1988-2006), Ophrys Santé, 2006.

17. F. Pierru, « Budgetiser l'assurance maladie : heurs et malheurs d'un instrument de maîtrise des dépenses publiques : l'enveloppe globale », in : P. Bezès, A. Siné (dir.), *Gouverner (par) les finances publiques*, Presses de Sciences Po, 2011.

18. Pour une discussion épistémologique serrée des notions de « bifurcation » et de « transition », cf. M. Dobry, « Le politique dans ses états critiques : retour sur quelques aspects de l'hypothèse de continuité », in : M. Bessin, C. Bidart, M. Grossetti (dir.), *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, La Découverte, 2010.

19. Haut Conseil de la santé publique, Groupe Inégalités sociales de santé, *Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, décembre 2009 (www.hcsp.fr/Explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf).

20. P. Peretti-Watel, J.-P. Moatti, *Le principe de prévention*, Seuil, coll. La République des idées, 2009.

21. F. Buton, « Sous l'empire des risques sanitaires : les métamorphoses de la santé publique », *Savoir/Agir*, n° 5, 2008.

22. Pour une mise en perspective historique, cf. B. Jobert, *Le social en plan*, Les Éditions ouvrières, 1981.

23. W. Genyès, « La constitution d'une élite du Welfare dans la France des années 1990 », *Sociologie du travail*, 47(2), 205-222, 2005.

24. F. Pierru, « Budgetiser l'assurance maladie... », art. cité.

25. J. de Kervasdoué, « Lieux communs et idées fausses en politique de santé, Sur quelques raisons d'échecs répétés des velléités de transformation de notre système de santé », *Politiques et management public*, 19(2), 2001.

26. B. Jobert, « Mobilisation politique et système de santé en France », in : B. Jobert, M. Steffen (dir.), *Les politiques de santé en France et en Allemagne*, Espace social européen, 1994 ; P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Presses de Sciences Po, 1997.

27. P. Bezès, *Réinventer l'État*, PUF, 2009.

28. H. Hatzfeld, *Le grand tournant de la médecine libérale*, Les Éditions ouvrières, 1963.

29. H. Jamous, *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Éditions du CNRS, 1969. Voir aussi l'intéressant bilan et les récits des principaux protagonistes dans F. Grémy (dir.), *La réforme Debré un tiers de siècle après*, Éditions de l'ENSF, 1999.

30. R. Soubie (dir.), *Santé 2010*, La Documentation française, 1993.

31. P. Bezès, « Morphologie de la RGPP, Une mise en perspective historique et politique », *Revue française d'administration publique*, n° 4, 2010.

32. B. Palier, « De la crise aux réformes de l'État-providence. Le cas français en perspective comparée », *Revue française de sociologie*, 43(2), 2002, p. 256.

33. M.-O. Déplaud, *L'emprise des quotas. Les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical (années 1960-années 2000)*, thèse, université Paris-1, 2007.

34. A.-M. Brocas, « L'universalisation de la "française" », in : C. Daniel, B. Palier (dir.), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, La Documentation française, 2001.

35. S. Giaimo, « Who pays for health care reform », in : P. Pierson (Ed.), *The New Politics of the Welfare State*, Oxford University Press, 2001.

36. P. Pierson, *Dismantling the Welfare State...*, op. cit.

37. P. Pierson (Ed.), *The New Politics of the Welfare State*, op. cit.

38. La réduction des listes d'attente a focalisé l'attention publique.

39. Bien que le passage à un système d'assurances sociales obligatoires ait été un temps envisagé pour être, finalement, repoussé en raison de l'efficacité du mécanisme budgétaire pour contrôler les coûts et de l'attachement de la population britannique au NHS.

40. R. Klein, *The New Politics of the NHS*, Pearson Education, 2001, p. 203 et s.

41. P. Volovitch, « Le gouvernement britannique affiche sa volonté de financer une ambitieuse réforme du système de santé », *Chronique internationale de l'IREs*, n° 76, 2002.

42. J. Appleby, A. Coote (Eds.), *Five-Year Health Check. A Review of Government Health Policy*, King's Fund, 2002 ; les politistes Florence Faucher-King et Patrick Le Galès évoquent, quant à eux, une « révolution bureaucratique » dans Tony Blair, *1997-2010 : le bilan des réformes*, Presses de Sciences Po, 2010, chap. 2.

43. Les institutions politiques déterminent le nombre de points de veto susceptible d'être utilisés par les groupes d'intérêt pour bloquer les réformes. E. Immergut, *Health Politics, Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge University Press, 1992.

44. Les populations bénéficiaires, plus sensibles aux coûts (concentrés) des réformes qu'à leurs bénéfices (diffus), recrutent dans toutes les couches de la population et sont par conséquent susceptibles d'adhérer à des formations

politiques très différentes...

45. F.-X. Merrien, « États-providence en devenir. Une relecture critique des recherches récentes », *Revue française de sociologie*, 43(2), 2002.

46. P. Bezès, « Rationalisation salariale dans l'administration française, Un instrument discret », in : P. Lascoumes, P. Le Galès (dir.), *Gouverner par les instruments*, Presses de Sciences Po, 2004.

47. D. Tabuteau, « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, n° 1, 2010.

48. M. Dobry, « Le jeu du consensus », *Pouvoirs*, n° 38, 1986.

49. Par exemple, au milieu des années 1980, l'Institut La Boétie militait, sous la houlette de l'économiste de la santé Robert Launois, en faveur des réseaux de soins coordonnés, enrôlant dans cette entreprise de promotion d'une version française des HMO américaines certains hauts fonctionnaires et des élus de l'opposition.

50. L'Ordre des médecins ne sera pas supprimé et l'idée d'expérimentation à grande échelle des centres de santé sera très rapidement abandonnée au profit d'une politique beaucoup plus classique d'équilibre des comptes de la sécurité sociale. Cf. M. Steffen, « Au pays de la non-décision : la médecine ambulatoire en France », communication au colloque franco-allemand « La politique de santé en France et en RFA », Cerat, Grenoble, juin 1988.

51. Cité dans B. Palier, *La baleine et les sages. Pour une analyse des perceptions des institutions de l'État-providence : l'exemple des États généraux de la sécurité sociale*, Mémoire pour le DEA d'études politiques, IEP Paris, 1991, p. 98.

52. F. Sawicki, « Les questions de protection sociale dans la campagne présidentielle française de 1988, Contribution à l'étude de la formation de l'agenda électoral », *Revue française de science politique*, 41(2), 1991.

53. Le consensus politique autour de l'acronyme ARS cachait bien entendu des divergences de fond entre les partis et les différents segments de l'administration qui se sont manifestées avec force lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de la loi HPST de 2009.

54. G. Bonoli, B. Palier, « Entre Bismarck et Beveridge, "Crises" de la sécurité sociale et politique(s) », *Revue française de science politique*, 45(4), 1995.

55. J. Duval, *Le mythe du « trou de la Sécu »*, Raison d'Agir, 2007.

56. F. Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes*, Le Croquant, 2007.

57. On peut même d'ailleurs douter de l'existence d'une telle politique nationale de santé au sens de priorités hiérarchisées. A. Lopez, *Rapport sur les conditions d'élaboration et de la mise en œuvre de la politique nationale de santé*, Igas, juillet 2010.

58. J.-M. Belorgey, « À quoi servent les LFSS ? », *Droit social*, septembre-octobre 1998.

59. A. Collovald, B. Gaïti, « Discours sous surveillances : le social à l'Assemblée », in : D. Gaxie (dir.), *Le « social » transfiguré*, op. cit.

60. F. Pierru, « Les démocratisations en trompe-l'œil du système de santé », in : F. Pierru (dir.), *L'hôpital en réanimation*, Le Croquant, coll. Savoir/Agir, 2011.

61. Sans même parler de la campagne électorale de 1995 pendant laquelle le candidat Jacques Chirac, cherchant à se démarquer de son rival immédiat, Édouard Balladur, a réfuté avec une belle constance la nécessité de maîtriser les dépenses de santé, obligeant de facto tous les autres candidats à le « marquer » sur un thème perçu comme politiquement très sensible. La maîtrise des dépenses de santé a dès lors été présentée par l'ensemble des candidats comme une politique supplétive de faible portée. La campagne électorale de 1995 constitue un exemple paradigmatique des dynamiques de neutralisation/dépolitisation d'un enjeu sous les effets de la concurrence électorale. Pour une analyse détaillée, cf. Y. Poirmeur, « L'affichage de la politique de maîtrise des dépenses de santé dans les programmes de J. Chirac, É. Balladur et L. Jospin pour la campagne pour l'élection présidentielle de 95 », in : E. Douat (dir.), *La maîtrise des dépenses de santé en Europe et en Amérique du Nord*, LCF Éditions, 1996.

62. Les élections approchant, les programmes santé des partis ont subi une homogénéisation forte. Au RPR, par exemple, les groupes de travail débattaient, au début de l'année 2001, des vertus des mécanismes de concurrence pour améliorer la performance du système de santé. À la fin de l'année, cette

option avait été catégoriquement rejetée par les instances dirigeantes de cette formation politique, jugeant cette option politiquement irréaliste. Pour une analyse détaillée des programmes, voir A. Fairisse, M. Landré, « Sur le social, cherchez la différence ! », *Liaisons sociales magazine*, n° 31, avril 2002 ; C. Riffart, B. Ventelou, « Le secteur de la santé : éclairage sur des mesures techniques », *La Lettre de l'OFCE*, n° 218, 2002 ; J. Paillard, « Santé : le débat gauche-droite, Adieu clivage, bonjour clonage ? », *Panorama du médecin*, n° 4825, 22 novembre 2001.

63. W. Genvyès, « La constitution d'une élite du Welfare dans la France des années 1990 », art. cité.

64. Nous nous référons ici au sens donné à ce terme dans les travaux de Pierre Bourdieu (*Le sens pratique*, Minuit, 1980).

65. J. de Kervasdoué, « Directeur d'administration centrale : gestionnaire, tampon ou bouc-émissaire ? », *Revue française d'administration publique*, n° 43, 1987, p. 106.

66. M. Berthod-Wurmser, « Programmes de recherche et débat public sur les inégalités de santé : la France est-elle en retrait ? », in : A. Leclerc et al., *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, 2000.

67. Un haut fonctionnaire de la santé, de surcroît expert partisan, explique (entretien avec F. Pierru) en partie la réticence des hommes politiques à se saisir de ces questions par le fait qu'elles les renvoient à des expériences ou des problèmes d'ordre personnel : « Les hommes politiques sont des gens avec un ego colossal, sinon ils ne seraient pas là. Ça fait partie de l'exercice. Et du coup la fragilité devant la maladie est absolument terrifiante et même touchante. Parce qu'ils ne le tolèrent pas. C'est une atteinte à leur ego que d'être malade. Regardez d'ailleurs. Ou bien ceux qui ont eu de réels problèmes de santé se sont arrêtés. Ou bien quand ils ne se sont pas arrêtés, ils l'ont caché. Vous voyez très bien à qui je pense. Peut-être qu'effectivement il avait raison parce que dans la société française, personne n'aurait accepté que notre président ait

un cancer et qu'on le sache. Donc le rapport des hommes politiques avec la santé c'est quelque chose qui est loin d'être évident. C'est la relation avec l'ego, la notion de tendon d'Achille. Du coup, vos propres difficultés intérieures, vos fragilités vous conduisent à repousser très très loin de votre champ d'appréciation rationnel d'homme politique. »

68. Y. Poirmeur, P. Mazet (dir.), *Le métier politique en représentations*, L'Harmattan, 1999 ; M. Offerlé (dir.), *La profession politique, XIX^e-XX^e siècles*, Belin, 1999.

69. Pour des analyses critiques sur les effets de la consécration de la définition sondagière de l'opinion publique sur les transformations de l'activité politique, voir P. Champagne, *Faire l'opinion. Le nouveau jeu politique*, Minuit, 1990 et P. Lehinque, *Subnuda, Coups de sonde dans l'océan des sondages*, Le Croquant, 2007.

70. Rappelons que la « durée de vie moyenne » d'un ministre est de dix-huit mois.

71. Pour la France, M. Dogan, « Les filières de la carrière politique en France », *Revue française de science politique*, VIII (4), 1967 ; D. Gaxie, *Les professionnels de la politique*, PUF, 1973. Sur la professionnalisation politique, cf. M. Offerlé (dir.), *La profession politique, XIX^e-XX^e siècles*, op. cit.

72. Pour ne prendre qu'un exemple, B. Dumons, G. Pollet, P.-Y. Saunier, *Les élites municipales sous la Troisième République, Des villes du Sud-Est de la France*, Éditions du CNRS, 1998.

73. Sur les parlementaires, O. Costa, E. Kerrouche, *Qui sont les députés français ? Enquête sur des élites inconnues*, Presses de Sciences Po, 2007, ainsi que M. Sineau, V. Tiberj, « Candidats et députés français en 2002 », *Revue française de science politique*, 57(2), 2007. Cf. aussi R. Cayrol, J.-L. Parodi, C. Ysmal, *Le député français*, A. Colin, 1973 ; au niveau international, H. Best, M. Cotta (Eds.), *Parliamentary Representatives in Europe, 1848-2000, Legislative recruitment and Careers in Eleven European Countries*, Oxford University Press, 2000.