

DES IDÉAUX POUR LA SANTÉ ?**Planifier la santé,
une illusion technocratique ?**

Frédéric Pierru

Les principes et les instruments de la planification sanitaire des années 1950 sont de plus en plus contestés pour leur inefficacité, voire leurs effets pervers. Le plan Hôpital 2007, la suppression de la carte sanitaire puis la loi HPST ont fait de la concurrence - antinomique de la planification - le nouveau principe des politiques publiques. L'idéal d'un développement sanitaire piloté en fonction de besoins sanitaires objectivés par des disciplines comme la santé publique ou l'économie de la santé semble donc disqualifié. Les corps administratifs qui faisaient concrètement vivre l'idéal et la démarche de la planification connaissent un lent déclin au profit d'acteurs porteurs d'autres compétences et d'autres principes d'action. Cet article revient sur les facteurs de ce déclin. Pâtissant de la contestation néolibérale du « planisme » mais aussi et surtout des critiques montant au sein de la communauté planificatrice elle-même, la planification et ses acteurs ont dû affronter la concurrence d'autres lieux administratifs où se déploient de nouveaux savoirs et pouvoirs.

L'idée selon laquelle l'offre de soins pourrait faire l'objet d'une rationalisation volontariste, sur le fondement d'une analyse « objective » des « besoins sanitaires » de la population par les pouvoirs publics - autrement dit relèverait d'un processus concerté de planification -, n'a cessé de voir son étoile pâlir depuis les années 1990. La réforme HPST de 2009, fortement contestée par des acteurs clefs de l'élaboration de la grande loi hospitalière de 1991¹, laquelle marque l'apogée en même temps que, peut-être, le chant du cygne de la

1. V. par exemple, É. Couty, « Hôpital public : le grand virage », *Les Tribunes de la Santé*, n° 28, 39-48, automne 2010.

2. F. Pierru, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant, Le tournant néolibéral de la politique hospitalière », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 194, 2012.

3. A. Jourdain, I. de Turenne (dir.), *Cent mots-clés de la planification sanitaire*, Éditions de l'ENSP, 1999, p. 96.

4. J. de Kervasdoué, *L'Hôpital*, PUF, 2007.

5. La dialectique de la règle et du choix est discutée par J.-P. Fitoussi (in : *La règle et le choix, De la souveraineté économique en Europe*, Le Seuil, coll. La République des idées, 2002) pour aboutir à la conclusion inverse : le choix est préférable à la règle.

6. P.-L. Bras, Audition par la MECSS du Sénat, 11 avril 2012.

7. F. Buton, F. Pierru, « Surveiller la menace majeure, La surveillance épidémiologique comme anticipation, Une comparaison des réponses sanitaires aux menaces de pandémie grippale (États-Unis, 1976/ France, 2009) », à paraître en 2013.

planification sanitaire, atteste de la relativisation croissante des instruments de celle-ci dans les politiques publiques. Certes, d'un côté cette loi marque la tentative de l'État de reprendre en main l'ensemble du champ sanitaire aux dépens de l'assurance maladie et des partenaires sociaux. La création des ARS a ainsi été critiquée pour son inspiration préfectorale. De l'autre, cependant, elle renforce d'autres principes de régulation sectorielle, déjà introduits en 2003 avec le plan Hôpital 2007, davantage articulés à l'idée de concurrence². Or, en tant que « processus d'aide à la décision qui vise par concertation et consensus à rendre cohérentes les stratégies d'agents exerçant leur activité en un territoire donné, en procédant à une analyse des besoins, à une analyse des alternatives sur la base de construction de scénarios, afin de fixer des objectifs à moyen terme permettant de réduire la marge d'incertitude des décisions : objectifs ayant pour but de promouvoir des changements significatifs³ », la planification s'oppose à la concurrence. Les partisans de la seconde ne cessent d'ailleurs d'afficher leurs doutes à l'égard de la première, tant ses échecs en matière de réorganisation de l'offre de soins ou de correction des inégalités de dotation entre établissements seraient patents⁴. Et l'ancien directeur de la sécurité sociale, aujourd'hui conseiller spécial en charge des comptes sociaux dans le cabinet du nouveau ministre délégué au budget, de souligner combien la « règle rationnelle » de ce pilote automatique qu'est la T2A est préférable au « choix », c'est-à-dire la décision politique discrétionnaire, souvent « polluée » par des considérations électoralistes et par les jeux d'influence politique entre les niveaux national et local⁵ : « La T2A sert à répartir une enveloppe fermée. Avec la dotation globale, les budgets des établissements étaient discutés dans une logique de rapport de force impliquant les élus, les médecins, les directeurs d'hôpitaux et les autorités sanitaires régionales. La T2A y a substitué l'application d'une règle automatique susceptible de garantir une meilleure allocation des ressources. [...] Il est nécessaire que les ARS soient en mesure d'apprécier la pertinence des actes effectués dans les établissements de santé mais je suis dubitatif sur cette volonté de planifier l'activité de l'ensemble des établissements de France. Pourquoi vouloir prévoir ce qui est imprévisible ? Avec la T2A, l'argent suit le malade. La puissance publique doit simplement veiller à ce que la répartition de l'offre de soins sur le territoire reste la plus équitable possible tout en laissant suffisamment de souplesse aux établissements de santé⁶. » La fondation épistémologique et méthodologique de l'édifice planificateur, la notion de « besoin sanitaire », est révoquée en doute. En effet, non seulement la puissance publique serait incapable de « prévoir l'imprévisible » (ce qu'on lui demande pourtant lorsqu'il s'agit de veille et de sécurité sanitaires⁷), faute d'informations suffisantes, mais son

8. Sur la trajectoire de l'instrument budgétaire, cf. F. Pierru, « Budgétiser la santé, 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.

9. A. Jourdain, I. de Turenne (dir.), *Cent mots-clés de la planification sanitaire*, *op. cit.*

10. P. Hassenteufel, « Les sources intellectuelles des réformes du système de santé français : la prédominance des forums et des acteurs administratifs », in : J. de Kervasdoué (dir.), *Carnets de santé de la France 2012*, Mutualité française et Economica, 2012.

concept clef ne serait que le faux-nez des intérêts des lobbies (médecins libéraux et hospitaliers, élus locaux, industries de la santé, etc.) cherchant par tous les moyens à accroître leurs revenus et profits aux dépens d'une gestion économe et optimale des deniers publics. Malgré ces critiques nombreuses et fortes, la planification et ses instruments font de la résistance. Certains hauts fonctionnaires ont pu même nous confier, un peu dépités, que « l'enveloppe globale » et la planification étaient les deux idées fixes de l'administration centrale, tout le secteur devant passer « à la moulinette » de ces deux instruments en dépit de leurs échecs répétés⁸. Cependant, indéniablement, la planification sanitaire a vu sa légitimité s'effriter. Trois facteurs expliquent le moindre attrait de l'idée selon laquelle la santé pourrait faire l'objet d'un pilotage rationnel par un décideur politique centralisé. En premier lieu, la planification sanitaire subit les effets de la disqualification de la notion de planification économique et sociale en général. De façon symptomatique, deux promoteurs de la planification sanitaire regrettent la « charge idéologique » de la notion de planification, désormais assimilée à l'échec du Gosplan⁹. En deuxième lieu, et cela n'est pas le moindre des paradoxes, les critiques les plus acerbes de la démarche planificatrice sont issues... de la planification elle-même, que ce soit au niveau global ou au niveau, plus sectoriel, de la santé. Enfin, en troisième et dernier lieu, mais c'est autant la conséquence que la cause du déclin de la planification, son principal lieu d'élaboration – le Commissariat général au plan – a été de plus en plus concurrencé par d'autres « forums administratifs¹⁰ » avant d'être purement et simplement supprimé pour être remplacé, en 2006, par le Centre d'analyse stratégique (CAS), dont le rôle en matière de fabrique intellectuelle des politiques de santé est mineur. Désormais les savoirs et les pouvoirs sont ailleurs. Examinons plus en détails ces trois facteurs de déclin.

NÉOLIBÉRALISME ET PLANISME, ENFANTS DE LA CRISE DU LIBÉRALISME CLASSIQUE DANS LES ANNÉES 1930

Il est courant de penser que la planification est un mode de coordination des activités économiques qui a été disqualifié par une série de chocs à compter des années 1970 : le renouveau des idées libérales dans le contexte de la stagflation, la remise en cause des recettes keynésiennes puis, après la chute du mur de Berlin, la disqualification du « modèle » communiste. Ainsi le « néolibéralisme » aurait émergé des décombres de ses adversaires doctrinaux qui donnaient à l'État un rôle clef dans la régulation et le développement économiques. Cette histoire officielle est aussi répandue que fausse. Le néolibéralisme n'est ni une résurrection des principes du libéralisme classique

11. Sur ce point, voir l'ouvrage important de F. Denord, *Néolibéralisme version française*, Demopolis, 2007.

(le fameux « laissez faire, laissez passer »), ni un « ultralibéralisme », ni un enfant tardif et rebelle des Trente Glorieuses¹¹. En réalité, le néolibéralisme est contemporain du planisme, tous deux étant des courants de pensée qui, pour être antagonistes, n'en sont pas moins deux voies politiques défrichées alors que la crise des années 1930 signe l'acte de décès des idées libérales classiques. Si le néolibéralisme veut sauver le « marché » des « périls » planiste, keynésien, socialiste, c'est au prix d'une rupture avec la conception naturaliste du « marché » des libéraux historiques. En effet, les néolibéraux considèrent, à l'instar de Hayek, que ce dernier n'est en rien un ordre naturel (cette « propension naturelle au troc et à l'échange ») mais, au contraire, une institution sociale issue d'un long processus de sélection non intentionnel (comparable à la sélection naturelle de Charles Darwin), une institution délicate qui doit être « régulée » (donc préservée) par l'État. Les néolibéraux veulent dépasser les apories de l'opposition État/marché. Le « laissez faire, laissez passer » et la « société de marché » des libéraux traditionnels ne sont pas viables faute de règles du jeu garanties par l'État. Il revient donc à celui-ci d'organiser et de gérer la concurrence des intérêts individuels. Ainsi, Louis Rougier, initiateur, en 1938, du Colloque Walter Lippman, moment fort de la constitution de la nébuleuse néolibérale qui se prolongera avec la création en 1947 de la société du Mont Pèlerin, présente le néolibéralisme comme une troisième voie (déjà !) entre le « laisser-faire manchesterien, conservateur et anarchique » et le « planisme socialiste, nécessairement despotique et arbitraire » : « Être [néo-]libéral, ce n'est pas, comme le "manchesterien", laisser les voitures circuler dans tous les sens, suivant leur bon plaisir, d'où résulterait des encombrements et des accidents incessants ; ce n'est pas, comme le "planiste", fixer à chaque voiture son heure de sortie et son itinéraire ; c'est imposer un code de la route tout en admettant qu'il n'est pas forcément le même au temps des transports accélérés qu'au temps des diligences¹². » Voilà un principe d'intervention étatique que ne renieraient pas certains thuriféraires de la concurrence entre établissements hospitaliers ! En fait, le néolibéralisme critique les « planistes » pour au moins deux raisons. La première est que la liberté individuelle est le *summum bonum* éthique et doit être, en tant que tel, défendu contre les projets potentiellement liberticides d'un État ivre de sa propre puissance. La seconde est que la concurrence des intérêts individuels mène à l'efficacité là où la décision politique centralisée et autoritaire tombe toujours « à côté de la plaque », faute d'une information suffisante et non biaisée. « Le marché », écrit Hayek, est « la seule procédure jusqu'ici découverte, dans laquelle l'information infiniment éparse parmi des millions d'hommes puisse être effectivement utilisée pour l'avantage de tous,

12. Louis Rougier, cité par F. Denord, « Aux origines du néolibéralisme en France, Louis Rougier et le colloque Walter Lippman de 1938 », *Le Mouvement social*, n° 195, 2001/2, p. 13.

13. F. Hayek, *Droit, législation et liberté*, vol. 2, PUF, 1981, p. 85.

et utilisée en assurant à tous une liberté individuelle désirable en elle-même pour des motifs éthiques¹³. » Si « l'État ne peut pas prévoir l'imprévisible », c'est parce que les capacités cognitives individuelles (celles des planificateurs) et institutionnelles (celles de la planification) sont forcément limitées et sujettes à des biais (croyances, rapports de force et d'influence, etc.). Par conséquent, seule la coordination décentralisée des décisions individuelles par le biais des signaux de prix est la mieux à même de mener vers un usage optimal de ressources forcément rares. Il n'existe pas de décideur omniscient et omnipotent mais seulement des élites politiques et administratives qui s'illusionnent sur leur capacité à piloter de façon centralisée le flux des activités humaines. Celles et ceux qui prônent une mise en concurrence des établissements hospitaliers par un dispositif quasi-automatique mais néanmoins administré de tarifs faisant fonction de prix, dans un secteur où le marché ne peut fonctionner, s'inscrivent clairement dans ce courant de pensée qui va prendre sa revanche sur le keynésianisme et le socialisme à compter des années 1970. Pour l'heure, au sortir de la Seconde Guerre mondiale, ce sont ces derniers qui l'emportent. De la fin des années 1940 au milieu des années 1960, la planification économique, progressivement étendue aux autres secteurs d'intervention publique (de plus en plus nombreux), apparaît comme le mode « idéal » de coordination des activités économiques et sociales.

14. En particulier D. Dulong, *Moderniser la politique, Aux origines de la V^e République*, L'Harmattan, 1997.

Comme l'ont montré plusieurs travaux de sciences sociales et politiques¹⁴, la nébuleuse planificatrice dont le Commissariat général au plan est le centre de gravité va profondément transformer la fabrique de l'action publique. Contre la domination du droit, contre le « légicentrisme » et le parlementarisme, elle va imposer un nouveau principe d'excellence : la compétence, plus exactement la compétence économique. Au droit supposé « conservateur » et « statique », elle oppose les outils de l'économétrie et de la macroéconomie, seuls aptes à saisir, pour les infléchir, les flux économiques. À la loi élaborée par des parlementaires éloignés du cours de la vie économique réelle, elle oppose la concertation entre groupes d'intérêts « modernistes » supervisés par des technocrates avisés et bienveillants. À la stérilité des conflits politiques (le « crétinisme parlementaire » de la IV^e République), elle oppose le « gouvernement par consensus », voire la « fin des idéologies », irrigué par les apports des nouvelles sciences économiques et sociales. L'on comprend pourquoi cette nébuleuse planificatrice militera activement en faveur de l'avènement d'une V^e République dans laquelle le parlementarisme sera « rationalisé », où l'exécutif pourra mener à bien, via la planification, la modernisation nécessaire et inéluctable (car, dans les discours modernisateurs d'hier et d'aujourd'hui, « il faut vouloir la nécessité ») de l'économie et de la société françaises.

LA SANTÉ EN PLANS

Le secteur de la santé va profiter à plein, même si c'est avec un léger décalage temporel, de la consécration des idées planificatrices et de sa traduction institutionnelle qu'est la V^e République¹⁵. Deux dossiers polémiques, enterrés à plusieurs reprises au Parlement au sein duquel siègent de nombreux parlementaires médecins¹⁶, sont à nouveau ouverts pour être solutionnés par ce nouvel exécutif renforcé et débarrassé des contingences du jeu parlementaire : l'instauration de tarifs opposables aux praticiens afin d'améliorer le remboursement des assurés sociaux (décrets Bacon puis instauration de la convention médicale nationale en 1971) et, surtout, l'entrée de l'hôpital français dans la modernité biomédicale (réforme Debré, par ordonnances, en 1958). La planification ne va concerner d'abord que le secteur hospitalier, le 2^e Plan (1953-1957) créant une commission de l'équipement sanitaire et social dont le rôle et les effectifs sont d'abord limités. Afin d'éclairer cette planification hospitalière en gestation, les planificateurs et une poignée de médecins hospitaliers créent la division médicale du Credoc afin d'élaborer les comptes de la santé. L'économie médicale n'est pas encore l'économie de la santé. Tout contre l'État et faite par des médecins, la discipline naissante sert d'abord à légitimer la croissance des dépenses médicales et le projet de modernisation de l'offre de soins, autrement dit l'expansion du système de soins (et non de santé)¹⁷. Le véritable décollage de la planification hospitalière sera postérieur à la réforme Debré de 1958. La nouvelle élite hospitalo-universitaire et les directeurs d'hôpitaux s'allient aux planificateurs pour traduire dans la réalité le projet de « modernisation de l'hôpital public ». Ainsi, le 4^e plan (1962-1965) constitue une rupture : le renforcement de la commission de l'équipement sanitaire et social va de pair avec la volonté de « rattraper le retard français » en matière hospitalière. Le boom de l'hôpital public universitaire commence. La loi Boulin de 1970 est la traduction législative de la démarche planificatrice. Elle crée le service public hospitalier ; elle instaure la carte sanitaire afin de répartir harmonieusement l'équipement hospitalier sur le territoire ; elle crée la direction des hôpitaux, aux pouvoirs élargis, afin de faire vivre au quotidien le projet planificateur ; elle sera, de fait, dans les décennies suivantes, la direction d'administration centrale qui, au ministère de la santé et des affaires sociales, défendra envers et contre tout les instruments de la planification, quitte à s'attirer les critiques de hauts fonctionnaires au profil plus « gestionnaire » et dubitatifs quant à leur capacité à maîtriser le développement puis la régulation du secteur hospitalier. Au final, même si avec la création de la commission des prestations sociales sous le 5^e Plan (1966-1970) la médecine de ville fait son entrée dans la planification, celle-ci restera hospitalo-centrée.

15. B. Jobert, *Le Social en Plan*, Les Éditions ouvrières, 1981.

16. F. Pierru « Un mythe bien-fondé : le lobby des professions de santé à l'Assemblée nationale », *Les Tribunes de la santé*, n° 14, 73-83, printemps 2007.

17. M. Serré, « De l'économie médicale à l'économie de la santé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, 2002.

QUAND LES PLANIFICATEURS CRITIQUENT LA PLANIFICATION

Philippe Bezès, dans son minutieux travail sur la construction de la « réforme de l'État » comme problème public et comme objet d'action publique, a fortement souligné combien les critiques de la planification ont émergé de la nébuleuse planificatrice elle-même, au moment où la construction européenne connaissait une accélération notable, où une frange du patronat découvrait l'attrait des idées néolibérales et où, surtout, la planification connaissait un double processus de sectorisation et de politisation¹⁸. On l'a dit, le 4^e Plan étend son champ d'intervention bien au-delà du seul domaine économique *stricto sensu* pour englober désormais de nombreuses politiques publiques sectorielles, au premier rang desquelles figure la politique hospitalière. Dès les années 1960, des acteurs administratifs transversaux comme la nouvelle direction de la prévision (DP), la direction du budget (DB) ou la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), ainsi que des figures historiques de la planification comme Massé ou Gruson, s'inquiètent de l'expansion apparemment irrésistible des domaines d'intervention de l'État. Ils cherchent donc à se doter de savoirs et d'instruments d'action capables de donner une vision globale de la rationalité de l'intervention étatique et d'évaluer de façon fine, micro-économique en particulier, les décisions d'investissement public. Par exemple, la DP s'intéresse de près à l'expérience du Planning Programming and Budgeting System de Mc Namara et de la Rand Corporation... expérience dont il est peu connu qu'elle a accouché de l'idée de « concurrence encadrée », mise en forme et promue, à partir des années 1970, par l'un des « Mac Namara's boys », l'économiste Alain Enthoven. Entre le Pentagone et les réseaux de soins coordonnés (HMOs), une même idée fixe : permettre aux décideurs publics, et donc aux payeurs, de s'émanciper, grâce à l'ingénierie économique, de la tutelle inversée qu'exercent sur l'action publique des groupes professionnels monopolisant l'expertise, là les corps d'armée, ici la profession médicale¹⁹. C'est ainsi qu'est lancée l'expérience ODP (pour « optimisation des dépenses publiques ») puis, en 1968, la fameuse rationalisation des choix budgétaires (RCB) d'où sortira le programme périnatalité du Pr Papiernik²⁰. S'il est impossible ici de développer plus avant, il convient de souligner que la planification va contribuer grandement au développement de nouveaux savoirs mettant en cause le fondement même de la planification, à savoir l'idée d'un pilotage technocratique du développement économique et social. Sous bien des rapports, l'un des axes directeurs des sciences économiques (micro-économie), sociales (sociologie des organisations) et politiques (analyse des politiques publiques) d'après-guerre est d'avoir patiemment déconstruit le

18. P. Bezès, *Réinventer l'État, Les réformes de l'administration française*, PUF, 2009.

19. F. Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes*, Éditions du Croquant, 2007, chapitre I.

20. M. Robelet, *Les figures de la qualité des soins : rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*, thèse pour le doctorat de sociologie, univ. Aix-en-Provence, 2002.

21. P. Bezès, F. Pierru, « État, administration et politiques publiques : les dé-liaisons dangereuses, La France au miroir des sciences sociales américaines », *Gouvernement et action publique*, n° 2, 2012.

22. M. Serré, « De l'économie médicale à l'économie de la santé », art. cité ; D. Benamouzig, *La santé au miroir de l'économie*, PUF, 2005.

23. R. Gay, « Les réformes hospitalières au début des années 1980 : une bifurcation du système hospitalier ? Politisation de l'action publique et capacités réformatrices limitées », *working paper*, IV^e Congrès de l'AFS, session du RT6, n° 3, 2011 ; et, du même auteur, « Les temporalités complexes de la construction d'une innovation : la tarification à l'activité de l'hôpital (années 1960-années 2000) », IV^e Congrès de l'AFS, session du RT6, 2011.

24. M. Robelet, *Les figures de la qualité des soins...*, op. cit.

« mythe » du décideur public omniscient et omnipotent, d'avoir procédé à une critique en règle de la figure du technocrate²¹. L'économie médicale, qui légitimait, dans les années 1950 et 1960, l'expansion et la modernisation de l'offre de soins, se mue en « économie de la santé », émancipée de la double tutelle de l'État et de la profession médicale, désormais adossée aux critères de l'excellence académique de l'économie standard *mainstream*, et dont le tropisme à la critique de l'intervention publique devient de plus en plus marqué²².

CRISE DU PLAN, CRISE DU « SYSTÈME DE SANTÉ »

Ce mouvement cognitif interne à la communauté planificatrice est, en effet, aussi repérable dans le secteur de la santé. La loi Boulin fait l'objet de plusieurs rapports critiques du Commissariat général au plan dès le milieu des années 1970²³. L'hospitalo-centrisme français est pointé du doigt et l'on en appelle au développement des alternatives à l'hospitalisation, comme les centres de santé intégrés. Le prix de journée est de plus en plus critiqué pour son caractère inflationniste. Le « forfait par maladie » (qui préfigure de façon frappante la T2A) ou encore la technique du « prix de journée éclaté » retiennent l'attention des planificateurs. La carte sanitaire est critiquée pour son élaboration trop centralisée et technocratique, sa dimension essentiellement quantitative et pour son champ d'application trop restreint. Les promoteurs de l'évaluation de la qualité des prestations médicales, en partie inspirés par les expériences des États-Unis, trouvent au sein du CGP un écho favorable²⁴. Ces critiques ne se cantonnent pas à l'administration. Elles trouvent des débouchés politiques, notamment au sein de l'association Santé et Socialisme, créée en 1974, et dont sont membres de nombreuses figures réformatrices dans les années 1980 et 1990. À la planification « macro » et centralisée, Santé et Socialisme souhaite substituer une gestion davantage décentralisée et faisant appel à des incitations micro-économiques. Le 7^e Plan veut ralentir la construction des CHU. Il faut dire que l'élite hospitalo-universitaire a réalisé, via la planification, l'essentiel de son programme. La planification entre dans une crise irréversible au tournant des années 1980. Cela n'empêche pas le CGP de rester jusqu'au milieu des années 1990 le foyer de la réflexion sur la crise et la réforme du système de santé. Une énarque passée par la DP, toujours elle, met en place au début des années 1980 un groupe de travail qui se propose de remanier radicalement la façon dont est pensée la réforme du secteur : « Et donc ce que j'ai proposé à ce moment-là c'était de mettre en place un groupe de travail, un groupe de travail pas une commission, parce que les commissions sont des sortes

de groupes de travail mais qui sont engagées ensuite sur le plan, et j'ai donc proposé de faire un groupe de travail sur la "régulation du système de santé". C'était un thème qui n'existait pas et j'ai passé toute la première séance à expliquer, me justifier et me défendre, etc., sur la terminologie de "régulation". La terminologie de "régulation", je ne l'avais pas sortie de la littérature existante mais plutôt du constat qu'il n'y avait pas vraiment de régulateur, au sens de réglage automatique, de pilotage automatique. [...] Dans cette idée de régulation qui était une idée vraiment pas présente sur le marché, on a quand même examiné un certain nombre de choses et, en particulier, tout ce qui était mécanismes régulateurs possibles dont un certain nombre était déjà sur le marché des idées. Notamment le budget global. On était passé de droite à gauche, il y avait donc un certain nombre de revendications contenues dans le programme de la gauche, les 110 propositions de Mitterrand. Il y avait quand même du matériau. Le problème c'était plutôt que ce matériau existant était, comme ça avait été en 79 à propos de l'enveloppe, du ticket modérateur d'ordre public, tout ce qu'on a vu arriver sur le marché à cette époque-là, présenté en ordre dispersé. On ne raisonnait jamais en termes de système. Donc tout le retournement que je proposais d'opérer c'était d'une part de parler vraiment en termes de système et d'autre part d'examiner la question centrale qu'était la non-régulation du système. J'ai même été jusqu'à écrire ou à dire que ce n'est pas un système mais une juxtaposition de machins²⁵. » « Système », « régulation », « rationalisation », autant de termes, certes familiers pour les économistes, mais foncièrement nouveaux pour un milieu sanitaire traditionnellement dominé par le langage médical, le langage juridique des « planificateurs » et des administrateurs hospitaliers et le langage budgétaire du ministère des finances. Tous les thèmes qui vont alimenter le débat public sur le « système » de santé sont déjà précisément formulés dans le rapport intitulé *La Santé choisie*, qui sort en 1982. Sur le fondement de ce changement de regard sur le secteur de la santé, le rapport se livre à un exercice lui aussi nouveau de construction de scénarios de réforme globale et systémique de l'organisation sanitaire française. Dans le sillage de cette réflexion pionnière, le même haut fonctionnaire initie, avec d'autres, mais toujours au CGP, une réflexion inédite mobilisant la comparaison internationale. Celle-ci permet de retirer à l'organisation sanitaire son caractère d'évidence et de la problématiser pour mieux proposer des pistes de réforme institutionnelle. Plus connu, l'essentiel du répertoire réformateur dans lequel viendront piocher les auteurs du volet santé du Plan Juppé de 1995 s'élabore au Plan, au sein du groupe « Prospective du système de santé », mis en place dans le cadre du 10^e Plan, à la fin de 1991, sous la houlette du futur conseiller

25. Entretien de l'auteur avec Marianne Berthod, Paris, 2001.

26. P.-L. Bras, D. Tabuteau, « "Santé 2010", un rapport de référence pour les politiques publiques », *Les Tribunes de la santé*, n° 25, 79-93, hiver 2009 ; P. Hassenteufel, *Les Médecins face à l'État*, Presses de Sciences Po, 1997.

27. P. Hassenteufel (dir.), *L'émergence d'une élite du welfare ? Le cas des politiques de protection maladie et en matière de protections familiales*, Près, Rapport de recherche pour la MIRE, 1999.

28. P. Bezès, « Le modèle de "l'État-stratège" : genèse d'une forme organisationnelle dans l'administration française », *Sociologie du travail*, n° 47, 2005.

29. P. Hassenteufel, « Les sources intellectuelles des réformes du système de santé français... », art. cité.

30. F. Pierru, « La santé en fusions, L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel », in : C. Castaing (dir.), *La Territorialisation des politiques de santé*, Les Éditions hospitalières, 2012.

social de Nicolas Sarkozy, Raymond Soubie. Le rapport Santé 2010, publié en 1993, fera date dans l'histoire de l'expertise sur la réforme de santé²⁶.

MORT DU PLAN ET MONTÉE EN PUISSANCE D'AUTRES FOYERS ADMINISTRATIFS

Finally, the planning « in crisis » has, in part, forged the weapons of its critique and of its re-evaluation. It has played a key role in « economization » – the application of categories of thought and action economic – in the world of health, until then thought in the categories of medicine and law. The economy and management have supplanted law in so much as *linga franca* of « the elite of welfare » identified by Patrick Hassenteufel and his team²⁷. Health must now be « managed » by drawing inspiration not only from foreign experiences but also from the model of the « State-strategist » carried by the NPM, consecrated by the LOLF of 2001²⁸. The years 2000 are a turning point for health planning. The Commissariat général au plan is suppressed in 2006 to be replaced by the Centre d'analyse stratégique which plays a more intellectual role in health policy. It is that the knowledges and powers have migrated towards other « administrative forums » where the « managers of the social » can more easily re-evaluate in cause the « fundamental » institutional and instrumental systems of French health²⁹. The years 2000 have constituted this point of view a turning point since the redefinition of the places of reflection has gone hand in hand with a reorientation of public action. The law of reform of health insurance of 2004, very inspired by the elite of welfare, has preceded the creation, on the model of the Council of orientation of retirement (COR), of the Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). In the line of the last works of the Plan, the ambition was to reach a « shared diagnosis » by the main sectoral actors on the state of the health system in the framework of a problematique dominated by economic and financial terms. The DSS, the place of convergence of managers of the social, has also been endowed with a working group piloted by the director, whose reflections have weighed heavily on the elaboration of the reform, particularly on the governance aspect. The budget direction has not been left alone even if it has lost interministerial arbitrages. The reform HPST, because it has been connected to this singular sequence of the reform process of the State which was the RGPP, has been irrigated by other places where budgetary actors occupied a more important place³⁰. Whatever it may be, the Plan has lived.

From the point of view of public action, the relativization of the place of actors and instruments of planning is patent. The T2A has been initiated

par le ministre de la santé Mattei et certains de ses conseillers sur la base du constat selon lequel la « crise de l'hôpital » serait d'abord la conséquence d'une bureaucratisation et d'une centralisation excessives. L'ambition, affichée comme un choix « idéologique », était de « redynamiser » la gestion et les acteurs hospitaliers en les responsabilisant et en leur donnant de vraies marges de manœuvre stratégiques. La loi HPST a « vaporisé » et réduit le champ du service public hospitalier, appelé au développement des partenariats public-privé, consacré (au moins dans les textes) le modèle de l'hôpital entreprise, autant de choix politiques en porte-à-faux avec les principes historiques de la planification sanitaire, tels qu'ils ont été notamment redéfinis par la loi hospitalière de 1991. En réalité, la réforme est un compromis entre deux visions concurrentes du « bon gouvernement » de la santé : l'une considère que la politique doit être tenue autant que faire se peut éloignée de la gestion quotidienne pour être confiée à un « technocrate bienveillant », mieux à même de prendre les décisions difficiles qui « s'imposent » dans un schéma technique et centralisé ; l'autre estime, à l'inverse, que l'on ne peut pas « techniciser » le pilotage du système eu égard à la sensibilité sociale de l'enjeu, et que celui-là doit être géré de façon plus politique (au sens où l'acteur politique reste le décideur en dernier ressort) et déconcentrée. Dans le premier cas, l'inspiration néo-managériale est massive ; dans l'autre, elle doit composer avec le legs planificateur défendu à la DGOS et ses correspondants au sein des agences régionales de santé³¹. Promues par des institutions différentes, et concurrentes, ces deux conceptions ont trouvé un équilibre, que l'on pourra juger bancal et/ou instable, dans la réforme HPST. De fait, une enquête qualitative en cours menée au sein de certaines agences régionales de santé montre que les corps techniques qui faisaient vivre la planification sanitaire au quotidien sont confrontés à l'aiguïssement d'une crise amorcée bien avant la fusion. Par exemple, la polyvalence et la connaissance des arcanes de la planification des médecins inspecteurs de santé publique se retrouvent démonétisées au regard de compétences plus spécialisées et plus gestionnaires détenues par d'autres acteurs, ayant suivi d'autres cursus de formation que ceux de l'École nationale de santé publique (désormais École des hautes études en santé publique). De fait, ils sont écartés des principaux postes de décision et se retrouvent « enfouis dans le mille-feuille bureaucratique des ARS » et voient leur autonomie professionnelle entamée. Ce n'est pas un hasard si le syndicat des MISP est désormais l'un des fers de lance de la critique des orientations de politiques publiques des années 2000. À la décomposition de la planification nationale fait écho le délitement du réseau d'acteurs administratifs qui mettaient en œuvre la planification hos-

31. A. Lopez, « Les agences régionales de santé, une question d'équilibres entre des objectifs différents et des mécanismes de régulation complémentaires », *Droit social*, n° 5, 2010.

32. Ainsi, une mission présidée par la conseillère d'État Yannick Moreau, intellectuellement impliquée dans les réflexions du CGP sur la santé au cours des années 1980, a, en septembre 2012, proposé de créer un « Commissariat général à la stratégie et à la prospective », en lieu et place du Centre d'analyse stratégique, dont les missions de concertation sociale et de réflexion prospective ont quelque parenté avec le CGP dans sa dernière période.

pitalière. Il est trop tôt pour dire si ce déclin est irréversible. Les récentes déclarations de la ministre de la santé et des affaires sociales laissent accroire le contraire³². Pour autant, il est certain que l'âge d'or de la planification sanitaire est terminé. Ses acteurs et ses instruments devront composer avec d'autres rationalités et d'autres outils hérités d'une conception alternative du « bien gouverner » qui irrigue aussi les autres secteurs d'action publique.

contact

frederic.pierru@orange.fr

Frédéric Pierru est docteur en science politique, sociologue, chercheur au CNRS, rattaché au CNRS-CERAPS (UMR 8026). 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).